

Rapport final de recherche

Une (petite) mesure de santé publique. Politiques et usages de la prescription d'activité physique auprès de personnes vieillissantes.

[Programme PrescAPP 2011009-00, AAP-2019-Handicap-et-perte-d'autonomie]

Collectif PrescAPP

23/05/2025

Soutenu par : l'IRESP, la MSH-LSE, le LIEPP/Sciences Po Paris, la fondation UJM, l'UJM.

TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	4
RÉSUMÉ	2
ABSTRACT	3
SYNTHÈSE LONGUE	4
RAPPORT SCIENTIFIQUE COMPLET	22
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	264

Remerciements des coordinateurices scientifiques

Nous exprimons notre profonde gratitude à l'ensemble des personnes rencontrées au cours de cette longue enquête, dans le désordre : pratiquantes et pratiquants, médecins, infirmières, kinésithérapeutes, coordinateur·rices de MSP, agents des services déconcentrés de l'Etat (ARS, DRAJES, DRJSCS) et des collectivités territoriales (CCAS, Services des sports, Directions de la santé), et tout particulièrement les professionnel·les de l'activité physique adaptée. Leur disponibilité, leur accueil et leur confiance ont été essentiels à la conduite de ce travail.

Nous remercions aussi les organismes (la MSH-LSE, le LIEPP-Sciences Po, la Fondation UJM, l'UJM, et bien sûr l'IRESP) qui ont accepté de financer cette recherche. Nous pensons spécialement aux chargé·es de mission qui ont assuré le suivi du projet ; notamment Mme Rebecca Rotsen qui aura suivi et véritablement accompagné le projet du début jusqu'à son terme. Qu'elle trouve ici nos remerciements sincères.

Nous pensons aussi aux gestionnaires des différentes tutelles gestionnaires, qui ont permis que l'enquête multisituée puisse dérouler sans accrocs, avec une mention spéciale à Noa Achour et Aude Chapelon pour le CNRS/UJM; Servane Naudin, Samira Jebli et Latifa Lousao au LIEPP-Sciences Po, Nathalie Jozwicki-Telliez (APEMAC), Virginie Vathelet et Chrystelle Laurain (TETRAS) à l'UL.

Nous remercions également dans le désordre et sans ordre d'importance, l'ensemble des collègues extérieur·es au projet qui ont permis de faire progresser notre réflexion, lors de réunions de travail, séminaires, colloques ou d'écrits collaboratifs : Nathalie Barth, Géraldine Bloy, Bienvenu Bongue, Camille Boubal, Geoffroy Carpier, Emile Escourrou, Laurent Gaissad, Jessica Guyot, Pia-Caroline Henaff-Pineau, David Hupin, Frederic Illivi, Sandrine Knobé, Yannick Le Hénaff, Nathalie Le Roux, Etienne Nouguez, Clément Perrier, Karine Pietropaoli, Muriel Pommier et Jérémie Rollin. Merci à Maud Gelly, Pierre-André Juven et Claire Perrin pour leur participation au colloque. Un merci aussi, pour l'aide à la relecture du rapport, à Jean-Marie Pillon, et pour la relecture enthousiaste du chapitre 2 de Geoffroy Carpier.

Pour finir, nous tenons à citer les membres de l'équipe qui nous auront fait confiance et se sont embarqué·es dans cette aventure collective qui nous aura occupé 2 ans de plus que prévu : Romaine Didierjean, François Feliu, Stéphane Héas, Florian Hot, Marie-Amélie Lauzanne, Éline Le Gall, Mélanie Lepori Loehr, Coralie Lessard, Alix Rémy, Laura Schuft, Vitaly Tchirkov. Outre les "titulaires", nous souhaitons adresser nos plus vifs remerciements, et nos vœux d'insertion professionnelle rapide et heureuse, aux membres de l'équipe en quête d'un poste pérenne. Nous pensons bien sûr aux étudiantes qui ont contribué au travail de « fourmi » du terrain. Une mention spéciale à Alix Rémy, qui aura beaucoup donné au projet à ses débuts et s'est finalement envolée vers la pratique de l'enseignement de l'APA ; et à Éline Le Gall, présente depuis les débuts du programme et qui l'aura toujours suivi malgré ses nombreuses pérégrinations professionnelles – on lui doit ainsi le passionnant « contre-point » sur la MSS guyanaise. Côté ingénierie de projet, il nous faut remercier Florian Hot, sans le renfort duquel le projet MSH n'aurait sans doute pas été soumis à l'IRESP, et qui aura été présent tout au long du projet jusqu'à l'aboutissement qu'a constitué le colloque à Sciences Po. Il aura été la mémoire du projet, et aura favorisé le lien entre les chercheur·euses de l'équipe disséminé·es aux quatre coins de l'Hexagone et avec les structures partenaires. Il faut enfin souligner le rôle absolument déterminant de M.A. Lauzanne à partir de son arrivée dans le programme, et jusqu'à la dernière ligne du rapport – sans elle, ce document n'aurait pu être aussi complet, précis, exigeant.

Grace à vous tous, nous aurons appris à coordonner un projet de recherche au long cours.

Merci, et vive le collectif !

Flavien Bouttet et Julie Thomas

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

Programme PrescAPP. Une “petite” mesure de santé publique. Politiques et usages de la prescription médicale d’activité physique auprès de personnes vieillissantes.

Collectif PrescAPP

CONTEXTE : Le programme PrescAPP étudie la conception, la mise en œuvre et la réception des politiques publiques, suite à la loi instaurant et encadrant la prescription d’activité physique adaptée (PAP).

OBJECTIFS : Le projet vise à montrer comment les normes de santé publique contemporaines se diffusent dans chaque « petite » mesure de santé publique, tant dans leur organisation, leur mise en œuvre que leur appropriation. Il met aussi en lumière comment les inégalités sociales et territoriales structurent ces processus de mise en œuvre et d’appropriation.

MÉTHODOLOGIE L’enquête repose sur une enquête qualitative par entretiens semi-directifs : 107 avec des acteurs de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques, 81 avec des médecins généralistes et 49 pratiquant·es ont été rencontré·es. Les observations participantes sur plusieurs territoires et de l’exploitation de différentes bases de données nationales ou *ad hoc* complètent le corpus.

PRINCIPAUX RÉSULTATS :

Le déploiement de la prescription dépend de configurations locales particulières, d’engagements politiques et financiers des instances étatiques ainsi que de « passeurs » de la politique, dirigeant·es, salarié·es, médecins ou élu·es de structures privées ou publiques. La PAP s’inscrit dans les évolutions de l’organisation des soins primaires et des modes d’exercice. Son intégration reste partielle. Le « processus de prescription » d’AP passe régulièrement par d’autres professionnel·les, qui agissent comme intermédiaires pratiques de la prescription. Les pratiques de prescription sont également sous-tendues par un tri des « bénéficiaires » selon leurs caractéristiques sociales, cliniques et corporelles.

Le cadrage médical favorise néanmoins l’entrée dans les programmes, s’agissant de pratiquant·es majoritairement peu sportif·es. L’engagement subjectif régulièrement rapporté est lié au rôle facilitant de l’APA dans les transitions liées à l’avancée en âge, dans les sphères professionnelles, comme familiales.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

L’enquête démontre que les formes d’organisations choisies relèvent de choix politiques, et interroge la forte délégation de missions auprès d’acteurs privés associatifs ou marchands. Elle invite à interroger l’intérêt d’une offre publique et accessible pour tous. Elle donne aussi des éléments nouveaux quant à certains rôles et reconnaissances professionnelles à valoriser/reconnaître. Enfin, l’enquête montre le sens que peut revêtir l’entrée dans un parcours pour des personnes vieillissantes, au-delà des enjeux de santé publique au fondement des programmes.

Abstract

PrescAPP. One "small" public health measure. Physical activity prescription policies and practices for older people.

PrescAPP collective

CONTEXT : The PrescAPP programme is an investigation into the design, implementation and reception of public policies following the law establishing and regulating the prescription of adapted physical activity (APA).

OBJECTIVES : The project aims to demonstrate the dissemination of contemporary public health standards in each 'small' public health measure, in terms of their organisation, implementation and appropriation. It also highlights how social and territorial inequalities structure these implementation and appropriation processes.

METHODS : The study is based on a qualitative survey using semi-structured interviews: 107 actors involved in the design and implementation of public policies, 81 general physicians and 49 users of the programs were interviewed. Participatory observations in several territories complete the corpus, as well as the use of various national and ad hoc databases.

MAIN RESULTS: The implementation of prescription is contingent upon specific local configurations, political and financial commitments from state authorities, and policy 'conveyors' such as managers, employees, physicians, or elected officials, from private or public organisations. The prescription of adapted physical activity (PAPA) is part of broader changes in the organisation of primary care and modes of practice. Its integration remains incomplete. The '**prescription process**' of APA regularly involves other paramedical professionals, who act as practical intermediaries for the prescription. The prescription process is also characterised by the categorisation of 'beneficiaries' according to their social, clinical and physical characteristics. Notwithstanding, the prevailing medical paradigm advocates for engagement in these programmes, as most practitioners are not very physically active. The subjective commitment that is frequently reported is associated with the facilitating role of the APA in transitions related to ageing, both in the professional and family spheres.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

The survey indicates that the forms of organisation selected the consequence of political decisions; and raise concerns regarding the extent to which tasks are delegated to private associations or commercial entities. This prompts the question of the value of a public service that could be universally accessible. Furthermore, it provides new insights into specific professional roles and forms of recognition that should be promoted and acknowledged. Lastly, the survey demonstrates that for older people, entering a care pathway can be of significant importance, extending beyond the public health issues that underpin such programmes.

Synthèse longue

Programme PrescAPP (Prescription d'activité physique dans les parcours de prise en charge des personnes vieillissantes à l'aune des inégalités de santé : une comparaison entre territoires français)

Rapport final : Une (petite) mesure de santé publique. Politiques et usages de la prescription d'activité physique auprès de personnes vieillissantes

Coordination scientifique : Flavien Bouthet^{2,4} et Julie Thomas^{1,3}

1) CMW - Centre Max Weber

2) TETRAS - Laboratoire de sociologie des Territoires, du travail, des âges et de la santé

3) UJM - Université Jean Monnet - Saint-Étienne

4) UL - Université de Lorraine

Enquête et analyses réalisées par le Collectif PrescAPP

Réf. Inserm de la convention : 2011009-00 AAP-2019-Handicap-et-perte-d'autonomie

APCOSS - Activité Physique, Corps, Sport et Santé

APSY-V - Laboratoire Activités Physiques et Sportives et processus PSYchologiques : recherches sur les Vulnérabilités - Université de Nîmes

CMW - Centre Max Weber

CNSA - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

EVS - Environnement, Ville, Société

IFEPSA - Institut Formation Education Physique et Sportive Angers

INSHS-CNRS - Institut des Sciences Humaines et Sociales - CNRS Sciences humaines et sociales

LIEPP - Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (Sciences Po)

MSH LSE - Maison des Sciences de l'Homme Lyon Saint-Étienne

TETRAS - Laboratoire de sociologie des Territoires, du travail, des âges et de la santé

UBO - Université de Brest

UCO - Université Catholique de l'Ouest

UJM - Université Jean Monnet - Saint-Étienne

UL - Université de Lorraine

UniCA - Université Côte d'Azur

URMIS - Unité de recherche migrations et sociétés

VIPS2 - Valeurs Innovations Politiques Socialisations & Sports

◀ Modalité du projet ▶ Projet de recherche complet ▶ Modalité du projet ▶

Messages clés du projet : l'essentiel

Le programme PrescAPP étudie dans un même mouvement et sur les mêmes terrains, la conception, la mise en œuvre et la réception des politiques publiques, suite à la loi instaurant et encadrant la prescription d'activité physique (PAP). Ce faisant, le rapport montre comment une mesure législative peut devenir structurante (ou non) au sein des espaces locaux de la santé publique, dans les pratiques des médecins, ainsi que dans la vie des personnes malades chroniques, selon les configurations locales. L'intérêt de ce projet est aussi de montrer comment les normes de santé publique contemporaines infusent dans

chaque « petite » mesure de santé publique, tant dans leur organisation, leur mise en œuvre que leur appropriation.

La recherche a permis de montrer que les espaces locaux de la prescription médicale d'une activité physique adaptée (APA) ont des consistances variables. En mobilisant les outils de la science politique, elle montre que le déploiement de la prescription dépend de configurations locales particulières, d'engagements politiques et financiers des instances étatiques ainsi que de passeurs de la politique, dirigeant·es, salarié·es, médecins ou élu·es d'associations ou de structures publiques.

L'extension de la santé publique peut être associée à des dynamiques de marchandisation. Les programmes et politiques mises en place favorisent certaines dynamiques de mise en concurrence et de légitimation des acteur·rices privés, d'évolution de la valeur et des prix de l'activité physique (AP). L'activité physique sur prescription n'est pas juste un bien de santé, c'est aussi une marchandise. Ce processus fait l'objet de soutiens mais aussi de résistances. Des luttes se jouent ainsi au sein des espaces locaux de la prescription. Reflets des rapports de force et de pouvoir en jeu, elles sont liées à des enjeux d'interprofessionnalité et d'intersectorialité, empêchant une lecture trop rapide, qui opposerait seulement les intérêts publics aux intérêts privés.

L'intégration de la PAP dans l'ensemble des pratiques prescriptives reste partielle, les médecins généralistes peinant souvent à considérer l'APA comme un soin légitime. En cause, l'absence de remboursement, le flou autour des groupes professionnels impliqués et la méconnaissance des structures locales. Le « **processus de prescription** » d'AP passe régulièrement par d'autres professionnel·les (kinésithérapeutes, infirmières surtout), qui agissent comme *intermédiaires pratiques de la prescription*. La PAP s'inscrit ainsi dans les évolutions de l'organisation des soins primaires et des modes d'exercice, notamment l'exercice coordonné à l'échelle des structures interprofessionnelles locales (MSP ou CPTS notamment). Ces évolutions contribuent à redéfinir les modes de division du travail en matière de santé publique tout en maintenant certains rapports de pouvoir. La pluriprofessionnalité et l'engagement de nouveaux acteur·rices favorise le déploiement d'organisations locales formelles ou informelles liées à la santé, favorisées par le travail de passeurs et d'intermédiaires. Ainsi, la prescription d'activité physique relève de ce processus de redéfinition du travail médical. Les pratiques de prescription sont également sous-tendues par un tri selon les caractéristiques sociales, cliniques et corporelles des patient·es. Dans ce cadre, c'est les personnes autour de la retraite, vues comme encore autonomes et compliantes, et tout particulièrement les femmes que les médecins considèrent comme le public réceptif à une PAP par excellence.

S'agissant des pratiquant·es sur prescription, leur socialisation sportive est souvent limitée, voire iels sont éloigné·es de la pratique. Le cadrage médical de l'APA favorise donc l'entrée dans les programmes. Elle marque une médicalisation diffuse des styles de vie des pratiquant·es et l'extension du contrôle médical – médié par d'autres professionnel·es et donc « à distance » –, à un ensemble de pratiques toujours plus large. La pratique sur prescription vient ainsi interroger la conception de « l'autonomie » des patient·es : la prescription étend le domaine d'intervention médicale à des domaines qui n'en relevaient pas auparavant, favorisant la conversion des pratiquant·es à un ensemble de pratiques jugées bonnes. L'engagement subjectif très fort dans la pratique, régulièrement rapportée par les pratiquant·es, contraste avec le caractère faiblement structurant de cette « petite » politique publique. Notre travail a visé à rendre compte de ce décalage, en montrant en quoi

l'APA pouvait faciliter les transitions liées à l'avancée en âge des pratiquant·es, dans la sphère professionnelle aussi bien que familiale.

Synthèse longue :

Le contexte

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé en France instaure par son article 144 la possibilité, pour les médecins généralistes, de prescrire une activité physique adaptée aux personnes reconnues en affection de longue durée (ALD). Cette disposition fait l'objet d'un décret quelques mois plus tard, pour définir les conditions de la prescription et de l'encadrement de l'activité physique par des professionnels diplômés. Ces dispositions sont élargies en 2023, afin d'étendre le pouvoir de prescrire aux médecins spécialistes, et pour l'ensemble des personnes malades chroniques. La survenue de cette mesure législative peut être décrite sous plusieurs angles. D'abord, elle est la résultante d'une mise à l'agenda politique du sujet de l'activité physique comme outil de santé publique. Initié dans les années 1960 par le champ médical et particulièrement les médecins cardiologues (Favier-Ambrosini, 2016), ce travail de mise à l'agenda a entraîné dans le courant des années 1980, puis des années 2000 et 2010 une série de plans et d'actions, locales et nationales, faisant la promotion des activités physiques à des fins de santé. L'article 144 de la loi de 2016 intervient alors comme une étape de cette histoire, non sans susciter des luttes quant aux orientations à mener : doit-on donner un rôle prépondérant au médecin, doit-on parler de prescription ou de conseil, quels professionnels doivent encadrer l'activité physique, etc. Ainsi, analysés sur un temps plus court, ces textes peuvent-ils être vus comme le produit de rapports conflictuels et de recherche de consensus entre différentes catégories d'acteur·rices issus d'espaces très différents : administratif, médical, sportif, universitaire (Perrier, 2022).

Mais si elle s'inscrit dans une histoire de la politisation des activités physiques, cette mesure s'intègre aussi à un ensemble de dispositions législatives et politiques visant à transformer le système de santé et la santé publique en France depuis le tournant des années 2000. La loi de 2016 contenait trois objectifs phares : favoriser l'accès aux soins, la prévention et l'innovation en santé. La prescription d'activité physique est au cœur du Titre III de la loi : innover pour garantir la pérennité de notre système de santé. Dans le courant des années 2010, l'innovation en santé est une catégorie phare des politiques publiques, souvent associée à celle de l'évaluation (Haschar Noé, Basson, 2019), qui vient affirmer les logiques de la nouvelle gestion publique au sein des champs sanitaire et social : financements par appel à projets et mise en concurrence, rationalisation des coûts ou délégation des missions à des acteurs privés. Corrélées à ces nouvelles logiques, des normes d'organisation et de conception des politiques et du système de santé sont déployées – tant par des lois, régulières (loi 2002 relative aux droits des malades, loi 2004 relative à la politique de santé publique, loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire en 2009, loi de modernisation de notre système de santé en 2016, ou encore article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2018 entre autres « Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) »), que par la mise en œuvre de divers plans et stratégies aux échelles nationale ou

régionales. Sans chercher l'exhaustivité dans la présentation de ces nouvelles normes, nous pouvons citer la tarification à l'acte à l'hôpital, le déploiement des soins en ambulatoire, des logiques de réseau et de travail pluriprofessionnel, la plus grande place donnée aux usagers et usagères dans les dispositifs, ou encore l'accroissement des politiques de prévention ; sous-tendant le plus souvent l'autonomisation et la responsabilisation individuelle du patient. Enfin et de façon transversale, la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009 et la création des ARS ont entraîné une plus grande territorialisation des politiques de santé (avec le risque de nouvelles formes d'inégalités entre les régions). Ce processus a été réaffirmé par la loi de 2016, ainsi qu'auparavant les lois de réformes territoriales de 2014 et 2015.

Alors que le constat des acteur·ices de terrain, au moment du dépôt du projet PrescAPP, est centré sur le manque de résultats de la loi (la rengaine maintes fois entendue « les médecins ne prescrivent pas ; et de toute manière ce n'est pas remboursé), appréhender les transformations des systèmes de santé *à partir* des effets de la loi de 2016 et de l'article encadrant la prescription médicale d'activité physique apparaît au contraire particulièrement intéressant. Cela nous a permis, précisément, d'étudier comment des normes, pratiques et modes d'organisation s'ancrent de façon très concrète dans la moindre mesure législative et politique, et produit des effets parfois non anticipés concernant ses destinataires. L'article 144 de la loi apparaît en effet comme une mesure de santé publique faible. Elle n'est associée à aucune coercition pour les médecins, les malades, ou d'autres acteur·rices du système de santé. Elle n'entraîne pas d'autres modifications législatives. En revanche, la possibilité de prescrire offre une nouvelle ressource à plusieurs catégories d'acteur·rices qui peuvent utiliser cette prise pour transformer leurs pratiques, plaider pour leur adoption dans différents espaces, servant leurs intérêts professionnels en même temps que soutenant leurs convictions. Elle est aussi un argument pour la création ou le renouvellement de politiques publiques structurant une offre de santé ou un territoire. Pour ces raisons, la prescription d'activité physique (PAP) peut être vue comme un instrument d'action publique, en tant que « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur. » (Halpern, Lascoumes, Le Gales, 2019). À partir de ce positionnement, saisir les effets de la loi et les usages de la PAP permet de saisir une partie des normes qui structurent les systèmes de santé, mais aussi, les contradictions et controverses que génèrent ces normes dans l'organisation des pratiques concrètes au sein du champ de la santé publique.

Nous retenons ainsi de cette recherche trois sujets d'interrogation. En premier lieu, l'encadrement de la prescription médicale d'activité physique interroge la manière de construire de nouvelles offres de soins et de prévention dans un contexte de réduction des coûts et de rationalisation budgétaire. S'il n'y a pas de financements prévus par la Sécurité sociale, dans de nombreux territoires, les Agences Régionales de Santé et des collectivités créent des budgets et financent des programmes et actions en matière de PAP. Dans ses travaux portant sur l'organisation des services de soins palliatifs, Marie Jeanne Boisson (2023) observe un phénomène comparable en décrivant une expansion des services malgré des pressions budgétaires accrues. Elle explique ce paradoxe par l'interdépendance des professionnels du soin et des gestionnaires des hôpitaux, en montrant que la mobilisation pour l'obtention des moyens s'accompagne d'une hiérarchisation des règles au travail afin de répondre aux exigences de rationalisation. Pratique non hospitalière, l'activité physique

sur prescription connaît néanmoins des dynamiques semblables. S'inscrivant d'abord dans le déploiement de nouveaux intérêts de santé publique autour de la prévention (permettant de justifier des réductions de dépense de soins en parallèle), la prolifération de nouveaux programmes d'activité physique sur prescription s'accompagne d'une acceptation des règles budgétaires de la part des professionnel·les les organisant, qui conduit souvent à la délégation des activités aux acteurs privés et une tarification des activités sous forme de prestation.

En second lieu, cette enquête permet d'étudier la recomposition des dynamiques et territoires professionnels. Alors que la loi donne le pouvoir de prescrire aux médecins, la prescription d'activité physique déstabilise les rôles et la répartition des tâches dans l'encadrement des parcours, des activités et des personnes. D'abord, alors que les premiers constats sur le terrain concernent un « manque d'engagement » des médecins, d'autres professionnel·les de santé sont constitué·es en relais de la prescription – selon les interlocuteur·ices, cela est vu comme résultant d'une stratégie de mobilisation de ces acteur·ices par des opérateurs des pouvoirs publics, choix plus ou moins conscient de délégation de certain·es médecins, ou rôle actif de ces professionnel·les du soin, étendant éventuellement par-là leur juridiction. Cela conduit en tout cas à se questionner sur la réception de la politique de la PAP par les médecins traitants, mis au cœur de la coordination des parcours par la loi de 2016, mais singulièrement absents des discours recueillis. Les interrogations en matière de division du travail dans le champ de la santé publique sont renforcées par de nombreuses controverses locales comme nationales autour de l'encadrement des activités physiques sur prescription. La loi étant ouverte en la matière, et donnant des possibilités aux professionnel·les de la santé et du sport, c'est dans la construction et la mise en œuvre des politiques locales que des controverses et des luttes de territoire surgissent pour savoir qui est le mieux à même d'encadrer des personnes malades chroniques.

Enfin, la loi de 2016 interroge le rapport du système de santé aux personnes malades chroniques. Alors que les orientations publiques visent à rendre le patient plus autonome et plus responsable, il peut être paradoxal de voir des mesures visant à développer l'activité physique en remettant les médecins au centre du jeu, à rebours de certaines orientations données dans les années 2000 (Boubal, 2018). Ces médicalisation et sanitisation de l'activité physique sont par ailleurs renforcées par la mise en place d'ateliers « passerelle ». L'entrée sur prescription médicale vient ainsi interroger, d'une part, les formes de contrôle médical sur les personnes vieillissantes et leurs éventuelles transformations, de l'autre, les propriétés et les dispositions qui favorisent la reconnaissance par les pratiquant·es de cette pratique faiblement intégrée à l'arsenal thérapeutique, et l'engagement dans les programmes. Ces programmes sont généralement de courte durée et n'engagent qu'une à deux heures par semaine, mais ils suscitent régulièrement un engagement subjectif fort (ce qui a parfois été décrit dans d'autres travaux comme un « attachement » au programme) : celui-ci montre que se jouent dans cette « petite politique publique » des enjeux qui débordent le cadre de la pratique et l'appropriation de savoir-faire par corps. Pour autant, cette pratique physique fait également partie d'un ensemble de soins physiques, d'activités culturelles ou sportives, dans lesquels les pratiquant·es sont également susceptibles de s'inscrire, de façon concomitante ou non : on cherche donc pour finir à apporter dans ces pages des éléments sur les styles de vie dans lesquels la pratique d'APA s'inscrit.

Méthodologie

La recherche est le produit d'une enquête collective commencée en 2019, réalisée majoritairement dans cinq régions de France hexagonale (une plus petite enquête a toutefois aussi été menée en Guyane et fait l'objet d'un compte rendu au sein du rapport). Dans les cinq régions, nous avons tenté de saisir les différents enjeux soulignés en introduction afin de permettre des approches localisées et comparatives des dispositifs de prescription. Nous avons rencontré les agents des services de l'État impliqués dans les politiques de prescription et leur opérateur dans un premier temps. Nous avons porté rapidement une attention sur les coordonnateur·rices, notamment associatifs, véritables communicants et chargés de projets des organisations locales (PrescAPP, 2023). Ces coordonnateur·rices sont par ailleurs devenus pour beaucoup des allié·es du projet. Nous les avons pour la plupart rencontré·es plusieurs fois. Ils et elles nous ont donné accès à des données, ont relayé certaines de nos demandes, ont favorisé nos rencontres avec les médecins ou leurs usager·ères. Nous avons aussi conduit des entretiens avec des professionnels des activités physiques adaptées, de santé, du social, des acteur·rices hospitaliers et des personnel·les de collectivités territoriales en charge de CLS pour saisir les configurations locales. Nous avons ainsi réalisé plus de 100 entretiens avec les acteur·rices de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques. Nous avons interrogé 81 médecins généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers dans ces cinq régions, prescripteur·ices et non prescripteur·ices, afin de saisir leur rôle dans les configurations locales, mais aussi leur lecture de la prescription d'activité physique et des dispositifs de la prescription d'activité physique, et leurs pratiques afférentes. Enfin, près de cinquante pratiquant·es ont été interrogé·es à plusieurs reprises pour compléter cette approche, sur les territoires où nous enquêtons. Nous avons rencontré des pratiquant·es, des hommes et des femmes, de 50 à 91 ans et de toutes catégories sociales. En effet, l'objectif initial, conservé tout au long du travail, était d'interroger comment cette prescription s'inscrivait dans des processus d'avancées en âge et de déprise/reprise de soi. Par une enquête ayant duré plus de quatre ans, plusieurs chercheur·ses se sont inscrits dans des dynamiques ethnographiques sur certains territoires. Ils et elles ont participé à de nombreuses réunions publiques, comité de suivi, voire pour le cas d'un chercheur du collectif à un programme d'activité physique sur prescription. Pour finir, des recherches complémentaires ont été effectuées, plus ou moins intégrées dans le rapport : la recension et l'analyse des thèses d'exercice de médecine sur le sujet de la prescription (deux articles publiés) ; la recension et l'étude du contenu des articles parus dans 5 revues de médecine générale depuis les prémisses de la loi (non utilisée) ; la recension des formations initiales et continues en matière de PAP à destination des médecins en France 5 ans après le vote de la loi (cf. chapitre 2) ; l'analyse des données chiffrées d'entrée dans les ateliers passerelles d'un programme régional (analysées dans le chapitre 3) ; et enfin, l'analyse des données de l'Enquête Nationale sur les Pratiques Physiques et Sportives en France, rendues publiques fin 2023, qui nous ont permis, en donnant des éléments sur la pratique générale de l'AP des personnes vieillissantes, de contextualiser et préciser les spécificités de la pratique d'APA dans un atelier sur prescription (cf. chapitre 3).

Cette enquête multisituée connaissant des orientations variées est le produit d'un travail collectif. Le collectif PrescAPP est composé d'enseignant·es-chercheur·ses titulaires et

contractuel·les, d'ingénieur·es de recherche, d'étudiant·es de master et de licence, de sciences sociales et de STAPS. L'ambition collective de ce projet a été multiple. Nous avons d'abord voulu créer un espace de travail et de réflexion ouvert autour de la prescription dans lequel nous pouvions entrer et sortir. Ainsi, si une dizaine de chercheur·ses, enseignant·es-chercheur·ses et étudiant·es ont été particulièrement mobilisés, de nombreux·ses autres chercheur·ses ont été impliqué·es de façon plus sporadique, durant nos séminaires en venant discuter les résultats de nos travaux, autour d'une réflexion théorique ou de l'accès à un terrain particulier. L'enjeu collectif s'est aussi installé dans la volonté de rendre le plus collégial possible la prise de décision sur l'organisation du projet, l'usage des financements, le choix des communications et des publications, mais aussi plus concrètement dans le choix des terrains et les orientations théoriques données aux différentes publications, jusqu'à ce rapport. Ces choix se faisaient aussi en gardant toujours une volonté de liberté pour chaque chercheur·euse, avec le risque, avéré, d'un éloignement de certaines démarches vis-à-vis des volontés collectives, ou plus largement du collectif. L'engagement dans le projet des unes et des autres durant près de quatre ans de recherche a donc été multiple. Certains ont été investi·es quelques mois, d'autres, plusieurs années, de façon régulière ou alternative. Nous avons tenté de favoriser les équilibres, compenser les difficultés d'engagement de certains pour des raisons professionnelles, familiales ou de santé. L'idée était de tenter de proposer une autre manière de penser et de construire la recherche sans accaparement individuel ni invisibilisation dans une recherche permanente d'équilibre — les choix actés à la majorité ne faisant pas toujours l'unanimité. Cette tentative sociologique nous a aussi conduit·es à faire le choix d'un nom collectif pour la plupart des travaux que nous avons réalisés, et ainsi rejeter le régime d'auctorialité contraint aujourd'hui par la recherche à des fins concurrentielles et carriéristes. Sous le modèle du collectif Rosa Bonheur (2021) et influencée par les réflexions de Camille Noûs et Rogue ESR (2021), il s'agissait d'éviter la survalorisation de certain·es chercheur·euses, l'invisibilisation d'autres et de façon générale, la hiérarchisation de nos engagements au sein du projet.

Principaux résultats

Étudier les politiques et usages de la prescription médicale d'activité physique offre une focale stimulante pour saisir les transformations du champ de la santé publique, tant dans la construction de nouvelles logiques politiques et professionnelles que dans l'évolution du rapport des personnes malades au système de santé. L'étude de la prescription d'activité physique permet de saisir comment des principes généraux s'inscrivent dans les moindres recoins des dispositions de santé publique ; et d'interroger les manières d'infléchir certaines normes, notamment par des personnes plus engagées et politisées. Joséphine Eberhart et Julia Legrand (2022) décrivent la prescription médicamenteuse comme « un acte éminemment collectif qui implique d'autres acteur·rices absent·es lors de la consultation » (p. 4). Elles ajoutent que patient·es et médecins prescripteur·rices sont pris·es dans des rapports de pouvoir plus larges, prenant ses racines en dehors de la consultation, rappelant elles aussi les normes d'organisation de la santé dans un contexte néo-libéral. Étudier le déploiement de la prescription médicale d'activité physique avalise l'intérêt d'adopter cette perspective systémique. Outre les professionnel·les de santé, la question de la PAP concerne une large variété d'acteur·rices institutionnels qui conçoivent et mettent en œuvre des

politiques et actions : des collectivités, des services de l’État, des associations, des entreprises ; et des personnes qui les portent : élus, professionnels, bénévoles.

Cette approche collective et systémique fait par ailleurs émerger toute une série d’autres acteurs et activités peu visibles au premier regard et pourtant structurants dans le déploiement d’une mesure de santé publique. Agissant comme passeurs ou intermédiaires, ils suggèrent aux personnes malades de se faire bénéficier d’une prescription, communiquent au sujet du dispositif, entretiennent des liens avec des médecins. Ils et elles sont infirmières, kinésithérapeutes ou autres professionnel·les de santé, travailleur·euses sociales parfois. Plus identifié·es dans ces procédures, les enseignant·es en APA peuvent jouer ce rôle. Toutes et tous accompagnent les personnes au long cours, et croient en l’intérêt des programmes — tant d’un point de vue médical, que psychosocial. Ces entrepreneur·rices pratiques de la prescription émergent sur de nombreux territoires locaux. Ce travail de relais fait souvent partie de leur métier, notamment en raison d’un ancrage au sein d’un dispositifs de coordination ou de réseau d’éducation à la santé ou d’éducation thérapeutique du patient.

L’approche collective permet aussi de penser celles et ceux qui reçoivent ces politiques et actions, à savoir les personnes catégorisées comme malades chroniques, dans une dynamique relationnelle avec les acteurs de la mise en œuvre des politiques publiques et les professionnel·les de la prescription. Il aura été nécessaire de penser dans un même mouvement et sur de mêmes terrains d’enquête, la conception, la mise en œuvre et la réception des politiques publiques faisant suite à la loi afin de faire « le lien entre activités de gouvernement et pratique des gouvernés » (Deville, 2023, 32) pour faire la pleine lumière sur des pratiques encore trop décrites de manière morcelée.

1. Politiques de la prescription

Début 2017, à la suite du décret relatif aux conditions de dispensation de l’activité physique adaptée prescrite par un·e médecin traitant à des patient·es atteints d’une affection de longue durée, une note d’orientation est diffusée aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) afin qu’elles conçoivent et mettent en œuvre des politiques régionales favorisant l’usage de la prescription par les médecins généralistes, notamment par le biais de réseaux interprofessionnels et de coordinations locales engageant acteur·rices issu·es du monde du sport et de la santé. Cette démarche, dans la continuité des plans régionaux Sport-Santé bien-être initiés en 2012, s’inscrit en premier lieu dans **la volonté de renforcer des politiques de santé publique plus interventionnistes en matière d’activité physique**.

Ensuite, la sémantique du réseau met en évidence l’homologie recherchée avec le développement des réseaux de santé et de l’exercice de soins coordonnés, visant à plus de cohérence dans l’accompagnement des patient·es, mais aussi plus de prévention, notamment *via* le déploiement de programmes d’éducation thérapeutique du patient, ou d’éducation à la santé (Perrier, Perrin, 2018). Mais à la différence de certains autres dispositifs de soins coordonnés, la note d’orientation ne prévoit pas de budgets étatiques nationaux pour le déploiement de ses réseaux. **Les financements doivent être construits localement au travers des budgets des ARS, des DRJSCS ou des collectivités partenaires.** Cette caractéristique affirme une régionalisation des politiques de santé qui n’est pas sans

conséquences en matière de production d'inégalités territoriales dans l'accès à la prescription.

L'étude de cinq régions françaises proposée dans le chapitre 1 présente **des investissements publics très variables d'une région à une autre. L'autonomie donnée aux ARS en la matière favorise ces inégalités.** Les orientations budgétaires des ARS peuvent aussi être à la source d'inégalités infrarégionales avec des financements orientés vers certains territoires plutôt que d'autres — ces inégalités s'ajoutant à celles produites par les engagements locaux inégaux des collectivités ou des institutions sportives et de santé, publiques ou privées (Salaméro, Haschar-Noé, 2017). L'analyse de la conception des politiques montre alors des actions en matière de prescription d'activité physique s'intégrant ou non à d'autres plans de santé, pouvant faire l'objet d'un intérêt fort, ou être laissées à l'abandon.

Les politiques de la prescription d'activité physique sont structurées par l'engagement d'acteur·rices du public, mais aussi privés, dans l'opérationnalisation des politiques. L'activité physique sur prescription est un espace de lutte entre intérêts individuels et institutionnels à l'échelle locale. Des entrepreneur·euses de cause en matière de PAP (élus, fonctionnaires, médecins etc. – cf. Perrier, 2022), souvent concernés dans leur propre exercice professionnel, notamment de la médecine s'engagent et s'affrontent pour faire valoir leurs idées dans ces nouvelles politiques publiques. **Des luttes idéologiques ont lieu sur plusieurs sujets, et peuvent être observables au sein d'arènes publiques** : l'importance ou non de valoriser un acte et un document de prescription, pouvant être perçu comme une forme de sanitarisation de l'activité physique ; la place des différent·es professionnel·les de l'encadrement, ou encore le rôle que doivent occuper les différentes instances publiques ou privées, sont en jeu. Sur ce dernier point, l'inscription de ces politiques dans les cadres de la nouvelle gestion publique favorise le recours à des opérateurs privés. Si des moyens financiers peuvent être alloués, leur gestion s'inscrit dans des logiques de rationalisation budgétaire rendant favorable la délégation à moindre coût auprès d'associations pour coordonner, voire auprès de micro-entrepreneur·euses payé·es à la tâche pour l'encadrement des activités. Ces phénomènes peuvent produire **un processus de marchandisation marqué des activités physiques, avec un travail social et politique de construction des prix, des logiques de régulation de la concurrence et un fort affaiblissement des frontières matérielles et normatives entre les secteurs publics, privés associatifs et privés marchands** (Collectif PrescAPP, 2024).

L'enquête montre alors que la marchandisation des activités physiques sur prescription fait consensus chez de nombreux acteurs. L'engagement d'entrepreneurs à but lucratif, ou les règles du nouveau management public dans l'organisation des dispositifs est rarement mis en cause. L'analyse des acteurs en charge du développement montrent même comment certains d'entre eux apparaissent comme des intermédiaires de marché. En effet, ils valorisent les partenariats privés, la délégation des tâches de mise en œuvre des politiques publiques ou la diversification des offres et des prix. **Les coordonnateurs associatifs engagés dans des maisons sport santé ou bien certains cadres intermédiaires de la fonction publique (tant dans les services de l'Etat et des collectivités que dans certains hôpitaux) apparaissent en première ligne de ces processus de marchandisation.** L'analyse des pratiques de ces derniers met ainsi en valeur une recomposition de l'ethos de service public entre valeurs traditionnelles d'égalité de traitement, d'accès au droit et de gratuité et acceptation des principes du nouveau management public.

Ainsi, l'analyse de la mise en œuvre des politiques d'activité physique sur prescription met en jeu les logiques professionnelles à l'œuvre. En effet, ces politiques de la prescription ont aussi des effets sur **les dynamiques professionnelles en matière d'encadrement** des activités physiques et des bilans médico-sportifs. C'est ici une différence majeure avec les prescriptions de thérapeutique non médicamenteuse existantes. Ces dernières font l'objet d'un encadrement souvent clair, avec des professionnel·les légitimé·es par le droit et l'histoire des professions (on peut penser ici à la kinésithérapie, spécialité de soins physiques proche des activités physiques). Si le décret d'application relève qui a le droit d'encadrer des bilans médico-sportifs et des activités physiques prescrites, et qu'il établit des recommandations, il reste très ouvert et fait l'objet de controverses tant nationales que locales. Ainsi, **construire une politique locale d'activité physique sur prescription, c'est aussi associer des catégories de professionnel·les** à des tâches, des missions, des compétences, souvent de façon plus fine que ne le fait la loi. C'est aussi **cibler des catégories de professionnel·les pour favoriser l'usage de la prescription par les médecins**, dont on a analysé les pratiques dans le deuxième chapitre.

2. Professionnels de la prescription

Les politiques locales et régionales en matière d'AP sur prescription mises en place à partir de 2017 ont deux objectifs. D'une part, favoriser l'usage de la prescription par les médecins traitants ; d'autre part, organiser des parcours d'activités physiques, construits principalement selon le modèle : prescription, orientation, bilan, cycle d'activité physique encadré et individualisé, nouveau bilan, orientation vers un cadre d'activité plus autonome. Le chapitre 2 explore les conditions sociales, professionnelles et politiques de l'intégration — partielle et contrastée — de la prescription d'APA dans les pratiques médicales ordinaires, en particulier chez les médecins généralistes. **Il s'attache à comprendre pourquoi une prescription portée par l'État, dotée d'un cadre juridique** il y a maintenant près de 10 ans, **reste « marginale » dans les faits**, au-delà des seuls obstacles pratiques ou informatifs souvent invoqués. L'enquête donne à voir les tensions, ajustements, hiérarchisations, pratiques et tâtonnements autour de cette offre, **située à la frontière du soin, de la prévention et de l'incitation normative à modifier son mode de vie**.

Un premier constat établi au début de l'enquête était que l'activité physique était souvent recommandée de manière diffuse, sans mobiliser les dispositifs existants, qui restaient peu connus. **Une majorité des médecins interrogé·es peinait à l'associer à une logique de soin, la reléguant au rang de recommandation hygiéno-diététique** plus ou moins périphérique. Il faut dire que l'APA cristallise plusieurs **tensions au sein du travail médical** : entre logique de soin individuel et politique de prévention collective, entre soin prescrit et effort personnel, entre écoute et responsabilisation. Or l'injonction contemporaine à la lutte contre la sédentarité — largement relayée par les politiques publiques depuis un quart de siècle — tend à faire reposer la charge de la santé sur les comportements individuels. Cette approche santéiste, bien identifiée dans la littérature (Crawford, 1980 ; Génolini et Clément, 2010 ; Vieille-Marchiset, 2019), est parfois reprise ou adaptée par les médecins, parfois critiquée comme déconnectée des réalités sociales et corporelles. **Jusqu'à la fin du terrain, la distinction entre sport, activité physique et APA est en tout cas demeurée floue** dans leurs discours, y compris chez les praticien·nes les plus engagé·es. **L'absence de remboursement**

direct par la Sécurité Sociale ainsi que la faible connaissance des structures locales contribuent à son usage faible par une majorité des généralistes.

L'enquête a aussi mis en évidence que la propension à prescrire pouvait être analysée comme le produit de **prédispositions des médecins, liées à leurs socialisations individuelles, et aux transformations des modes d'organisation du travail médical**, sous l'effet des évolutions des politiques publiques ; et pouvait varier dans le temps. Il existe ainsi **plusieurs logiques, et différents rôles joués par les médecins**, face à la prescription d'AP. Certain·es prennent le rôle de « **passeurs** » (Geeraert, 2020) – aussi tenu par des coordonnateur·ices de programmes. Ces médecins s'investissent plus fortement dans la structuration de l'offre APA ou dans l'adaptation de la politique aux conditions objectives d'exercice.

Multipositionné·es, iels participent à des CPTS, des maisons de santé, des réseaux associatifs ou des expérimentations locales. À partir de ces positions, ces médecins-passeurs traduisent les normes institutionnelles en pratiques concrètes, adaptent leur discours aux réalités de terrain, bricolent des manières de prescrire adaptées à leur ethos professionnel. Bien que minoritaires, iels jouent **un rôle central** dans l'organisation médicale territoriale de la prescription. D'autres médecins utilisent les outils et réseaux créés par ces passeurs, **sans être particulièrement impliqué·es**. Ils et elles sont fréquemment insérer·es dans des **modes d'exercice et réseaux pluriprofessionnels**, sur lesquels les **politiques de santé publique** des 25 dernières années (formation médicale, logiques de parcours, nouvelle division du travail médical et évolution des modes d'exercice vers le pluriprofessionnel – Bloy et Schweyer, 2010 ; Hardy, 2013 ; Vézinat, 2019) ont eu des effets peut-être peu visibles en surface mais finalement assez profonds. Celles et ceux-ci s'insèrent généralement dans le **processus de prescription** décrit plus haut. Plus nombreux enfin sont ceux et celles qui rapportent ne pas prescrire.

La PAP restait en effet **rare et peu formalisée** au moment de l'enquête, souvent réduite à des conseils informels délivrés sans cadre prescriptif ni orientation identifiée. Il est finalement impossible de rendre compte des pratiques de prescription selon une partition binaire « **prescrit** »/« **ne prescrit pas** ». La prescription d'activité physique offre alors une entrée pour étudier la manière dont les médecins s'emparent des outils et des dispositions législatives qui leur sont adressés. La prescription d'APA, même marginale, fonctionne sous ce rapport comme **un analyseur des mutations du champ médical**. Elle traduit une transformation du rôle du ou de la généraliste : de dispensateur·ice de soins vers coordonnateur·ice de parcours. Elle participe à une médicalisation de la prévention, à une redéfinition des pratiques légitimes, et à une évolution de la division du travail médical – demeurant dans le sens d'une délégation des tâches moins valorisées aux auxiliaires médicaux et médicales. En dernière analyse, à l'aune des discours des médecins, la prescription d'AP apparaît finalement comme un processus dont **l'aboutissement n'est pas la prescription en tant que telle**, mais l'établissement, dans la durée, **d'un cadre contraignant et responsabilisant, via un dispositif de contrôle médical « à distance »** (Laurens, 2009) que certain·es patient·es sont prédisposé·es à reconnaître comme légitime et à s'approprier.

Enfin, l'un des apports du chapitre est de souligner que les médecins opèrent un **classement implicite des patientèles**, en fonction de leur âge, leur condition sociale, leur capital culturel ou leur rapport supposé à l'effort, et du genre. **Certaines catégories sont vues comme plus « mobilisables », et mobilisées**, que d'autres. **Les seniors « autonomes »**, souvent autour de la retraite, perçu·es comme en capacité de se prendre en main et volontaires sur le plan du

maintien de la bonne santé et des capacités, apparaissent comme les plus susceptibles de bénéficier d'un **accompagnement structuré et encadré (particulièrement les femmes)**. Pour ce public, la responsabilisation individuelle prend la forme d'un impératif de « maintien de l'autonomie » présenté comme un bien en soi, dans une perspective de ralentissement du vieillissement ou de « remobilisation ». Au contraire, les personnes âgées plus dépendantes, ou les patient·es jugé·es peu motivé·es ou trop éloigné·es de l'univers du sport, se voient proposer des conseils flous ou bienveillants, mais rarement de véritables orientations vers une APA encadrée. Une « police des âges » générée (LeGrand et Voléry, 2013) semble de mise, écartant aussi les enfants en surpoids qui bénéficient d'un réseau spécifique, et les jeunes et hommes adultes, qui sont implicitement considérés comme trop distants de ce type de pratiques.

3. Pratiquant·es sur prescription

Le rapport apporte enfin des éléments sur les relations entre la structure de l'offre et celle de la « demande », également socialement construite, d'APA (dont celle sur prescription), dans le cas de personnes vieillissantes. Le travail sur les données de l'enquête ENPPS 2020 a permis de mettre en évidence **un décrochage progressif de la pratique d'activité physique et sportive au cours de l'avancée en âge**, dans l'ensemble de la population. Ce décrochage est plus marqué pour les personnes rapportant un problème de santé (qu'il s'agisse d'un problème de santé chronique ou de long terme, de limitations dans les activités quotidiennes, ou d'un mauvais état de santé subjectivement perçu). Par ailleurs, la probabilité de pratiquer des activités physiques et sportives est inégale selon le **sexe** (les femmes pratiquant moins que les hommes), et selon la **position dans l'espace social**. Enfin et surtout, **si les hommes vieillissants rapportent plus de pratiques d'activité physique que les femmes de même âge, ils sont moins disposés qu'elles à pratiquer une AP encadrée**.

Ces constats invitent à analyser les conditions sociales de l'appropriation de cette pratique par des personnes malades chroniques ou en ALD, qui sont régulièrement éloignées de la pratique d'AP, d'autant plus que les données de l'enquête suggèrent un **décalage important entre les prescriptions effectuées par les médecins, et les pratiquant·es qui entrent effectivement dans les programmes**. Ainsi, des professionnel·les de l'APA et des médecins rapportent qu'une part importante des patient·es à qui de l'APA a été prescrite ne s'y engage pas. Symétriquement, **les patient·es sont régulièrement amenés à solliciter leur médecin pour obtenir une prescription** : soit qu'iels aient été conseillé·es préalablement par un autre professionnel de santé (spécialiste ou paramédical), soit qu'iels aient été informé·es de l'existence de l'APA par des connaissances ou par un membre de leur famille, par les médias, ou par un·e professionnel·le de l'APA. **La prescription peut donc être analysée comme une succession de seuils**, pour une large majorité des pratiquant·es enquêté·es, plutôt qu'un « *turning point* » (Hugues, 1996).

Régulièrement, les pratiquant·es interrogé·es n'ont **pas une socialisation sportive importante**, quelques-un·es sont éloigné·es de la pratique et manifestent lors des premiers entretiens qu'iels n'ont pas de goût pour la pratique. **L'inscription double de l'APA, dans une offre à la fois médicale et sportive, est ainsi apparue comme un déterminant important de l'entrée dans la pratique**. En lien, une fraction non négligeable des pratiquant·es enquêté·es entretient une **proximité subordonnée au champ médical**

(travaillé dans le secteur médical, souvent dans des positions secondaires, ou bien un membre de leur famille proche y travaille actuellement). En outre, la familiarité acquise par les personnes malades chroniques avec les normes et savoirs médicaux (du « **capital culturel médical** » – Shim, 2010) tend également à favoriser l’entrée dans la pratique de personnes qui n’ont pas une socialisation sportive importante, ou sont éloignées de la pratique d’AP. Aussi avons-nous également porté notre attention sur l’ensemble des soins physiques dans lesquels les pratiquant·es étaient également susceptibles de s’inscrire – comme la kinésithérapie ou les programmes de réentraînement à l’effort pratiqués en SSR –, d’une part ; et de l’autre des offres de « sport à des fins de santé », éventuellement à destination de publics spécifiques, comme les programmes municipaux ou associatifs destinés aux personnes âgées.

L’entrée dans un programme d’APA est apparue comme un **indicateur d’une médicalisation diffuse des styles de vie des personnes vieillissantes et de l’extension du contrôle médical, médié par d’autres professionnel·es et donc « à distance »**, à un ensemble de pratiques toujours plus large. La possibilité de prescrire de l’APA vient ainsi interroger la conception de « l’autonomie » des patients : la prescription étend le domaine d’intervention médicale à des domaines qui n’en relevaient pas auparavant, favorisant la conversion des pratiquant·es à un ensemble de pratiques jugées bonnes.

Lors de leur entrée dans les programmes, les pratiquant·es mettent régulièrement en avant **différents types d’objectifs : perdre du poids, maintenir ou recouvrer certaines capacités** (souffle, souplesse, équilibre), ou bien **limiter l’avancée de maladies** dégénératives. S’agissant de la perte de poids, la moitié des pratiquant·es enquêté·es est en surpoids ou obèses. Ces résultats sont congruents avec les données collectées par les professionnel·les de l’APA dans une région d’enquête (N=2148 pratiquant·es) basées sur les déclarations des personnes reçues en bilan. **Un comptage indique que près d’un tiers des pratiquant·es seraient en surpoids ou obèses, alors que la prévalence du diabète, des problèmes cardiaques, et des cancers apparaît moindre.** Pourtant, ces programmes, souvent courts et limités à une à deux heures de pratique par semaine, ne favorisent qu’une perte de poids très modérée, même s’ils permettent de renforcer les effets des programmes diététiques dans lesquels les pratiquant·es peuvent être engagé·es par ailleurs.

Au-delà des motifs explicites, **les entretiens ont donc étudié le rôle que joue l’AP sur la prescription dans les transitions liées à l’avancée en âge, aussi bien en rapport avec la sphère professionnelle que par rapport à la famille**. Tout d’abord, l’engagement dans un programme d’APA se trouve faciliter les **transitions vers la retraite**, soit que les pratiquant·es se donnent les marques d’une nouvelle étape en **rompant avec leurs styles de vie antérieurs** et en s’engageant dans de nouvelles pratiques, soit qu’iels tentent au contraire – souvent après un accident de santé – de **se maintenir dans l’emploi et de recouvrer leurs capacités productives** par le biais de la pratique d’APA. Ces situations reflètent la **désinstitutionnalisation des parcours**, dont les effets ont été travaillés sur d’autres types de terrains (Castel, 1995). De plus, l’engagement dans un programme d’APA permet d’aménager et de contrôler les effets du vieillissement, entendu cette fois en **un sens relationnel**, en lien avec les **évolutions des places et rôles respectifs des pratiquant·es et de leur entourage** (Caradec, 2015). La pratique sur prescription permet ainsi de légitimer, pour les pratiquantes surtout, la constitution d’un « **espace à soi** », indépendant de la

sphère familiale mais restant pour autant subordonné à ses contraintes (soins apportés au conjoint ou aux ascendants, garde des petits-enfants, etc.). La **surreprésentation des femmes** dans ces programmes, destinés à modifier les modes de vie des pratiquant·es, peut être analysée en relation avec leur **rôle de « principales responsables de l'éducation morale de leur classe »** (Vandebroeck, 2015), celles-ci étant susceptibles de réengager dans la sphère familiale les savoirs, savoir-faire et postures morales transmis dans la pratique.

De façon cohérente avec cette fonction de facilitation des transitions liées à l'avancée en âge, les programmes valorisent une **conception instrumentale de la santé, c'est-à-dire liée à la capacité à réaliser des activités signifiantes** (Scodarello, 2014). Les séances visent à augmenter progressivement la capacité à réaliser certaines séquences de mouvements et à « travailler » une partie du corps, la mémoire, ou un savoir-faire spécifique. L'APA sur prescription vient ainsi régulièrement réactiver des **dispositions forgées et ou renforcées dans la sphère professionnelle** : d'endurance, de régularité, de valorisation de l'effort, caractéristiques des classes populaires notamment. Plus ponctuellement, elle se trouve résonner avec d'autres dimensions des cultures professionnelles des pratiquant·es. Cette réactivation favorise un **engagement subjectif important**, rapporté par nombre de pratiquant·es dans les premiers temps des programmes, qui contraste pourtant avec le caractère faiblement structurant de ce « petit objet » de politique publique. Cet engagement subjectif **diffère de l'appropriation effective des savoirs et savoir-faire** transmis dans le cadre de ces programmes, dont les conditions de possibilité sont de plusieurs ordres. Tout d'abord, le **maintien des pratiquant·es dans les programmes est en lien avec leur position sociale** : régulièrement, cette pratique collective et encadrée apparaît comme un **repoussoir pour les pratiquants masculins les mieux dotés, cependant que les pratiquant·es précaires ont du mal à maintenir la régularité de la pratique dans la durée**. La capacité de suivre le programme jusqu'à son terme est également liée aux **inégalités sociales de santé**, les accidents de santé et opérations chirurgicales favorisant la non-reprise de la pratique. Enfin, l'engagement subjectif très fort souvent rapporté dans les premiers temps de la pratique ne **se maintient pas toujours**, sans pour autant que ce désinvestissement marque l'arrêt des séances.

Les apports pour les décideurs :

Les résultats de notre recherche peuvent amener plusieurs regards critiques et interrogations quant à la mise en œuvre actuelle des politiques d'activité physique sur prescription. En premier lieu, il interroge l'organisation de l'action publique et les différents niveaux de prise de décision, mais aussi de délégation aux opérateurs et prestataires pour la mise en œuvre des politiques publiques. Nous avons montré que la construction des politiques à l'échelle régionale, mais aussi la forte délégation à des opérateurs privés avaient tendance à susciter des inégalités d'offre et en conséquence d'accès à l'activité physique sur prescription sur le territoire. Cette forme d'organisation est un choix politique. Elle pourrait aussi laisser place à des formes plus planifiées à l'échelle nationale, et à une mise en œuvre plus internalisée au sein des services publics, ou des associations opératrices. En l'espèce, le recours aux entrepreneurs privés et une forme de libéralisation des pratiques d'activité physique à des fins de santé peuvent être interrogés grâce à notre travail. Si les entrepreneurs élargissent souvent les possibilités d'accès à une offre d'activité physique (par

une forte amplitude horaire et l'ouverture de nouveaux espaces de pratiques), ils participent aussi au renforcement de la marchandisation et de la libéralisation des activités physiques. Ainsi, il nous semble qu'une réflexion doit être menée sur la diversification des offres et des logiques d'accès matérielles et financières à ces offres afin de permettre une activité physique accessible à toutes et tous.

Ces différents objets de réflexion sont dépendants des financements attribués à la mise en œuvre de ces politiques. Notre projet invite à réfléchir à ces logiques de financement. Nouvelle norme de la politique publique, les ateliers passerelles (courts) sont les principaux programmes financés par les pouvoirs publics et ne répondent qu'en partie aux objectifs affichés. S'ils permettent de remettre à l'activité et réengager des personnes éloignées de la pratique – grâce à un encadrement plus individualisé et protecteur –, ils assurent rarement un engagement au long cours dans la vie associative et dans des modes de vie moins sédentaires. Certaines initiatives municipales et associatives proposant des services d'activités physiques adaptées pérennes apparaissent ici comme des solutions possibles pour favoriser l'engagement des personnes, mais demandent alors des financements supplémentaires ou contraignent à restreindre le nombre d'usagers et usagères. Ils invitent ainsi à penser ce que peut être un service public du sport, dont la notion a été relativement délaissée ces dernières années par les acteurs publics.

D'un point de vue du recours à la prescription, nous avons vu en fin d'enquête un intérêt accru pour l'activité physique de la part des médecins et professionnels de santé engagés dans les structures visant à la coordination des soins (MSP, CPTS). L'émergence de nouvelles dynamiques pluriprofessionnelles ne peut être qu'à encourager et renforcer et interroge aussi en conséquence les conditions de la prescription par le médecin. Doit-il rester seul détenteur du pouvoir de prescription de l'activité physique ? Si les kinésithérapeutes avaient revendiqué le droit à prescrire l'AP, la question peut se poser pour d'autres professionnels de santé au contact des personnes malades chroniques.

Les acteurs publics ont aussi une réflexion à mener pour favoriser une meilleure connaissance des dispositifs auprès d'autres acteurs de l'accompagnement sanitaire, éducatif et social. Nous avons vu le rôle clé d'infirmières ou de travailleurs sociaux dans l'accompagnement des personnes vers l'activité physique, notamment dans une optique de prévention primaire ou secondaire. Ce travail serait à généraliser. Aussi, l'engagement de ces professionnels est souvent favorisé par un travail relationnel (information, négociation) réalisé par des cadres intermédiaires associatifs ou de la fonction publique (opérateurs, chargé de mission CLS, etc.). Dans des positions souvent fragiles d'un point de vue organisationnel, ces acteurs auraient intérêt à être protégés et valorisés dans l'organisation des politiques de prescription.

Les perspectives de recherches :

Les travaux pourraient être prolongés par une étude plus fine des espaces locaux et des dynamiques d'intersectorialité et de coordination en santé, ainsi que de leurs effets sur les professionnalités. Nos terrains ont mis en évidence certaines dynamiques entre secteur social et secteur des activités physiques à des fins de santé. Non majoritaires dans notre enquête, des précaires, reconnues par des associations ou acteurs publics comme ayant des

facteurs de risque de développer des maladies chroniques, sont associées, conviées, voire contraintes à la participation à des programmes d'activité physique. Ainsi, l'activité physique à des fins de santé devient une forme d'encadrement des personnes les plus pauvres.

Comment ces dynamiques se construisent-elles et sont-elles appropriées par les enseignants en APA, les travailleurs sociaux et les personnes concernées ? Sont-elles en expansion ou restent-elles marginales malgré les initiatives récentes observées

En lien avec les dynamiques d'intersectorialité, la coopération pluriprofessionnelle pourrait faire l'objet d'une étude plus poussée autour de l'accompagnement des patient·es. Avec l'accroissement de l'intégration des activités physiques adaptées, les professionnel·les sont de plus en plus associé·es aux travaux des MSP et des CPTS, ainsi qu'à ceux d'associations porteuses de programmes d'éducation à la santé. Comment se formalise cette intégration ? Comment de nouveaux professionnels de l'accompagnement, du soin, découvrent-ils et elles, et investissent, l'activité physique (infirmières, ergothérapeutes, orthophonistes, pharmaciens, travailleur·ses du social) ?

Également, la dimension territoriale des processus étudiée pourrait être amplifiée. Nos travaux montrent un effet du territoire dans la mise en œuvre des dispositifs en milieux urbains et ruraux. Si la question de la ruralité a fait l'objet d'une focale dans le rapport, elle pourrait être étudiée sur un plus grand nombre de territoires. Aussi, les apports de la sociologie urbaine pourraient être mobilisés pour saisir les logiques de structurations et d'appropriation des politiques d'AP sur prescription dans différents milieux urbains.

L'activité physique intégrant des dynamiques de prévention plus vastes, des travaux complémentaires pourraient être menés autour des pratiques de prévention des professionnels de santé, et particulièrement des médecins. Comment s'engagent concrètement les médecins dans des activités de prévention — notamment le plus grand nombre, intéressé·es mais qui ne sont pas des entrepreneur·ses décrit·es par ailleurs, relais des politiques locales (Mariette et Pitty, 2021) ou des expérimentations nationales (Schlegel, 2022) ? Comment celles-ci s'articulent-elles avec leurs autres pratiques de soins, et quel tri (des actions de préventions et de la patientèle) cela peut-il produire ? Sous quelles conditions les médecins se mobilisent-elles et ils professionnellement pour faire reconnaître ces activités comme partie intégrante de leur travail, et à quelles délégations de certaines tâches cela conduit, auprès de qui ?

Du côté des personnes fréquentant les programmes, il n'y a pas, à notre connaissance, de données agrégées au niveau national sur les pratiquant·es d'APA. À plus forte raison, il y en a encore moins qui permettraient de caractériser le recrutement social des patient·es à qui l'APA a été prescrite et qui ne s'engagent pas dans la pratique. Ce point pourrait aussi faire l'objet d'une enquête spécifique.

Bibliographie indicative :

Boubal, C. (2018). L'art de ne pas gouverner les conduites Étude de la conception des campagnes de prévention en nutrition. *Revue française de sociologie*, Vol. 60, 3, 457-481.

- Bouttet, F., Didierjean, R., Hot, F., Lepori, M., Lessard, C. (2023), Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique. L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique, *Émulations*, 45, 37-56.**
- Collectif Rosa Bonheur. (2019). *La ville vue d'en bas. Travail et production de l'espace populaire*. Éditions Amsterdam.
- Collectif PrescAPP (2023). Étudier la construction d'un marché par ses intermédiaires. Les coordinateur·trices associatifs de la prescription médicale d'activité physique. *Revue française des affaires sociales*, 2023/4, 193-212.**
- Collectif PrescAPP. (2025), « Des entrepreneurs en APA dans la mise en œuvre des politiques publiques. Une approche croisée entre sociologie des organisations et sociologie des professions. » Dans Rech, Y. et al. (dir.) *Sociologie des organisations et management du sport*. Artois Presses Université (à paraître).
- Darmon, M. (2021). *Réparer les cerveaux : Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*. La Découverte.
- Deville, C. (2023). L'État social à distance. Dématérialisation et accès aux droits des classes populaires rurales. Éditions du croquant.
- Eberhard, J., Legrand, J. (2022). La prescription médicale comme enjeu de pouvoir. *Genèses*, 127, 3-9.
- Favier-Ambrosini, B. (2016). Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980. *Santé Publique*, HS, 13-24
- Halpern, C., Lascoumes, P., Le Gales, P. (2019). Instrument. *Dictionnaire des politiques publiques 5e édition entièrement revue et corrigée*. Presses de Sciences Po, 321-330.
- Haschar Noé, N., Basson, J. -C. (2019). Innovations en santé, dispositifs expérimentaux et changement social : un renouvellement par le bas de l'action publique locale de santé La Case de Santé de Toulouse (France) *Innovations*, 60, 121-144.
- Knobé, S. (2024). Participer à un programme de prévention de l'obésité : rapports aux normes et appropriations différencierées, *Émulations — Revue de sciences sociales*, 45, 57–74.
- Lutrat, F. (2021). Retours sur l'expérience de bénéficiaires du dispositif « Sport-Santé sur ordonnance » de Strasbourg. In W. Gasparini, S. Knobe, (Ed.) *Le Sport-Santé, de l'action publique aux acteur·rices sociaux* (pp. 90-103). Strasbourg : Presses universitaires de Strasbourg.
- Noûs, C., RogueESR (2023). « Camille Noûs, la communication scientifique et le régime d'auctorialité », *Revue des sciences sociales* [En ligne], 69.
- Perrier, C. (2022). *L'état actif. Une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique*. Thèse de doctorat. Université de Grenoble-Alpes
- Perrier, C., Perrin, C. (2018). Éduquer le patient ou transformer l'action publique ? Analyse socio-historique d'une association pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient. *Sciences sociales et santé*, 2018/2 Vol. 36, pp. 5-31.
- Revillard, A (2018). Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants La réception de l'action publique. *Revue française de science politique*, Vol. 68, 3, 469-491.
- Robelet, M., Serré, M., Bourgueil, Y. (2005). La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 2005/1, 231-260.

- Salaméro, E., Haschar Noé, N. (2017). Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée. *Terrains & travaux*, 2017/1 N° 30, pp. 163-184.
- Tchirkov, V., Didierjean, R., Schuft, L., Thomas, J., & Hupin, D. (2023). Methods and Barriers to the Prescription of Physical Activity to Patients with Chronic Illness: The Viewpoint of General Practitioners. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 19(1), 64.**
- Vézinat, N. (2019) *Vers une médecine collaborative. Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, PUF.

Rapport scientifique complet

Rappel : Ce document n'est requis que pour les projets soutenus par la CNSA

Programme PrescAPP (Prescription d'activité physique dans les parcours de prise en charge des personnes vieillissantes à l'aune des inégalités de santé : une comparaison entre territoires français)

Rapport final : Une (petite) mesure de santé publique. Politiques et usages de la prescription d'activité physique auprès de personnes vieillissantes

Coordination scientifique : Flavien Bouttet^{2,4} et Julie Thomas^{1,3}

1) CMW - Centre Max Weber

2) TETRAS - Laboratoire de sociologie des Territoires, du travail, des âges et de la santé

3) UJM - Université Jean Monnet - Saint-Étienne

4) UL - Université de Lorraine

Enquête et analyses réalisées par le Collectif PrescAPP

Réf. Inserm de la convention : 2011009-00 AAP-2019-Handicap-et-perte-d'autonomie

APCOSS - Activité Physique, Corps, Sport et Santé

APSY-V - Laboratoire Activités Physiques et Sportives et processus PSYchologiques : recherches sur les Vulnérabilités - Université de Nîmes

CMW - Centre Max Weber

CNSA - Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

EVS - Environnement, Ville, Société

IFEPSA - Institut Formation Education Physique et Sportive Angers

INSHS-CNRS - Institut des Sciences Humaines et Sociales - CNRS Sciences humaines et sociales

LIEPP - Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (Sciences Po)

MSH LSE - Maison des Sciences de l'Homme Lyon Saint-Etienne

TETRAS - Laboratoire de sociologie des Territoires, du travail, des âges et de la santé

UBO - Université de Brest

UCO - Université Catholique de l'Ouest

UJM - Université Jean Monnet - Saint-Étienne

UL - Université de Lorraine

UniCA - Université Côte d'Azur

URMIS - Unite de recherche migrations et sociétés

VIPS2 - Valeurs Innovations Politiques Socialisations & Sports

◀ Modalité du projet ▶ Projet de recherche complet ▶ Modalité du projet ▶

Introduction générale.

La prescription médicale d'activité physique, une « petite » mesure de santé publique

Introduction

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé en France ouvre par son article 144 la possibilité, pour les médecins généralistes, de prescrire une activité physique adaptée (APA) aux personnes reconnues en affection de longue durée (ALD). Cette disposition fait l'objet d'un décret quelques mois plus tard, pour définir les conditions de la prescription et de l'encadrement de l'activité physique (AP) par des professionnels diplômés. Ces dispositions sont élargies en 2023, afin d'étendre le pouvoir de prescrire, aux médecins spécialistes, et la possibilité d'allonger et modifier la prescription médicale d'activité physique (PAP), aux kinésithérapeutes, et ce pour l'ensemble des personnes malades chroniques.

La genèse de cette mesure législative peut être décrite comme un point de rencontre de différentes logiques et de plusieurs groupes d'acteurs. D'abord, elle est la résultante d'une mise à l'agenda politique du sujet de l'activité physique comme outil de santé publique. Initié dans les années 1960 par le champ médical et particulièrement les médecins cardiologues (Favier-Ambrosini, 2016), ce travail de mise à l'agenda a entraîné dans le courant des années 1980, puis des années 2000 et 2010 une série de plans et d'actions, locales et nationales, faisant la promotion des activités physiques à des fins de santé.

L'article 144 de la loi de 2016 intervient alors comme une étape de cette histoire, non sans susciter des luttes quant aux orientations à mener : doit-on donner un rôle prépondérant au médecin, doit-on parler de prescription ou de conseil, quels professionnels doivent encadrer l'activité physique, etc. Ainsi, analysés sur un temps plus court, ces textes peuvent-ils être vus comme le produit de rapports conflictuels et de recherche de consensus entre différentes catégories d'acteur·rices issus d'espaces très différents : administratif, médical, sportif, universitaire (Perrier, 2022).

Mais si elle s'inscrit dans une histoire de la politisation des activités physiques, cette mesure s'intègre aussi à un ensemble de dispositions législatives et politiques visant à transformer la santé publique en France depuis le tournant des années 2000. La loi de 2016, dite de modernisation de notre système de santé contenait trois objectifs phares : favoriser l'accès aux soins, la prévention et l'innovation en santé. La prescription d'activité physique est au cœur du Titre III de la loi : innover pour garantir la pérennité de notre système de santé.

Dans le courant des années 2010, l'innovation en santé est une catégorie phare des politiques publiques, souvent associée à celle de l'évaluation (Haschar Noé, Basson, 2019), qui vient affirmer les logiques de la nouvelle gestion publique au sein des champs sanitaire et social : financements par appel à projets et mise en concurrence, rationalisation des coûts ou délégation des missions à des acteurs privés. Corrélates à ces nouvelles logiques, des normes d'organisation et de conception des politiques et système de santé sont déployées tant par des lois, relativement régulières (loi 2002 relative aux droits des malades, loi 2004 relative à la politique de santé publique, loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire en 2009, loi de modernisation de notre système de santé en 2016), que par la mise en œuvre de stratégies et plans divers à l'échelle nationale ou régionale. Sans chercher à être exhaustif dans la présentation de ces nouvelles normes, nous pouvons citer la tarification à l'acte à l'hôpital, le déploiement des soins en ambulatoire, des logiques de réseau et de travail pluriprofessionnel, la plus grande place donnée aux usagers dans les dispositifs, la responsabilisation du patient au travers de parcours personnalisés, ou encore

l'accroissement des politiques de prévention. Enfin et de façon transversale, la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009 et la création des ARS ont entraîné une plus grande territorialisation des politiques de santé — au risque de la production de nouvelles formes d'inégalités entre les régions. Le processus a été réaffirmé par la loi de 2016 et les lois de réformes territoriales de 2014 et 2015.

Étudier les effets de la loi de 2016 et de l'article encadrant la prescription médicale d'activité physique, et son évolution, apparaît alors comme un moyen privilégié pour appréhender les transformations des systèmes de santé, et plus précisément pour étudier comment des normes, pratiques et modes d'organisation s'ancrent de façon très concrète dans la plus petite mesure législative et politique. L'article 144 de la loi apparaît comme une « petite » mesure de santé publique. Sur un versant matériel, elle n'est associée à aucune véritable contrainte pour les médecins, les malades, ou d'autres acteur·rices du système de santé, les enseignant·es en APA mis·es éventuellement à part. Elle n'entraîne pas d'autres modifications législatives. Par contre, la possibilité de prescrire offre une nouvelle ressource à plusieurs catégories d'acteur·rices qui peuvent utiliser cette prise pour transformer leurs pratiques. Elle est aussi un argument pour la création ou le renouvellement de politiques publiques structurant une offre de santé ou un territoire. Pour ces raisons, la prescription d'activité physique peut être vue comme un instrument d'action publique, en tant que « dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur. » (Halpern, Lascoumes, Le Gales, 2019) À partir de ce positionnement, saisir les effets de la loi et les usages de la PAP permet de saisir une partie des normes qui structurent les systèmes de santé, mais aussi, les contradictions et controverses que génèrent ces normes dans l'organisation des pratiques concrètes au sein du champ de la santé publique.

Nous avons retenu particulièrement dans le cadre de ce rapport trois sujets d'interrogation. En premier lieu, l'encadrement de la prescription médicale d'activité physique interroge la manière de construire de nouvelles offres de soins et de prévention dans un contexte de réduction des coûts et de rationalisation budgétaire. S'il n'y a pas de financement prévu par la Sécurité sociale, dans de nombreux territoires, les Agences Régionales de Santé et des collectivités créent des budgets et financent des programmes et actions en matière de PAP. Dans ses travaux portant sur l'organisation des services de soins palliatifs, Marie Jeanne Boisson (2023) observe un phénomène comparable en décrivant une expansion des services malgré des pressions budgétaires accrues. Elle explique ce paradoxe par l'interdépendance des professionnels du soin et des gestionnaires des hôpitaux, en montrant que la mobilisation pour l'obtention des moyens s'accompagne d'une hiérarchisation des règles au travail afin de répondre aux exigences de rationalisation. Pratique non hospitalière, l'activité physique sur prescription connaît des dynamiques semblables. S'inscrivant d'abord dans le déploiement de nouveaux intérêts de santé publique autour de la prévention (permettant de justifier des réductions de dépense de soins en parallèle), les programmes d'activité physique sur prescription s'accompagnent d'une acceptation des règles budgétaires de la part des professionnel·les, conduisant souvent à la délégation des activités aux acteurs privés de la part des coordonnateur·ices, et une tarification des activités sous forme de prestation (collectif PrescAPP, 2023).

En second lieu, cette enquête permet d'étudier la recomposition des dynamiques et territoires professionnels. Alors que la loi donne le pouvoir de prescrire aux médecins, la

prescription d'une activité aux frontières du soin déstabilise les rôles dans la prise en charge des activités et des personnes. D'abord, devant ce qui est pris pour un manque d'engagement des médecins généralistes, certains opérateurs des pouvoirs publics rapportent solliciter d'autres professionnel·les afin qu'ils et elles deviennent des relais de la prescription. L'enquête menée dans PrescAPP auprès des médecins apporte d'autres éclairages, notamment sur les conditions auxquelles les nouvelles logiques et normes impulsées par les politiques publiques pour d'autres aspects de la pratique entrent en congruence avec ces interventions pour contribuer à modifier les pratiques effectives de certain·es médecins, orientant vers un exercice plus pluriprofessionnel. Les interrogations en matière de division du travail dans les champs médical et de la santé publique sont renforcées par de nombreuses controverses locales comme nationales autour de l'encadrement des activités physiques sur prescription. La loi étant ouverte en la matière, et donnant des possibilités aux professionnel·les de la santé et du sport, c'est dans la construction et la mise en œuvre des politiques locales que des controverses et des luttes de territoire peuvent surgir (parfois pas) pour savoir qui est le mieux à même de prescrire, d'orienter et d'encadrer des personnes malades chroniques.

Enfin, la loi de 2016 interroge le rapport du système de santé aux personnes malades chroniques, qui sont pour une part importante des personnes âgées de 60 ans et plus. Alors que les orientations publiques visent à rendre le patient « plus autonome » et « plus responsable », il peut être paradoxal de voir des mesures visant à développer l'activité physique en redonnant du pouvoir aux médecins, à rebours de certaines orientations données dans les années 2000 (Boubal, 2018). Cette médicalisation de l'activité physique est par ailleurs renforcée par la mise en place d'ateliers « passerelle » (prenant différents noms suivant les programmes). Instrument phare des politiques d'activité physique à des fins de santé depuis le tournant des années 2010, ces ateliers plus individualisés et encadrés ont été largement investis par des personnes vieillissantes, malades chroniques, et souvent éloignées de la pratique d'activité physique.

Notre travail a donc cherché à appréhender l'ensemble des acteurs structurant cette activité et à caractériser les relations qu'iels entretiennent, permettant de rendre raison de cette surreprésentation des personnes vieillissantes par rapport à la pratique « ordinaire ».

L'entrée sur prescription médicale vient ainsi interroger, d'une part, les formes de contrôle médical sur les personnes vieillissantes et leurs éventuelles transformations, de l'autre, les propriétés et les dispositions qui favorisent la reconnaissance par les pratiquant·es de cette pratique faiblement intégrée à l'arsenal thérapeutique, et l'engagement dans les programmes. Ces programmes sont généralement de courte durée et n'engagent qu'une à deux heures par semaine, mais ils suscitent régulièrement un engagement subjectif fort (ce qui a parfois été décrit dans d'autres travaux comme un « attachement » au programme) : celui-ci montre que se jouent dans cette « petite politique publique » des enjeux qui débordent le cadre de la pratique et l'appropriation de savoir-faire par corps. Pour autant, cette pratique physique fait également partie d'un ensemble de soins physiques, d'activités culturelles ou sportives, dans lesquels les pratiquant·es sont également susceptibles de s'inscrire, de façon concomitante ou non : on cherche donc pour finir à apporter dans ces pages des éléments sur les styles de vie dans lesquels la pratique d'APA s'inscrit.

L'enquête et le collectif

Le rapport est le produit d'une enquête collective réalisée dans cinq régions de France. Dans les cinq régions, nous avons tenté de saisir ces différents enjeux afin de permettre des approches localisées et comparatives du dispositif de PAP et des programmes sur prescription. Nous avons rencontré les agents des services de l'État impliqués dans les politiques de prescription et leur opérateur dans un premier temps. Nous avons porté rapidement une attention sur les coordonnateur·rices, notamment associatifs, véritables communicants et chargés de projets des organisations locales (PrescAPP, 2023). Nous avons aussi conduit des entretiens avec des professionnels des activités physiques adaptées, de santé, du social, des acteur·rices de l'hôpital et des personnel·les de collectivités territoriales en charge de CLS, pour saisir les configurations locales. Nous avons ainsi réalisé 107 entretiens avec les acteur·rices de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques. Nous avons travaillé sur les données des pratiquant·es de deux opérateurs d'une région (représentant 6 départements) ; et avons constitué une base de données de 3500 structures offreuses d'APA sur l'ensemble du territoire hexagonal. Nous avons interrogé 81 médecins généralistes et spécialistes, libéraux ou salariés dans ces cinq régions afin de saisir leur rôle dans les configurations locales, mais aussi leur lecture de la prescription d'activité physique et des dispositifs de la prescription d'activité physique. 47 pratiquant·es ont été rencontré·es à plusieurs reprises pour compléter cette approche, sur les territoires où nous enquêtons. Nous avons rencontré des pratiquant·es, des hommes et des femmes, de 50 à 91 ans et de toutes catégories sociales. Un travail quantitatif a aussi été amorcé sur la base de données de l'enquête nationale sur les pratiques physiques et sportives en France de 2020 (rendue disponible en 2024), sur la population des plus de 55 ans. Enfin, trois études de configurations ont été effectuées, pour l'une par des entretiens avec les différents acteur·ices politiques, médicaux et paramédicaux du territoire ; une autre par observation directe de 6 semaines dans une MSS et son quartier ainsi que la MSP et les associations en lien ; une dernière enfin, par contrepoint, dans un DROM, avec des entretiens et une participation observante (*cf. partie méthodologie pour les précisions*). Cette enquête multisituée, connaissant des orientations variées, est le produit d'un travail collectif. Le [collectif PrescAPP](#) est composé d'enseignant·es-chercheur·es titulaires et contractuel·les, d'ingénieur·es de recherche, d'étudiant·es de master et de licence, de sciences sociales et de STAPS. L'ambition collective de ce projet a été multiple. Nous avons d'abord voulu créer un espace de travail et de réflexion ouvert autour de la prescription dans lequel nous pouvions entrer et sortir. Ainsi, si une dizaine de chercheur·es, enseignant·es-chercheur·es et étudiant·es ont été particulièrement mobilisés, de nombreux·ses autres chercheur·es ont été impliqué·es de façon plus épisodiques, durant nos séminaires en venant discuter les résultats de nos travaux, autour d'une réflexion théorique ou méthodologique, ou de l'accès à un terrain particulier. L'enjeu collectif s'est aussi installé dans la volonté de rendre le plus collégial possible la prise de décision sur l'organisation du projet, l'usage des financements, le choix des communications et des publications, mais aussi plus concrètement dans le choix des terrains et les orientations théoriques données aux différentes publications. Ces choix se faisaient aussi en gardant toujours une volonté de liberté pour chaque chercheur·euse, avec le risque, avéré, d'un éloignement de certaines démarches vis-à-vis des volontés collectives, ou plus largement du collectif. L'engagement dans le projet des unes et des autres durant près de cinq ans de recherche a donc été varié.

Certains ont été investi·es quelques mois, d'autres plusieurs années, de façon régulière ou alternative. Nous avons tenté de favoriser les équilibres, compenser les difficultés d'engagement de certains pour des raisons professionnelles, familiales ou de santé. L'idée était de tenter de proposer une autre manière de penser et de construire la recherche sans accaparement individuel ni invisibilisation dans une recherche permanente d'équilibre — les choix actés à la majorité ne faisant pas toujours l'unanimité. Cette tentative sociologique nous a aussi conduits à faire le choix d'un nom collectif pour la plupart des travaux que nous avons menés, et ainsi rejeté le régime d'auctorité contraint aujourd'hui par la recherche à des fins concurrentielles et carriéristes. Sous le modèle du collectif Rosa Bonheur (2021) et influencée par les réflexions de Camille Noûs et Rogue ESR (2021), il s'agissait d'éviter la survalorisation de certain·es chercheur·euses, l'invisibilisation d'autres et de façon générale, la hiérarchisation de nos engagements au sein du projet.

Pour rendre compte de ce projet, nous avons organisé [un colloque en juin 2024](#). Ce temps fort a été l'occasion de temps de restitution de l'enquête, mais l'objectif était de donner aussi la parole, et d'être un espace de discussion, entre pratiquant·es d'AP sur prescription, fonctionnaires, élu·es, entrepreneur·euses et chercheur·euses. Si les premières ont finalement manqué dans la journée organisée en juin, les autres catégories ont bien été présentes, invitées à intervenir pendant des tables rondes ou du public. Nous avions aussi voulu faire le choix de proposer un livre sur le même modèle. Il nous paraissait ainsi crucial d'articuler nos récits d'enquêtes à des prises de paroles, des extraits d'entretiens longs, des discours originaux de certains enquêtés produits pour l'ouvrage, mais aussi des commentaires d'autres chercheur·euses amenant des compléments sur nos lectures des phénomènes étudiés. Nous verrons si ce projet d'ouvrage pourra par la suite trouver un chemin vers la publication.

Contexte, objectifs et méthodologie

Une enquête collective au long cours

Objectifs et méthodologie – En résumé :

La recherche est le produit d'une enquête collective commencée en 2019, réalisée majoritairement dans cinq régions de France hexagonale (une plus petite enquête a aussi été menée en Guyane et fait l'objet d'un compte rendu dans la partie I du rapport). Dans les cinq régions, nous avons tenté de saisir les différents enjeux soulignés en introduction afin de permettre des approches localisées et comparatives du dispositif de prescription d'APA et de ses mises en application. Nous avons rencontré les agents des services de l'État impliqués dans les politiques de prescription et leurs opérateurs dans un premier temps. Nous avons porté rapidement une attention sur les coordonnateur·rices, notamment associatifs, véritables communicants et chargés de projets des organisations locales (PrescAPP, 2023). Ces coordonnateur·rices sont par ailleurs devenus des allié·es du projet. Nous les avons pour la plupart rencontré·es plusieurs fois. Ils et elles nous ont donné accès à des données, ont relayé certaines de nos demandes, ont favorisé nos rencontres avec les médecins ou les bénéficiaires. Nous avons aussi conduit des entretiens avec des professionnels des activités physiques adaptées, de santé, du social, des acteur·rices hospitaliers et des personnel·les de collectivités territoriales en charge de CLS pour saisir les configurations locales. Au total, nous avons ainsi réalisé 107 entretiens avec les acteur·rices de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques. Nous avons interrogé 81 médecins généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers dans ces cinq régions, prescripteur·ices et non prescripteur·ices, afin de saisir leur rôle dans les configurations locales, mais aussi leur lecture de la prescription d'activité physique et des dispositifs de la prescription d'activité physique, et leurs pratiques afférentes. Enfin, 47 pratiquant·es, « bénéficiaires d'une prescription » ont été interrogé·es à plusieurs reprises pour compléter cette approche, sur les territoires où nous enquêtons. Nous avons rencontré des pratiquant·es, des hommes et des femmes, de 50 à 91 ans et de toutes catégories sociales. En effet, l'objectif initial, conservé tout au long du travail, était d'interroger comment cette prescription s'inscrivait dans des processus d'avancées en âge et de déprise/reprise de soi. Par une enquête ayant duré plus de quatre ans, plusieurs chercheur·ses se sont inscrits dans des dynamiques ethnographiques sur certains territoires. Ils et elles ont participé à de nombreuses réunions publiques, comité de suivi, voire pour le cas d'un chercheur du collectif à un programme d'activité physique sur prescription. Pour finir, des recherches complémentaires ont été effectuées, plus ou moins intégrées dans le rapport : la recension et l'analyse des thèses d'exercice de médecine sur le sujet de la prescription (deux articles publiés) ; la recension et l'étude du contenu des articles parus dans 5 revues de médecine générale depuis les prémisses de la loi (non utilisée) ; la recension des formations initiales et continues en matière de PAP à destination des médecins en France 5 ans après le vote de la loi (cf. chapitre 2) ; l'analyse des données chiffrées d'entrée dans les ateliers passerelles d'un programme régional (analysées dans le chapitre 3) ; et enfin, l'analyse des données de l'Enquête Nationale sur les Pratiques Physiques et Sportives en France, rendues publiques fin 2023, qui nous ont permis, en donnant des éléments sur la pratique générale de l'AP des personnes vieillissantes, de contextualiser et préciser les spécificités de la pratique d'APA dans un atelier sur prescription (cf. chapitre 3).

Objectifs et méthodologie – En détail

Le contexte et les objectifs de la recherche

Le programme PRESCAPP a été initialement porté avec la chaire UJM Santé des Ainés, et fait suite à un premier financement obtenu au sein de MSH Lyon Saint Etienne. Il a été financé par l’IRESP/CNSA sur l’appel blanc maintien de l’autonomie. Il a bénéficié de financements complémentaires par le Laboratoire interdisciplinaire d’évaluation des politiques publiques de Science Po Paris (LIEPP) au sein de l’axe « Politiques de santé ». L’enquête s’est étendue de la fin de l’année 2018 à 2024. Ce temps relativement long pour des enquêtes de sciences sociales a permis d’amener une logique longitudinale à notre recherche, et a permis aussi une approche méthodologique réflexive ayant conduit à plusieurs bifurcations.

L’articulation des financements a mené à un élargissement des personnes engagées de façon plus ou moins vive au sein du projet. Aussi, le temps long a permis de faire de ce projet un espace de formation pour des étudiants de master, voire de licence 3. Ainsi, le programme a amené la construction d’une logique collective propre au projet se traduisant à terme par le choix d’une identité propre dans la signature : le collectif PrescAPP. Ce collectif qui signe ce rapport se compose d’enseignant·es-chercheur·ses titulaires et contractuel·les, d’ingénieur·es de recherche, d’étudiant·es de master et de licence, de sciences sociales et de STAPS. L’ambition collective de ce projet a été multiple. Si une dizaine de chercheur·ses, enseignant·es-chercheur·ses et étudiant·es ont été particulièrement mobilisés, de nombreux·ses autres chercheur·ses ont été impliqué·es de façon plus sporadique, durant nos séminaires en venant discuter les résultats de nos travaux, autour d’une réflexion théorique ou de l’accès à un terrain particulier. L’enjeu collectif s’est aussi installé dans la volonté de rendre le plus collégial possible la prise de décision sur l’organisation du projet, l’usage des financements, le choix des communications et des publications, mais aussi plus concrètement dans le choix des terrains et les orientations théoriques données aux différentes publications, jusqu’à ce rapport. Ces choix se faisaient aussi en gardant toujours une volonté de liberté pour chaque chercheur·euse, avec le risque, avéré, d’un éloignement de certaines démarches vis-à-vis des volontés collectives, ou plus largement du collectif. L’engagement dans le projet des unes et des autres durant près de six ans de recherche a donc été multiple. Certains ont été investi·es quelques mois, d’autres, plusieurs années, de façon régulière ou alternative. Nous avons tenté de favoriser les équilibres, compenser les difficultés d’engagement de certains pour des raisons professionnelles, familiales ou de santé. L’idée était de tenter de proposer une autre manière de penser et de construire la recherche sans accaparement individuel ni invisibilisation dans une recherche permanente d’équilibre — les choix actés à la majorité ne faisant pas toujours l’unanimité. Cette tentative sociologique nous a aussi conduit·es à faire le choix d’un nom collectif pour la plupart des travaux que nous avons réalisés, et ainsi rejeter le régime d’aurorialité contraint aujourd’hui par la recherche à des fins concurrentielles et carriéristes. Sous le modèle du collectif Rosa Bonheur (2021) et influencé par les réflexions de Camille Nous et Rogue ESR (2021), il s’agissait d’éviter la survalorisation de certain·es chercheur·euses, l’invisibilisation d’autres et de façon générale, la hiérarchisation de nos engagements au sein du projet.

Les personnes impliquées dans le projet sont majoritairement investies dans les facultés des sciences du sport, produisant de fait, une proximité sociale entre les chercheuses et chercheurs et le terrain étudié. Cette proximité n'a pas toujours facilité l'accès aux pratiquant·es engagé·es dans les programmes. Des conventions (2 en Rhône-Alpes) ont été signées avec des structures organisant des programmes d'APA, les coordinateurs·trices étant supposé·es parler de l'enquête aux pratiquant·es dès avant leur première séance, et leur demander s'ils consentaient *a priori* à s'engager dans une série d'entretiens répétés. De fait, ce mode d'entrée sur le terrain a parfois généré des confusions sur nos rôles et notre contribution effective à l'organisation de l'offre. Lors de la première vague d'entretiens rétrospectifs, une partie des enquêté·es a probablement accepté l'entretien dans la perspective d'obtenir un renouvellement du programme. De plus, outre la contribution inégale des structures à l'enquête, les modes de « sélection » des enquêté·es par les coordinateur·trices nous sont largement restés opaques, faute d'avoir pu être objectivés par un travail d'observation ethnographique (ce qui rend la population enquêtée difficile à replacer dans l'ensemble des pratiquant·es d'APA sur prescription, sur lesquels on n'a d'ailleurs pas de données au niveau national).

Les méthodologies par axe (prévisions et évolutions)

À l'issue de la phase exploratoire menée en 2019-2020, trois axes de recherche ont été progressivement identifiés. Pour mener à bien le projet, l'équipe de chercheurs est structurée autour de ces trois axes qui ont peu à peu déployé leur méthodologie de façon autonome tout en les proposant à la discussion durant des séminaires communs.

Axe 1 — La construction publique de l'offre d'APA : Enquête multisite sur l'organisation de l'offre d'APA, à l'échelon régional et au niveau du territoire d'action des dispositifs étudiés.

Axe 2 — La réception par les médecins de cette politique publique en construction : Enquête quantitative (niveau régional) et qualitative (territoires d'action des dispositifs étudiés) auprès des médecins traitant·es et de quelques médecins spécialistes.

Axe 3 — La réception par les usager·es et les effets sur les parcours : Enquête qualitative longitudinale sur les parcours des personnes dans l'APA (via les dispositifs étudiés).

Axe 1 — La construction publique de l'offre d'APA : Enquête multisite sur l'organisation de l'offre d'APA, à l'échelon régional et au niveau du territoire d'action des dispositifs étudiés.

Concernant l'axe 1, nous avons réalisé, entre 2019 et 2024, 107 entretiens avec des acteurs engagés dans le déploiement des actions liées à la prescription médicale d'activité physique dans quatre régions de France métropolitaine. Nous avons d'abord enquêté auprès de fonctionnaires : des agents des services de l'État et des services déconcentrés du ministère des Sports DDCS et DRJSCS, devenus DRAJES et SDJES à différents échelons et avec des statuts différents (médecins-conseils, conseillers d'animation sportive, chargés de mission), des agents des ARS aux échelles régionale et départementale. Ces fonctionnaires peuvent être caractérisés comme cadres intermédiaires de la fonction publique. Julien Barrier Jean-Marie Pillon et Olivier Quéré définissent l'activité de ces cadres « *par le fait de traduire des orientations politico-administratives de portée générale dans des règles, des outils, des plans d'action, des routines ou des schémas organisationnels particuliers, destinés à structurer et*

réguler le travail des professionnels de première ligne. ». D'autres entretiens avec des cadres intermédiaires de la fonction publique ont été menés au sein de collectivités territoriales (Départements, villes, métropoles), mais aussi au sein de certaines structures hospitalières. En parallèle, nous avons enquêté auprès de coordonnateurs de plateformes, de dispositifs ou d'associations engagés dans le secteur, souvent dans des structures associatives, parfois dans des structures privées à but lucratif. Si nous parlons de coordonnateur·rices, ils et elles occupent souvent différentes fonctions dont les désignations varient selon les organisations et ne reflètent pas toujours explicitement la nature des activités : « référent·e », « responsable territorial », « chargé·e de développement », « coordonnateur·rice », « chef·fe de projet », etc. Ces coordonnateurs ont été recruté·es majoritairement entre 2013 et 2022. Cette temporalité de recrutement traduit le lien entre l'introduction de la prescription, la création de nouvelles actions et l'ouverture de postes pour coordonner le développement de ces dernières. En matière de tâches, ils et elles prennent en charge une partie importante du travail interne de gestion et d'organisation humaine, matérielle et financière de l'encadrement de la prescription au sein des associations (PrescAPP 2023). En parallèle, ils et elles mènent une activité externe, en lien avec de nombreux acteur·rices : les agent·es des pouvoirs publics qui financent et régulent les dispositifs ; d'éventuels partenaires en vue de l'élargissement des dispositifs (notamment d'autres MSS) ; des professionnel·les de santé pour favoriser le recours à la prescription et les orientations vers le dispositif ; et aussi avec les acteur·rices locaux proposant des équipements ou des activités physiques.

Nous avons aussi enquêté auprès de professionnels en APA intervenant au sein de programmes d'activités physiques à des fins de santé, dont des entrepreneurs, de plus en plus visibles dans les espaces locaux. En effet, depuis 2016, des structures marchandes se positionnent dans les espaces locaux pour proposer à différents acteurs publics l'organisation de parcours global et coordonné pour les pratiquantes et les pratiquants (accueil, bilan médico-sportif, orientation vers une offre, encadrements de séances, accompagnement vers une activité régulière et durable), ou simplement une offre d'activité et de réalisation de bilans auprès d'une autre organisation en charge de la coordination des parcours dans le cadre d'un programme public. Ces professionnels sont au cœur du déploiement des politiques de prescription.

En parallèle de ces entretiens, plusieurs chercheurs se sont investis dans des démarches plus ethnographiques au sein de leur territoire. Certains ont entretenu des liens réguliers par téléphone avec plusieurs coordonnateurs départementaux du dispositif autour de la mise en œuvre des politiques publiques. D'autres ont également assisté aux réunions d'un groupe de suivi départemental durant trois ans (quatre à cinq réunions par an) et aux groupes de travail de transformation du dispositif régional (ARS, DRJSCS, opérateurs et représentants de professionnels étaient présents). Ces démarches ont été accompagnées d'une prise de notes fine des échanges et interventions observés. Elles ont favorisé la compréhension de la dynamique processuelle des dispositifs, des adaptations déployées par les opérateurs dans la mise en œuvre de la politique publique, mais aussi des discours et des jugements normatifs sur les actions mises en place et les autres acteurs engagés dans l'espace local. Enfin, les résultats d'un travail documentaire portant notamment sur les appels à projets, mais aussi sur trois dossiers de labellisation de MSS dans deux régions sont également convoqués. Le traitement de ces dossiers permet d'interroger le positionnement revendiqué des MSS auprès des pouvoirs publics et la manière dont les porteurs de projets se projettent dans l'espace local de la prescription — les dossiers invitant à présenter les logiques partenariales et leur fonctionnement. À partir de ces données, plusieurs formes d'analyse

ont été menées conjointement. Nous avons procédé à la constitution de cas pour chaque région afin de décrire les logiques organisationnelles (et leurs transformations) qui structurent les différents territoires. Nous avons réalisé ensuite une comparaison de ces cas. En parallèle, nous avons mené une analyse thématique sur l'ensemble des entretiens retranscrits, notamment autour des enjeux de coordination et de relation aux différents types d'acteurs engagés dans l'espace local.

Axe 2 — La réception par les médecins de cette politique publique en construction : Enquête quantitative (niveau régional) et qualitative (territoires d'action des dispositifs étudiés) auprès des médecins traitant·es et spécialistes

Volet quantitatif

Initiée au printemps 2019, la production d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes a impliqué plusieurs chercheur·es de l'équipe soutenu·es par les services statistiques de la MSH-LSE ; avant que l'outil soit retravaillé avec les médecins de l'équipe, notamment grâce à de premiers tests auprès de leurs réseaux de connaissances. Si l'objectif initial était de réaliser cette partie de l'enquête de février à décembre 2020, les questionnements soulevés lors de la production de l'outil ont conduit à confirmer la nécessité de la mise en place d'une phase test. Le travail réalisé à partir du mois de mai 2020 a alors permis de finaliser (via Lime Survey) trois versions du questionnaire destiné aux médecins généralistes. Dans le but d'effectuer une analyse comparative dans les meilleures conditions, le choix a été fait de ne pas impliquer pour cette phase les quatre régions au cœur du projet PrescAPP, afin d'intervenir sur ces quatre terrains par la suite, une fois l'outil et la méthodologie consolidés. Ciblant ainsi quatre départements de la région PACA, et dans le but d'assurer une diffusion commune et visant le plus grand nombre de médecins traitant·es possible, les Conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) et l'URPS de cette région ont été visés.

Les difficultés rencontrées pour entrer en contact et échanger à ce sujet avec ces organisations, dans le contexte sanitaire centré sur la lutte contre l'épidémie, ont alors retardé la mise en place de la phase de test et la diffusion des trois versions a finalement débuté durant l'été 2021. Au regard du nombre particulièrement faible de répondants dans les quatre départements, force a été de constater que cette méthode de diffusion ne permettait pas de réaliser l'enquête quantitative auprès des médecins, telle que nous la prévoyions. Ces résultats ont conduit à envisager d'autres modalités d'enquête. Pendant un temps assez long, nous avons cru possible, grâce à la mise en contact de l'IRESP, de l'appui du CNGE pour diffuser le questionnaire auprès des adhérent·es au CNGE. De manière discontinue, mais jusqu'en octobre 2023, nous avons cru en ce mode de diffusion. À partir de ce dernier échec, nous avons décidé de ne plus mettre d'énergie dans la passation de ce questionnaire (lien actif indiqué en Annexe B du chapitre 2) pour nous concentrer sur l'analyse des éléments qualitatifs concernant les médecins : entretiens, ainsi que moments d'observation.

Volet qualitatif

Dès l'année 2019, des entretiens exploratoires avaient été conduits auprès de praticiens de Centres d'examen de santé, de médecins universitaires promoteurs de l'APA et de médecins généralistes exerçant en libéral dans la Loire et la Haute-Loire. En lien avec un travail

bibliographique, des thématiques avaient pu être identifiées, l'approche problématique avait été affinée et le guide d'entretien avait évolué.

La contribution de médecins généralistes préparant leur thèse d'exercice intégré·es au sein de l'équipe PrescAPP en 2020 a été double : d'une part elle a permis de peaufiner le guide d'entretien, de l'autre, les médecins ont eux-mêmes réalisé une première vague d'entretiens entre le printemps et l'été 2020. Une quarantaine d'entretiens (N. = 46) a ainsi été réalisée auprès de médecins généralistes, principalement dans la Loire et le Rhône. Une majorité de médecins enquêtés dans ce cadre étant non-prescripteur·rices, et dans le but d'approcher les ressorts du recours à la prescription et d'étudier dans ce cadre les liens qui peuvent exister entre médecins généralistes et dispositifs, la logique de l'enquête nous a amené·es à prioriser par la suite la tenue d'entretiens avec des médecins *identifié·es comme* prescripteur·ices par les programmes partenaires.

Nous avons d'abord sollicité les professionnels des dispositifs étudiés afin d'obtenir des coordonnées de médecins généralistes. Le choix de ce point d'entrée n'a pas toujours permis de surmonter les difficultés d'accès inhérentes à ce terrain, les méthodes d'enquête supposant de mener des entretiens longs avec des médecins généralistes par ailleurs très sollicités. Si le calendrier initial prévoyait la fin de l'enquête qualitative auprès des médecins en juillet 2021, la campagne d'entretiens s'est poursuivie à la rentrée 2021-2022 pour quelques mois. Pour finir, prenant en compte l'évolution toute récente de la loi, nous avons décidé collectivement en février 2022 d'étendre la population visée à tous les médecins ayant prescrit dans les dispositifs retenus pour l'enquête, généralistes comme spécialistes. Même s'ils étaient la cible des pouvoirs publics pour la loi de 2016, et qu'ils représentent la majorité de nos enquêté·es, les médecins rencontré·es ne sont pas ainsi pas tous·tes des médecins traitant·es. Des médecins liés plus ou moins directement aux dispositifs d'APA étudiés (Chapitre 1) ont ainsi été interviewés en 2021 et 2022 (N. = 35 entretiens, parfois répétés). Nous avons finalement interrogé en tout 81 médecins généralistes et spécialistes, libéraux et hospitaliers dans ces cinq régions, prescripteur·ices et non prescripteur·ices (cf. annexe A du chapitre 2), certains à plusieurs reprises ; afin de saisir leur rôle dans les configurations locales, mais aussi leur lecture de la prescription d'activité physique et des dispositifs de la prescription d'activité physique, et leurs pratiques afférentes. Les entretiens ont donné lieu à retranscription et analyse : entretien par entretien, avec une fiche portrait pour chaque entretien approfondi ; et une analyse transversale, par une catégorisation a priori et une thématisation inductive (cf. guide d'analyse constitué au fur et à mesure du travail collectif, Annexe D du chapitre 2).

Pour cette partie de l'enquête également, le contexte sanitaire a eu un impact important, limitant les possibilités des professionnels de santé d'accorder du temps aux chercheurs sur la question de l'activité physique. Discutées en équipe entière, les évolutions du guide d'entretien ont permis de mieux articuler les effets de la socialisation professionnelle des médecins et leurs propriétés de position. L'analyse de leurs trajectoires et de leur surface sociale, à l'échelle des villes ou territoires où ils et elles exercent, apporte un autre éclairage sur leurs modes d'investissements dans les dispositifs étudiés. Au fur et à mesure de nos entretiens, la partie relative à la pandémie a occupé de moins en moins de place.

Axe 3 — La réception par les usager·es et les effets sur les parcours : Enquête qualitative longitudinale sur les trajectoires des personnes dans l'APA (via les dispositifs étudiés)

Concernant le troisième axe, en 2019 et 2020, l'activité a reposé sur un travail de revue de littérature visant à préciser notre approche problématique et méthodologique, des observations au sein de dispositifs de pratique, et un recueil d'informations concernant les publics accueillis au sein des plateformes qui accompagnent les personnes vers et dans l'APA. Les réflexions engagées sur les rôles et fonctions de la prescription dans les « carrières » des pratiquant·es nous ont conduit·es à nous intéresser en particulier aux dispositifs de type « Plateforme », qui accueillent et accompagnent les personnes suite à une prescription d'APA. Par la suite, nous nous sommes intéressé·es aux usagers et usagères des programmes dits passerelles (programmes courts et temporaires entre un bilan médico-sportif et une reprise d'activité régulière — voir développement dans le rapport) de Maisons Sport Santé, en prenant le soin de contraster les structures enquêtées (publiques et privées). Cette démarche a finalement participé à l'émergence de l'axe 1 de notre recherche, et a permis de délimiter notre objet et nos terrains de recherche, mais aussi, ce faisant, d'établir de premiers constats.

En 2021, des travaux avec des stagiaires de master 2 STAPS et santé publique ont permis de réaliser des enquêtes sur la réception des politiques de prescription en milieu rural et auprès de personnes inscrites dans des parcours en APA dans le monde hospitalier. Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes concernées par la PAP a été réalisée dans ce cadre. Les contacts établis avec les dispositifs étudiés dans le cadre de l'axe 1 ont permis à partir de l'été 2021 de réaliser des entretiens avec des pratiquant·es ayant intégré ces programmes. Les opérateur·trices de ces dispositifs se sont révélés être des intermédiaires privilégiés pour relayer l'enquête et permettre l'accès à leurs usager·ères, produisant parfois dans le même temps une confusion entre le dispositif et l'enquête. À partir des entretiens exploratoires qui ont été réalisés, les guides d'entretien ont été retravaillés en prenant en compte les questions nouvelles qui en étaient issues, notamment celles liées aux dispositions favorisant l'entrée et le maintien dans la pratique, et sur les formes d'appropriation des programmes (dans les régularités déjà repérables : une socialisation antérieure avec le milieu médical, un investissement dans le monde associatif, ou le fait d'avoir eu une trajectoire fortement ascendante — qui a habitué à un « retravail de soi » tout au long de sa vie — marquée par une rupture biographique telle qu'un deuil, ou un accident de santé, plutôt qu'une pratique sportive antérieure). Des questions relatives aux enjeux relationnels qui conditionnent l'engagement ont également été soulevées. En effet, les entretiens ont révélé qu'au-delà de prédispositions favorables à l'entrée dans la pratique, une grande partie des personnes interrogées ont été informé·es et orienté·es vers un dispositif par l'intermédiaire d'une ou d'un professionnel·le de santé, autre que la ou le médecin, pourtant pensé·e initialement comme central par les politiques publiques.

Plus précisément, les entretiens semi-directifs ont été pensés dans une perspective comparative entre les différentes expériences des bénéficiaires d'une prescription d'Activité Physique Adaptée. Le guide est structuré en quatre grandes phases d'entretien, correspondant aux moments clés du parcours des pratiquant·es dans le dispositif. L'objectif était de rendre compte de la « carrière » des pratiquant·es dans les programmes :

1. Phase 1 : entretien initial, antérieurement à la première séance d'APA,

2. Phase 2 : entretien intermédiaire, réalisé après les premières séances d'APA (< 5 séances).
3. Phase 3 : entretien de suivi, vers la fin du programme.
4. Phase 4 : entretien de sortie de dispositif, à réaliser un an après la sortie du programme

Dans de nombreux cas, les entretiens « phase 1 » et « phase 2 » ont dû être fusionnés, car les pratiquant·es n'ont pu être contacté·es qu'après le début des programmes.

Phase 1 : Entrée dans le dispositif

L'entretien initial visait à explorer les conditions de la prescription d'APA, en relation avec la trajectoire des pratiquant·es, et notamment son inscription dans un double parcours, de soin, et sportif. Une attention particulière a été portée à la perception subjective de la prescription, aux modalités de l'orientation (rôle des professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, infirmières, rôle éventuel de la plateforme d'orientation ou de la MSS contactée), aux premières prises de contact, et aux attentes initiales vis-à-vis de la pratique. Plusieurs questions permettaient d'investiguer la manière dont les participant·es avaient découvert le programme, le rôle joué par le médecin prescripteur dans cette orientation, le délai entre la prescription et le bilan et/ou la première séance. Une attention particulière a été portée aux autres soins, notamment ceux physiques (comme la kinésithérapie), que les pratiquant·es étaient susceptibles de recevoir au moment de leur entrée dans les programmes. Un premier objectif était ainsi de saisir dans quelle mesure l'APA était perçue comme un acte médical à part entière ou comme une proposition, éventuellement négociée.

Un volet était consacré à un récit de vie élargi, incluant : les trajectoires familiales, professionnelles et sociales, les expériences corporelles, de santé et de vieillissement, le parcours en APS (activités physiques et sportives), et enfin, les représentations du vieillissement et les injonctions à « prendre soin de soi ».

Phase 2 : Premiers retours sur la pratique

Ce second entretien se centrait sur l'expérience des premières séances, les éventuelles évolutions des attentes exprimées, les effets subjectivement ressentis de la pratique, et la relation au cadre de pratique (activités proposées, relation aux intervenant·es, et aux autres pratiquant·es).

Le rôle des proches était également investigué, et notamment les réactions de l'entourage face à l'entrée dans le programme, le soutien (ou non) exprimé, et la manière dont les proches peuvent être impliqués de façon plus ou moins directe dans la pratique, que ce soit pour des aspects logistiques (de déplacements sur le lieu de pratique), ou même pour une participation conjointe à l'activité.

Quand l'entretien n'a pu être réalisé avant les premières séances, un autre guide a été réalisé pour ceux effectués directement après les premières séances d'APA, tout en incorporant les thématiques importantes du guide 1 (mais de façon rétrospective), tout en incluant les éléments du guide 2. (Soit guide fusionné : phase 1-2)

Phase 3 : Entretien auprès de pratiquants sortis ou en fin de programme

Ce volet était réalisé en fin de programme. Les modalités d'introduction de l'entretien restent similaires à la phase précédente (explication du cadre, consentement,

confidentialité, etc.). L'entretien se focalisait cette fois-ci sur l'évolution de la pratique et les effets perçus dans le temps.

L'entretien cherchait à saisir l'évolution de la pratique d'APA au fil du temps, en documentant la régularité de la participation, les évolutions de l'engagement subjectif dans le programme, les contraintes pratiques pesant sur l'activité (en lien avec la santé, au cadre de la pratique, ou à d'autres formes de contraintes, par exemple la sphère familiale) ainsi que les transformations éventuellement perçues par les participant·es. Il permettait également d'analyser les évolutions des attentes vis-à-vis de l'APA dans la durée.

Une attention était là encore portée à la perception du dispositif et de son encadrement, et à mieux saisir le maintien du cadrage médical dans la durée (par exemple, la nature des échanges autour des problématiques de santé).

L'entretien explorait également les évolutions du rapport aux autres pratiquant·es, la formation éventuelle d'un collectif, ou le maintien des relations dans d'autres cadres ; ainsi que celles des relations intrafamiliales.

Enfin, l'entretien permet d'aborder les effets plus larges de l'APA sur le mode de vie des participant·es, permettant de saisir d'éventuels changements dans l'alimentation, de priorités dans l'agenda personnel, ou encore le poids d'arbitrages économiques liés à la poursuite de l'activité.

Le quatrième volet du guide d'entretien semi-directif est destiné aux participant·es ayant quitté le dispositif d'APA sur prescription médicale. Il s'inscrivait dans une perspective de clôture du parcours et de bilan subjectif de cet engagement, un an après la sortie du programme. L'objectif de cette phase était de comprendre dans quelle mesure l'APA pouvait induire des reconfigurations durables des habitudes de vie dans la durée. Il permettait de documenter la diversité des parcours en sortie de dispositif, qu'il s'agisse de ruptures définitives, de continuités sous d'autres formes ou de projets de reprise de la pratique.

Les thématiques abordées portaient sur les évolutions générales de la vie des enquêté·es : famille, activité professionnelle ou bénévole, pratiques culturelles, santé. Un volet spécifique était ensuite consacré aux souvenirs liés au parcours d'APA, à sa prescription initiale, aux modalités de l'arrêt et à l'existence ou non d'un accompagnement à la sortie. L'entretien explorait également les effets perçus de cette pratique dans différents domaines. La suite de l'échange permettait d'interroger les pratiques physiques actuelles, qu'elles aient été poursuivies, transformées, ou abandonnées.

L'enquête longitudinale de l'axe 3 a été amorcée à partir de la rentrée 2021.⁴⁹ 49 pratiquant·es ont été enquêté·es (45 entretiens individuels, et 2 entretiens avec des couples de pratiquants). Elles et ils ont été rencontrés principalement au domicile des usager·ères ou plus rarement, dans les locaux des programmes d'APA ; parfois au café, ou dans d'autres lieux (à l'université, dans une bibliothèque...). Les lieux étaient choisis dans la mesure du possible par les personnes interrogées, et pouvaient évoluer au fil des entretiens. Une partie des entretiens a été réalisée par téléphone, s'agissant de régions d'enquête très étendues et où les chercheur·euses de l'équipe ne pouvaient pas toujours se déplacer facilement.

La répétition des entretiens avec les pratiquant·es a été très incomplète par rapport aux prévisions. Certain·es n'étaient plus joignables (âge parfois très avancé ; peut-être quelques décès ou maison de retraite), annulaient les entretiens, ou encore avaient arrêté le programme et préféraient ne pas continuer l'enquête. Certains programmes de courte durée, et les interruptions dans le programme nous ont aussi compliqué la tâche de suivi ; ainsi que les temps d'enquête ethnographique qui ne recoupaient pas les temps désirés de suivi. La délimitation d'un point de départ et d'une sortie formelle du programme s'avère

souvent complexe, rendant floue la temporalité de l'accompagnement, et donc la saisie de la « sortie/fin » du programme. Si nous avions justement pour objectif d'étudier les effets de la diversité des programmes sur l'expérience des pratiquant·es, la très forte hétérogénéité d'un territoire à l'autre, tant dans leurs modalités d'organisation que dans leurs coûts ou leur durée nous a toutefois posé des problèmes majeurs de mise en œuvre de l'enquête. Au moment de la clôture du terrain, les entretiens répétés selon les 4 phases précédemment décrites se répartissent finalement comme suit. Phase 1 ou entretien rétrospectif : 41 entretiens ; Phase 2 : 36 entretiens ; Phase 3 : 10 entretiens ; Phase 4 : 3 entretiens. 4 entretiens rétrospectifs ont été menés, dont un pour lequel on ne dispose pas de l'enregistrement. Il y a eu par ailleurs deux refus d'enregistrement (l'un de façon directe, l'autre de façon détournée, le rendez-vous convenu avec la pratiquante s'étant transformé en rendez-vous pour aller faire des courses alimentaires au supermarché). Deux entretiens ont été réalisés dans le cadre d'un travail d'observation ethnographique, après la 5e séance. Il y a eu un refus d'entretien. Deux pratiquant·es ont arrêté le programme immédiatement après les premières séances pour des opérations, un troisième parce qu'il n'adhérait pas au cadre de la pratique. Pour les recherches suivantes, il conviendrait de porter une attention accrue à ce qui subsiste de l'expérience vécue par les pratiquant·es, au-delà d'une dichotomie simpliste entre maintien et abandon de la pratique physique.

Des éléments d'enquête complémentaires

Pour finir, des recherches complémentaires ont été effectuées, plus ou moins utilisées dans le rapport, pour alimenter les analyses.

Axe 1 : des éléments quantitatifs ad hoc

Nous avons travaillé sur les données des pratiquant·es de deux opérateurs d'une région (représentant 6 départements). Nous avons également constitué une base de données de 3500 structures offreuses d'APA sur l'ensemble du territoire hexagonal.

Axe 2 : recension et analyse de revues médicales et littérature grise

Ont été réalisées : la recension et l'analyse des thèses d'exercice de médecine sur le sujet de la prescription (deux articles publiés) ; la recension et l'étude du contenu de tous les articles parus dans 5 revues de médecine générale depuis le projet de loi portant sur la PAP et/ou les indications médicales à pratiquer de l'activité physique au sein des revues professionnelles de MG (Prescrire, Le généraliste/Le quotidien du médecin, La revue du praticien MG) ; la recension des formations initiales et continues en matière de PAP à destination des médecins en France 5 ans après le vote de la loi ; l'observation d'une session de formation continue en DMG sur l'offre de soins incluant l'APA.

Axe 3 : Du quantitatif avec l'exploitation de l'ENPPS2020

Nous avons particulièrement étoffé notre travail qualitatif d'une exploitation des résultats de l'enquête nationale Pratiques Physiques et Sportives en France 2020 (ENPPS), qui viennent d'être mis à disposition de la communauté scientifique. Ce questionnaire contenait, en plus des caractéristiques sociodémographiques habituelles, un volet entier sur la santé – état de santé, maladie chronique ; limitation AVQ due à problème de santé, taille, poids — et les habitudes de vie liées à la sédentarité des personnes interrogées, ainsi que des questions

sur les raisons de la pratique et de la non-pratique (dont proximité et adaptation de l'offre) et sur les finalités de la pratique (dont la santé et la forme).

Un travail de recherche marqué par le contexte sanitaire et les transformations de l'action publique

Plusieurs difficultés, liées aux contextes et au sujet d'étude ont vu le jour sur nos terrains en grande partie en raison de la pandémie. En premier lieu, la crise sanitaire a complexifié l'accès à nos terrains sur l'ensemble des dimensions étudiées. Cela a été tout particulièrement le cas pendant le 1er confinement, mais les effets de celui-ci puis la suite de la crise et les confinements suivants ont continué à avoir des effets importants sur nos accès aux terrains. L'accès aux institutions et à la construction de partenariats, que ce soit auprès des opérateurs de dispositifs ou des ARS au sein de notre premier axe, ou de l'ordre des médecins pour le second, a longtemps été difficile au regard de la crise sanitaire aux effets durables.

Sur ce deuxième axe, en 2020 et 2021, les médecins généralistes semblaient parfois d'autant moins sensibles à une enquête sociologique sur la question de l'activité physique qu'ils ont eu à mener pour beaucoup un grand « rattrapage » des soins auprès des personnes malades chroniques suite aux différents confinements. Ils ont aussi été, pour beaucoup, accaparé·es par la campagne de vaccination. Néanmoins certains enquêté·es professionnel·les de l'APA pointaient que cela avait été d'après elles et eux une période de sensibilisation des médecins et des personnes à la Prescription d'APA (eu égard aux restrictions/autorisations notamment). Également, concernant l'axe 3 (étude de la réception de l'offre par les bénéficiaires), de nombreuses sessions d'activité physique pour les personnes âgées ont mis du temps à se réorganiser. Certains bénéficiaires semblaient aussi rester réticent·es à une reprise de quelques activités. Enfin, de façon indirecte, les décisions politiques liées à la crise sanitaire en 2020 ont affecté nos conditions et capacités de travail tant elles ont bouleversé nos missions d'enseignements et nos organisations de vie extra-professionnelles. Le retour à la normale a mis du temps, et affecté durablement le début du projet.

En parallèle, nos terrains ont aussi évolué du fait des changements politiques et législatifs autour de la prescription. Sur le plan méthodologique et théorique, notre travail a donc basculé vers une réflexion sur une approche processuelle des dispositifs afin d'étudier leur transformation dans le temps, et les conditions de ces transformations. Ce choix nous a aussi invité·es à travailler sur un temps plus long.

Chapitre 1. Politiques de prescription

Vers une institutionnalisation des programmes d'activité physique sur prescription ?

Chapitre 1 – Sommaire

SOMMAIRE DU CHAPITRE	42
INTRODUCTION	43
PARTIE I. SOCIOHISTOIRE D'UNE DISPOSITION LÉGISLATIVE	46
1. <i>Avant la prescription</i>	46
2. <i>Une loi n'arrive jamais seule. Prescription médicale et fusion des régions</i>	49
3. <i>Institutionnalisation de la prescription ou expérimentation permanente</i>	52
PARTIE II — COMMENT DÉVELOPPER LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ?	54
1. <i>Le rôle des coordinateurs</i>	54
2. <i>Les villes et structures intercommunales, acteur fort de l'activité physique sur prescription ?</i>	57
Étude de cas : Développer et organiser la prescription médicale en milieu rural grâce à une collectivité	61
3. <i>Les entrepreneurs en APA en soutien ? Une jonction entre intérêts politiques et professionnels</i>	62
4. <i>Le maintien des associations sportives au centre des dispositifs</i>	65
PARTIE III. LES RÉSEAUX LOCAUX DE LA PRESCRIPTION. UN RENOUVELLEMENT DE L'INTERSECTORIALITÉ.	
66	
1. <i>Un travail d'articulation de la prévention en santé</i>	68
2. <i>L'activité physique sur prescription, outil de la sanitarisation du social</i>	70
3. <i>Contre-point : Le cas de la Guyane</i>	72
CONCLUSION DU CHAPITRE	75
BIBLIOGRAPHIE	76

Introduction

La prescription d'activité physique est d'abord un objet législatif traité à l'échelle nationale. Dans sa thèse, Clément Perrier (2022) relève que la prescription d'activité physique n'était pas dans la proposition de loi initiale (loi de modernisation du système de santé en France) et a été introduite par un amendement porté par quatre députés socialistes : Valérie Fourneyron, Régis Juanico, Brigitte Bourguignon et Pascal Deguilhem. Voulant faire entrer l'activité physique dans le débat public, Valérie Fourneyron voyait, en effet, la loi comme une opportunité. Par un travail de plaidoyer auprès des députés de droite et de gauche prenant appui sur les recommandations des rapports de l'INSERM (2008) et de la HAS (2011) ainsi que sur les actions locales se développant dans plusieurs régions françaises, les députés parvinrent à faire voter l'amendement malgré des débats sous tension en première lecture autour d'un possible remboursement de l'activité physique sur prescription et contre l'avis de la ministre Marisol Touraine.

L'article de loi ne disant rien des conditions de dispensation de la prescription ni de l'encadrement des activités physiques, il donne lieu à un important travail de négociations collectives autour de l'écriture d'un décret. Le décret vise à définir les conditions d'encadrement des activités physiques sur prescription, ainsi que les conditions mêmes de la prescription par le médecin généraliste. Clément Perrier montre comment l'écriture du décret est discutée, négociée au sein du groupe Bigard. Le groupe Bigard – du nom d'un médecin du sport spécialiste en physiologie de l'exercice et de la nutrition – a été mis en place en janvier 2015 à l'initiative du directeur général de la santé qui souhaite créer un groupe de travail dénommé « *Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ?* ». Le groupe réunit des personnels du ministère des Affaires sociales, et de la Santé, des Sports, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, des représentants de médecine de sports, des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, des fédérations de malades, ou encore de la conférence des directeurs et doyens de STAPS. Mis en place pour la conception d'un référentiel des limitations fonctionnelles, il change de fonction et est élargi pour l'écriture du décret. Il devient une arène où s'expriment des revendications entre les membres d'organisations de kinésithérapeutes, d'enseignants en APA, et des membres d'organisations sportives olympiques. Cette arène peut ainsi être analysée comme un lieu de lutte pour la défense de territoire professionnel. Devant l'impossibilité de trouver un consensus, quelques acteurs ministériels occupent alors une influence majeure dans l'écriture finale du décret. Mais le décret ne tranche pas et donne la possibilité à tous les professionnels (professionnels de santé, EAPA, éducateur·rices sportifs) d'encadrer en fonction des limitations fonctionnelles du patient — limitations devant être déterminées par le médecin. La publication du décret s'accompagne de la parution d'une instruction interministérielle (ministère de la Santé et ministère des Sports) relative à la mise en œuvre de l'inscription de la prescription médicale d'activité physique dans la loi 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* ». Cette instruction vise à favoriser l'engagement des services déconcentrés du ministère des Sports et des agences régionales de santé dans la structuration et la coordination des réseaux. Elle leur donne aussi un pouvoir sur la régulation et la division du travail d'encadrement des activités physiques. En

effet, l'instruction incite à la construction de réseaux interprofessionnels et de coordinations locales engageant acteur·rices issus du monde du sport et de la santé. Cette démarche, dans la continuité des plans régionaux Sport-Santé bien-être initiés en 2012, s'inscrit en premier lieu dans la volonté de renforcer des politiques de santé publique plus interventionnistes en matière d'activité physique. Ensuite, la sémantique du réseau met en évidence l'homologie recherchée avec le développement des réseaux de santé et de l'exercice de soins coordonnés, visant à plus de cohérence dans l'accompagnement des patient·es, mais aussi plus de prévention, notamment *via* le déploiement de programmes d'éducation thérapeutique du patient, ou d'éducation à la santé (Perrier, Perrin, 2018).

Mais à la différence de certains autres dispositifs de soins coordonnés, la note d'orientation ne prévoit pas de budgets étatiques nationaux pour le déploiement de ces réseaux. Les financements doivent être construits localement au travers des budgets des ARS, des DRJSCS ou des collectivités partenaires (départements, communes, intercommunalités). Cette caractéristique affirme une régionalisation des politiques de santé qui n'est pas sans conséquence en matière de production d'inégalités territoriales dans l'accès à la prescription. L'étude, proposée dans ce rapport, de cinq régions françaises présente des investissements publics très variables d'une région à une autre. L'autonomie donnée aux ARS en la matière favorise ces inégalités. Les orientations budgétaires des ARS peuvent aussi être à la source d'inégalités infrarégionales avec des financements orientés vers certains territoires plutôt que d'autres — ces inégalités s'ajoutant à celles produites par les engagements locaux inégaux des collectivités ou des institutions sportives et de santé, publiques ou privées (Salaméro, Haschar-Noé, 2017). L'analyse de la conception des politiques montre alors des actions en matière de prescription d'activité physique s'intégrant ou non à d'autres plans de santé, pouvant faire l'objet d'un intérêt fort, ou être laissées à l'abandon.

Notre enquête démarre en 2019 dans ce contexte avec comme point d'intérêt le rôle que va occuper la prescription dans la construction des programmes qui surviennent dans un contexte politique particulier. En effet, les réformes territoriales ayant conduit à la fusion des régions et des services étatiques en région ont eu lieu les années précédentes. Dans plusieurs régions de notre enquête, la construction de programmes d'activité physique sur prescription se fait dans un contexte de fusion des ARS et DRAJES parfois sous tension. Le travail de conception politique génère parfois l'affrontement de plusieurs modèles d'intervention politique. En effet, la circulaire arrive aussi au moment du renouvellement des plans régionaux sport santé bien être (2013-2017) qui avait mené à la construction de programmes d'activités physiques à des fins de santé dans de nombreuses régions. Malgré de nouveaux partenariats pluriannuels, l'usage de la sémantique de l'expérimentation ou l'arrivée de nouveaux labels, nous avons ainsi remarqué une certaine continuité dans l'action publique régionale.

Dans un texte sur la tension entre expérimentation et institutionnalisation au sujet des politiques participatives, Guillaume Petit (2023) relève quatre éléments qui font l'institutionnalisation : la permanence, la dépersonnalisation, la reconnaissance et la prévisibilité. L'approche longitudinale dans laquelle nous avons inscrit notre enquête vient interroger ce processus d'institutionnalisation des politiques régionales d'activités physiques à des fins de santé sur ces différents points. En effet, d'un côté, depuis 2012, un renforcement régulier des politiques régionales d'activités physiques à des fins de santé semble être à l'œuvre, de l'autre, une forte instabilité et des incertitudes restent structurantes. D'abord, les réformes législatives évoquées ont eu un effet notable dans la

transformation des programmes et de leur organisation. Aussi, la présence au cœur de ces politiques des logiques du *new public management* favorise les logiques de mise en concurrence, de délégation, de rationalisation des coûts, de remise en cause des actions par des procédures d'évaluation. Face à ces constats, les enjeux de permanence et de prévisibilité nécessaire à l'institutionnalisation sont discutables d'autant plus que les situations sont inégales en fonction des régions. Concernant les deux autres aspects (dépersonnalisation et reconnaissance), il semblerait que la refonte des programmes a eu tendance dans certaines régions à dépersonnaliser les dispositifs quand ils étaient jusqu'ici attachés à un entrepreneur de prescription — souvent un médecin (Gasparini, 2022). Clément Perrier (2022) démontre dans sa thèse comment des acteurs ont cherché à accaparer la primauté de l'activité physique sur prescription et les profits symboliques pouvant s'y rattacher. La fusion des régions et l'obligation de trouver des terrains d'entente et des compromis ont favorisé des constructions plus institutionnelles et moins personnalisées des politiques. Cette dépersonnalisation a aussi eu pour effet une plus grande reconnaissance de la part des différents pouvoirs, mais aussi du public et des communautés professionnelles concernées. En 2020, l'arrivée des MSS est venue renforcer cette tension autour de l'institutionnalisation. Si le label – devenu habilitation – appuie la place des activités physiques sur prescription et sa reconnaissance, il crée des incertitudes par un cahier des charges demandant aux organisations locales de se positionner sur le terrain des politiques régionales mises en place. Par un soutien d'initiatives locales, il réentraîne des phénomènes de personnalisation des initiatives et oblige alors à un travail de création organisationnelle continue, faisant apparaître l'activité physique sur prescription comme un dispositif local aux contours flous (Barbot, Dodier, 2016). C'est ce travail organisationnel que nous tentons de saisir dans cette première partie. En cherchant comment a été investie la prescription d'activité physique d'un point de vue institutionnel, au sein d'organisations et d'histoires régionales et locales. En effet, d'un côté, notre enquête nous a invité-es à proposer une lecture d'un État central et de ses services déconcentrés et agences qui conçoivent et mettent en œuvre des politiques publiques par l'intermédiaire d'instruments issus du *new public management* : l'appel à projets, la labellisation, la contractualisation avec des opérateurs variés. Cette approche déjà appréhendée tant en sociologie du sport que de la santé nous a permis de façon assez classique de saisir la naissance ou le renforcement de logiques concurrentielles, mais aussi une tension tant à l'échelle locale que nationale entre une forme d'isomorphisme et une recherche permanente de distinction de la part de nombreuses institutions. De façon peut-être un peu plus originale, on a aussi tenté de montrer comment des associations ou des entreprises, dans un rôle d'opérateur, s'approprient les instruments pour les remodeler et pour diffuser certaines normes et pratiques entrepreneuriales favorisant notamment des phénomènes de marchandisation des activités physiques à des fins de santé, ou au moins d'intégration des logiques marchandes dans la construction des politiques publiques (Pierru, Roland, 2016)

Partie I. Sociohistoire d'une disposition législative

1. Avant la prescription

Au moment où les ARS et DRJSCS se lancent dans l'application de l'instruction de 2017 et décident d'organiser des dispositifs à l'échelle locale pour favoriser le déploiement de la PAP, des programmes existent dans chaque région de notre enquête et vont servir d'appui – ou au moins être discutés – dans la mise en œuvre d'une nouvelle politique d'activité physique. Ces programmes sont nés dans un contexte de reconfiguration des politiques et programmes de santé publique. En 2002 et 2004, deux lois reconfigurent l'organisation de la santé. D'abord la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé encadre les réseaux de santé dans un objectif d'accès aux soins, de coordination de continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires (Acef, 2008). Ces réseaux de santé vont pour certains intégrer des activités physiques adaptées dans les parcours de soins des malades. Aussi, ce déploiement des logiques coordonnées favorise la diffusion des normes de parcours et de coordination qui vont devenir structurantes au sein des programmes mis en place quelques années plus tard (Perrin et coll., 2008). Deux ans plus tard, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique vise à mettre l'approche préventive au cœur du paysage de la santé publique. Étudiant cette loi, Bergeron et Nathanson (2014) relèvent la volonté de responsabiliser des citoyens ayant tendance à consommer les soins sans compter, et devant devenir plus autonome et rationnel. La loi de 2004 est aussi déterminante, car elle crée les groupements régionaux de santé publique visant à l'organisation de politiques régionales de santé publique et servant de prémisses à la mise en place des ARS en 2009 *via* la loi Hôpital, patients, santé, territoire. Dans le même temps, une mise à l'agenda de l'activité physique à des fins de santé est visible à travers le déploiement et le renforcement des plans nationaux nutrition santé. Largement documentée par les sciences sociales, la mise en œuvre des PNNS va être pensée à la fois à l'échelle nationale, par de grandes campagnes populationnelles (Boubal, 2019), mais aussi par la construction d'applications locales en région impulsées par les directions régionales de la jeunesse et des sports et les directions régionales des affaires sociales (Honta, Haschar-Noé, 2011). C'est dans ce contexte que naissent des travaux collectifs visant à une échelle régionale l'organisation de programmes locaux de remise à l'activité physique permettant de faire le lien entre le monde médical et le monde sportif. La littérature a tendance à démarrer l'histoire de ces réseaux et programmes locaux en 2005 à Toulouse avec le dispositif Eformip. Étudiant sa naissance, Merlaud et coll. (2012) décrivent la création d'un comité technique régional nutrition santé chargé de susciter, de coordonner et d'animer les programmes d'actions proposés au niveau régional suite au lancement PNNS. D'après les auteurs, la procédure démarre par une sollicitation, *via* les responsables de la DRASS, des médecins-chefs de service universitaire, dont l'un militait pour la prescription d'activité physique chez les porteurs de pathologies chroniques. Avec le soutien du médecin-conseil de la DRJSCS, la collaboration débouche sur la création du dispositif Eformip, financé rapidement par les instances régionales. L'objectif du dispositif est alors de constituer un réseau entre professionnels du sport et professionnels de santé pour favoriser l'accompagnement des personnes vers l'activité physique. Ce type de processus va être visible dans de nombreuses régions au tournant des années 2010 avec néanmoins plusieurs variations.

Le travail sociohistorique réalisé sur nos terrains d'enquête met en exergue la naissance de programmes dans plusieurs régions avant 2012. En Languedoc-Roussillon, un label à destination des villes et attribué par la DRJSCS est mis en place dès 2009 : le label ville vivez bougez. Il est porté par le médecin-conseil de la DRJSCS. En Lorraine, c'est aussi un médecin-conseil qui apparaît à l'origine du dispositif SAPHYR (Santé par l'activité physique régulière) en 2010. Initié par la DRJSCS, il est soutenu financièrement par l'ARS et le Centre national de développement du sport (CNDS). Dans un entretien, le médecin-conseil de la DRJSCS défend un objectif de placer au cœur du dispositif « le mouvement sportif » et de faire de cet aspect une particularité locale pour favoriser des parcours cohérents de reprise dans l'activité devant se pérenniser dans le milieu associatif. De façon concrète, un partenariat est réalisé avec le comité régional olympique et sportif de Lorraine afin de donner à ce dernier la charge de la mise en œuvre du programme et la construction d'un réseau d'associations sportives en mesure d'accueillir des personnes malades chroniques. En Champagne-Ardenne, l'organisation diffère. Une association, le réseau sport santé bien être, est créée par le CROS, France Assos Santé (association de patients), et l'union régionale des professionnels de santé médecins libéraux. Elle vise la reprise d'activité en club également, mais met en valeur des programmes intermédiaires en lien avec le monde hospitalier. En Auvergne et en Rhône-Alpes, des initiatives analogues existent, notamment dans le département de la Loire. Financé par l'ARS, le réseau de santé DEDICAS, spécifique à la diabétologie, lancé en 2010 les relais sport santé au sein desquels des activités physiques adaptées étaient pratiquées « sur ordonnance ». Enfin, dans les Pays de la Loire, nous trouvons la trace en Mayenne du Parcours Activités Physiques et Santé, initié dès 2011, visant à la réalisation d'un bilan, d'un éventuel parcours animé par des éducatrices médico-sportives sur une durée de trois mois, réalisé en centre hospitalier, puis d'une reprise en club. La mise en œuvre est assurée par le comité départemental olympique et sportif et financée par l'ARS, la CPAM, le CNDS et le conseil général.

La liste non exhaustive est d'autant plus difficile à construire dans les régions où les programmes sont pensés à l'échelle départementale, voire communale (certains dispositifs ne faisant l'objet d'aucune communication ou publication particulière, ils sont parfois difficiles à déceler). Par contre, elle révèle l'importance que prennent les ARS et leur pouvoir financier dans le champ de l'activité physique dès leur création et l'articulation, bien que les soutiens soient souvent partagés par les directions régionales de jeunesse et sports, voire de certaines collectivités ou d'organismes de sécurité sociale. Les différents exemples démontrent aussi la diffusion inégale, mais réelle de certaines normes en matière d'activité physique à des fins de santé pour les personnes malades chroniques, mais aussi de normes en matière d'action publique. La construction des programmes intègre les logiques du *new public management* dans la majorité des cas avec une association régionale ou locale qui devient opératrice privée des pouvoirs publics (Bergeron, Castel, Nougez, 2019). Elle-même délègue, par des actions de formations et de soutiens financiers aux médecins et aux éducateurs sportifs, le conseil et l'intervention auprès des personnes malades chroniques. Sur le plan de l'organisation de l'activité, nous remarquons un objectif commun de faire des associations sportives des lieux d'accueil pour les personnes malades chroniques. Il y a aussi l'émergence dans de nombreux programmes des parcours intermédiaires ou passerelles qui servent de sas aux personnes, et se déroulant dans le secteur sanitaire (réseaux de santé, hôpital) afin de favoriser la « bonne » intégration en club sportif. La nécessité des programmes passerelles peut d'ailleurs être l'un des enjeux de luttes autour de l'imposition des normes dans le champ de la promotion des activités physiques à des fins de santé.

La majorité des programmes lancés dans cette période sont liés à des entrepreneurs de politiques, principalement des hommes, médecins, qui interviennent dans l'espace local porteur d'idéaux en matière de prévention et de promotion de la santé. Ils défendent souvent la paternité d'une idée, d'une lecture de la situation, et cherchent à diffuser des logiques dans l'organisation de la pratique. Parmi, les enjeux de lutte, nous retrouvons le conseil oral contre la prescription écrite, le besoin d'un passage ou non chez le médecin, la valorisation des enseignants en APA contre celle des éducateurs sportifs, la durée des temporalités des programmes. Aussi, les entrepreneurs de réforme ne sont pas toujours rattachés à la même institution, et n'entretiennent pas forcément les mêmes relations avec les autres instances. Ils n'ont pas non plus les mêmes moyens pour agir. Aussi, nous remarquons déjà dans le cadre de ces premiers programmes la mise en tension des relations entre institutions publiques, mais aussi entre privé et public. Au-delà d'en faire une illustration au nouveau management public, la question des procédures de délégation de mission à des associations de santé publique ou issues du champ sportif revêt des enjeux politiques en matière de territoire professionnel et de sectorialité. Quand quelques pouvoirs publics mobilisent des associations historiques dans le champ sportif, d'autres mobilisent des acteurs de santé, ou accompagnent la mise en place de nouvelles associations construites à partir des ressources des deux milieux (Efformip, RSSBE). Cet accompagnement, d'abord financier, favorise la professionnalisation des associations concernées — une professionnalisation par le biais de contrats la plupart du temps précaires, et entraînant là encore la rencontre entre milieu sportif et milieu de la santé. Par exemple, en Lorraine, le comité régional et sportif français, missionné pour la mise en œuvre du programme Saphyr, recrute une personne diplômée de santé publique.

La circulaire interministérielle de 2012 incitant à la mise en place de plans régionaux sport santé bien être (PRSSBE) dans chaque région – reprenant la sémantique du programme mis en place en Champagne-Ardenne par l'association du même nom – n'a que peu d'incidence sur les régions de nos enquêtes en apparence (alors qu'elle peut être plus structurante dans d'autres régions comme l'ont montré Illivi et Honta [2020]). Favier Ambrosini et Delalandre (2018) expliquent d'ailleurs déjà que les initiatives locales ont souvent été intégrées dans des dispositifs plus vastes, visant surtout la mise en place de dispositifs partenariaux dans l'ensemble des régions et confirment le peu de transformations là où des dispositifs étaient en place. L'objectif des plans régionaux est, ainsi, de valoriser et favoriser d'éventuelles mises en réseaux d'actions locales plus que d'en créer de nouvelles — à l'image des logiques développées dans les contrats locaux de santé à la même période. Mais en analysant les discours et les documents autour de la création des PRSSBE, nous pouvons relever que ces plans jouent un rôle dans l'institutionnalisation de programmes et des logiques organisationnelles. Ainsi, le médecin-conseil de la DRJSCS de Lorraine explique que si les choses n'ont pas changé, la circulaire a permis de poursuivre l'ancrage des partenariats et la valorisation du dispositif :

« La circulaire, c'était là pour faire un partenariat avec l'ARS, la DRDJS, la région et main dans la main vous constituez un plan régional avec comité de suivi en charge, voilà. On était déjà autour de la table, on a pris quelques partenaires en plus qui étaient judicieux comme les associations de malades, etc., mais que l'on avait déjà. On a rien fait de spécifique, on a utilisé l'existant. »

Du côté de l'Occitanie, et l'évaluation du PRSSBE permet d'affirmer l'appui des pouvoirs publics sur les collectivités territoriales, comme le désirait le promoteur du programme ville vivez-bougez :

« Le PRSSBE s'appuie fortement sur les collectivités territoriales, car elles permettent une démarche globale en promotion de la santé. Elles garantissent la mise en œuvre d'interventions de proximité. Les collectivités territoriales peuvent valoriser leurs actions au travers de la charte "Ville active PNNS" et du label "Ville Vivez Bougez ©". La charte PNNS repose à la fois sur l'alimentation et sur l'activité physique, tandis que le label "Ville Vivez Bougez ©" concerne uniquement l'activité physique. »

Les deux exemples montrent comment ces plans sont des instruments politiques qui servent à affirmer et donc justifier par le discours les choix réalisés antérieurement en leur attribuant si possible des vertus. Par la position centrale des entrepreneurs des programmes qui participent souvent à l'écriture des plans et leur évaluation, ils peuvent favoriser la reconnaissance et la mise en lumière publique des programmes en les valorisant dans des documents signés par plusieurs institutions. Cette reconnaissance des programmes par les instances publiques va être un enjeu majeur par leurs promoteurs au moment de la fusion des régions et de la remise en cause des différents programmes dans un but de coordination et d'harmonisation.

2. Une loi n'arrive jamais seule. Prescription médicale et fusion des régions

La loi de réforme territoriale de 2015 et les nombreuses fusions de régions ainsi que la loi de modernisation du système de santé français de janvier 2016 ont généré de fortes reconfigurations sur les organisations locales d'activité physique à des fins de santé. Ces lois interviennent dans le contexte d'évaluation des plans régionaux sport santé bien être (PRSSBE) construits sur la période 2013/2017 — évaluation devant conduire à penser l'intégration de la prescription d'activité physique. Ce processus va avoir pour effet un renforcement du pouvoir d'orientation des ARS et DRJSCS, institutions devant elles aussi se réorganiser. Ainsi, dans le courant des années 2017 et 2018, des groupes de travail naissent dans les nouvelles régions dans le but d'une harmonisation des dispositifs jusqu'ici en place et de la conception d'un nouveau PRSSBE. La démarche comparative révèle alors des nuances dans la mise en œuvre de ces procédures. D'abord, le renouvellement du plan n'a pas lieu dans toutes les régions. En 2017, la nouvelle instruction n'ordonne pas aux ARS et DRJSCS de créer un plan. L'AuRA et la région PACA au sein de notre enquête, mais aussi les régions Hauts-de-France et Centre-Val De Loire n'écrivent pas de nouveau plan. La non-mise en œuvre de plans peut d'ailleurs mettre au jour quelques tensions entre les pouvoirs publics. En AuRa, les agents de la DRJSCS insistent ainsi sur le fait que la décision vient de l'ARS, alors même que la DRJSCS avait commencé à travailler dessus : « *Et puis l'ARS en 2018, donc nous on avait commencé un petit peu à travailler sur ce plan côté DR, et l'ARS n'a pas souhaité, enfin c'est la direction de l'ARS, qu'on reparte dans un plan régional.* ». Du côté de l'ARS, on rétorque qu'on « *a privilégié plutôt l'action concrète plutôt que le plan* ».

L'absence de plan n'empêche pas le travail commun autour d'actions régionales structurées. C'est particulièrement le cas en AuRA. L'ARS et la DRJSCS mettent en place en 2018 un appel à projets pour l'organisation de dispositifs d'accompagnement à la prescription d'activité physique dans chaque département (DAPAP). À quelques exceptions près, les opérateurs déjà identifiés et engagés au sein des départements sur les dispositifs antérieurs sont maintenus et soutenus dans leurs activités. Les départements dans lesquels des controverses sont visibles viennent alors renforcer la démonstration d'une prise de pouvoir

de l'ARS en région déjà mentionnée. L'objectif des DAPAP est clair. Favoriser le parcours des personnes malades chroniques de la prescription à une reprise d'activité régulière, en passant si nécessaire, par des ateliers passerelles bénéficiant d'un encadrement plus sécuritaire. En Grand Est, les ambitions sont comparables. Pour cela, il est nécessaire de construire une harmonisation des nombreux programmes en vigueur dans les trois anciennes régions. Un nouveau dispositif est ainsi créé à l'échelle de la région :

Prescri'Mouv. Les organisations à l'origine de chacune des initiatives mises en place dans la région sont maintenues sans nouvel appel à projets et deviennent opératrices de la politique publique. Un nouvel opérateur est néanmoins ajouté pour l'organisation du programme dans les Vosges. L'association APS Vosges était un partenaire au sein du dispositif Saphyr et a connu un développement continu dans les années 2010. Les relations régulières entre ses dirigeants et ceux du CROS et de la DRJSCS conduisent l'association à occuper un rôle d'opérateur officiel.

À la différence de ces deux régions, la situation en Occitanie diffère en raison d'une impossibilité de compromis pour harmoniser deux programmes très différents (Efformip et Ville Vivez Bougez). La situation conflictuelle pousse alors les instances au choix du maintien d'un statu quo après la proposition mal reçue de la suppression d'un des deux programmes phares de la région. Les deux programmes des anciennes régions endosseront une ambition d'agrandissement à l'échelle de la nouvelle région, mais restent majoritairement cantonnés à leur région d'origine. La réalisation d'un nouveau plan sport santé bien être donne alors l'illusion d'une unité sur la région. Mais en donnant une place secondaire à la prescription, il révèle là encore les faibles transformations des politiques mises en place suite à la circulaire. Enfin, dans les Pays de la Loire, il n'y a pas de fusion des régions. Il n'y a pas non plus la volonté de structurer une politique régionale inexistante jusque-là. Toutefois, la circulaire de 2017 n'est pas sans effet. Elle intègre pleinement le renouvellement du PRSSBE l'année suivante dans lequel l'objectif de développer la prescription est décliné sous différentes formes afin de toucher un maximum de public. Ce renouvellement va aussi générer un changement d'opérateur public pour penser l'organisation des activités physiques sur prescription. Alors que lors du premier Plan régional sport santé bien-être (PRSSBE 2013-2017), le Comité Régional Olympique et Sportif (CROS) était missionné pour labelliser les initiatives des acteurs du territoire proposant du « sport-santé » (professionnels APA indépendant, associations, clubs sportifs ou structures privées type salle de sport, etc.) et d'en proposer une cartographie sur le territoire à travers un moteur de recherche sur leur site internet pour donner des repères sur la nature de l'offre (type d'encadrement, d'activité, de modalités de pratique, etc.), le deuxième PRSSBE (2018-2022) place la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise — Nutrition (SRAE-N) créée en 2016 comme opérateur principal, reléguant au deuxième plan le CROS. Impliquée dès le premier PRSSBE dans plusieurs groupes de travail, la SRAE-N s'est progressivement démarquée en étant, selon ses déclarations, à la fois force de proposition, disponible, réactive et organisée ; avant de devenir opérateur unique du dispositif « On y va » visant à répertorier et coordonner les initiatives sur le territoire plus qu'à construire une politique de parcours concrète comme il est possible de la voir en AuRa ou en GE.

Ce moment apparaît déterminant dans l'histoire des activités physiques à des fins de santé. En effet, l'ensemble des opérateurs choisis par les pouvoirs publics sont toujours en place sept ans plus tard au moment d'écrire ce rapport. Ces opérateurs, en étant choisis, ont bénéficié d'un accroissement de leurs financements et ont connu une phase de professionnalisation importante, notamment pour le travail de coordination en activité

physique. Cette période a aussi affirmé la place de la prescription d'activité physique comme instrument des politiques publiques d'activité physique, quand les lois, décrets, circulaires étaient seulement incitatifs, mais aussi le rôle d'un encadrement spécifique par des professionnels mieux formés, et notamment les enseignants en APA. Ce phénomène a aussi rendu visible une forme de recentralisation du pouvoir politique et financier au sein des ARS dans beaucoup de régions. Ce rôle prépondérant sur un plan financier a ainsi pu renforcer l'isolement des acteurs proposant d'autres lectures de l'accompagnement en matière d'activité physique. Les agents publics des ARS n'ont ainsi aucun problème à rappeler ce rapport de force, tout en euphémisant d'éventuelles tensions :

« Je sais bien qu'effectivement, au niveau de la DRAJES, ils estiment que quelque part, on pourrait au regard du profil des patients, être beaucoup moins exigeant et c'est pas faux, mais je pense qu'à un moment donné... On est quand même l'ARS. Je ne sais pas pourquoi, mais c'est quand même gage de quelque chose. Je ne saurais pas expliquer cet écart qu'il peut y avoir entre nos deux institutions. En général, ça ne pose pas vraiment de grosses difficultés opérationnellement parce qu'après, je ne sais pas comment dire ça, mais on s'entend tous quand même relativement bien. Après, le médecin-conseil, il a sa vision des choses, mais il entend aussi la nôtre. On arrive quand même à se mettre d'accord, sans qu'il y en ait un qui se sente vraiment... J'ai cédé sur un truc, je n'étais pas d'accord. Je n'ai pas souvenir que ce soit vraiment arrivé. Et après, ce qu'il faut se dire aussi, c'est qu'au-delà de la dynamique partenariale, il y a aussi la dynamique financière. À mon sens, étant donné que l'ARS finance à plus de 90 % le dispositif, je pense que dans les décisions, ça pèse aussi inconsciemment. Peut-être que ça joue... et qu'au final, on conserve aussi ce niveau d'exigence parce qu'on le finance nous et que, enfin, je ne sais pas si c'est vraiment les bons termes ou si c'est vraiment ça, mais enfin, je vois peut-être un peu les choses un peu comme ça aussi »

Si des logiques de concurrence peuvent apparaître dans la mise en œuvre des dispositifs régionaux, d'autres peuvent apparaître à travers la volonté de création de dispositifs parallèles à ces plateformes. La lecture régionale que nous menons dans cette première partie ne doit pas faire oublier que d'autres programmes et dispositifs semblables se développent et se structurent de façon parallèle dans les régions. Ainsi, dans plusieurs régions de nos enquêtes, des dispositifs portés par des associations et soutenus par des départements sont visibles et trouvent leur source dans des processus très différents. Dans un département de la région Occitanie, l'initiative est portée dès 2014 par un conseiller d'animation sportive et soutenue par le département et des acteurs du champ sportif pour pallier le manque d'action dans la région et à la difficile expansion du programme Eformip sur l'ensemble de la région Midi-Pyrénées. Devant l'absence d'articulation à l'échelle régionale, le dispositif est maintenu et est d'ailleurs soutenu – moralement – par les acteurs régionaux qui y voient une organisation modèle. C'est un cas très différent qui est visible dans un département de la région Grand Est. En 2019, une association composée de médecins, de kinésithérapeutes et d'enseignants en activités physiques adaptées est créée. Elle bénéficie du soutien du conseil départemental de la Moselle. Honta et Illivi (2017) font l'hypothèse de voir des concurrences émerger entre des collectivités territoriales et l'État. Le cas de la Moselle semble révéler cette situation. Sur son site l'association se décrit comme « la première association départementale interprofessionnelle dédiée à la santé par le sport », avec des objectifs proches de ceux de Prescri Mouv. Le cas révèle donc une situation de concurrence concrète sur un territoire. L'articulation des deux dispositifs n'est jamais

construite et favorise la mise en tension de l'organisation des activités physiques sur prescription dans le département. Ces tensions peinent à être euphémisées en entretien, d'autant plus du côté des pouvoirs publics et de leurs opérateurs ayant mis en place Prescri Mouv. Alors que ces derniers auraient aimé un travail commun et une articulation des programmes, le programme porté par le département maintient la défense d'une approche qui lui serait propre et empêcherait ainsi une fusion des deux programmes.

3. Institutionnalisation de la prescription ou expérimentation permanente

Ces formes de concurrence vont se renforcer à partir de 2020 avec l'arrivée d'un nouveau label : les maisons sport santé. Nous avons publié un article dans la revue *Emulations* à propos de ce label, sa création autour d'un appel à projets en 2019, puis par une première vague de labellisation en 2020 (Bouttet et coll., 2023). Nous indiquons dans ce texte la manière dont cette labellisation a participé à déstabiliser les espaces locaux de la prescription. Nous avons présenté ci-dessus le long cheminement pour la mise en place de dispositifs et programmes entre acteurs publics étatiques et associations régionales. Le label MSS, devenu reconnaissance, puis habilitation, change la donne. D'abord, l'appel à projets est co-porté par les ministères des Sports et de la Santé. Ce sont donc les administrations centrales qui labellisent et ont le dernier mot malgré un avis et un classement donnés dans les régions. La labellisation des MSS marque ainsi le choix d'une recentralisation – partielle – des politiques d'activité physique à des fins de santé laissées depuis le milieu des années 2000 aux instances étatiques régionales. Dans toutes les régions que nous avons étudiées, les agents des ARS et services jeunesse et sport relèvent que leurs avis n'ont pas été entièrement suivis au national, suscitant par ailleurs un sentiment de dépossession vis-à-vis d'un outil dont ils n'ont pas compris la justification. Samuel Juhle et coll. (2021) avaient déjà relevé une dérégulation de la rythmicité de travail des agents leurs différentes missions au sujet des contrats locaux de santé et des agents des ARS. Elle se confirme ici.

Si la procédure favorise des logiques d'institutionnalisation et de reconnaissance des programmes en place en labellisant la majorité des porteurs historiques, elle crée dans le même temps des nouvelles logiques concurrentielles grâce à une labellisation de nombreux autres acteurs et programmes. Annoncée dès le lancement de l'appel à projets, la reconnaissance de toute forme de structure est un des objectifs de la procédure.

Associations, collectivités, structure hospitalière privée et publique, etc., deviennent MSS alors que certaines n'avaient aucun lien avec la mise en place de politiques régionales en vigueur. Les deux programmes départementaux cités en fin de partie précédente bénéficient par exemple de la labellisation. Certains services dans des cliniques privées également. Ces nouvelles organisations gagnent en légitimité dans l'espace local. Face à ce contexte déstabilisant, les pouvoirs publics étatiques en région affirment alors leur posture initiée les années précédentes à travers des choix concrets d'organisation de la coordination. Dans plusieurs régions, l'ambition planificatrice est maintenue et des tentatives d'intégration des dispositifs nouvelles reconnues sont initiées et mises en œuvre. Le travail de coordination est ainsi transmis aux opérateurs et à leur coordonnateur·trice. Cette tentative est souvent bien reçue par les nouveaux entrants dans les dispositifs. Les porteurs des MSS voyaient le label comme un moyen de gagner en légitimité afin d'intégrer les arènes publiques et les discussions politiques. Ils avaient parfois déjà sollicité ARS et DRJSCS sans réponse. Ce changement du rapport de force et cette intégration aux espaces locaux étaient visés. Rares

sont ceux qui rejettent la proposition de coordination, même si le phénomène met aussi en exergue une situation de concurrence entre acteurs sur des territoires.

Dans les régions où il n'y avait pas d'ambition planificatrice et d'harmonisation, la perspective d'une coordination faible est préférée par les agences régionales de santé et leur opérateur, au regret des agents des services de jeunesse et sport. L'objectif est alors de favoriser d'éventuelles passerelles entre les programmes de façon informelle, et de soutenir les initiatives portées par les MSS pour favoriser un éventuel isomorphisme comme l'explique le coordonnateur de la SRAE en Pays de la Loire :

[au sujet des MSS] C'est intéressant, on a l'occasion de travailler avec des gens du coup qui ont différentes approches, mais c'est vrai que nous... positionner un dispositif régional avec une volonté d'avoir des antennes locales fortes et surtout ouvertes, c'est-à-dire que l'on voudrait les réorienter quand... quelqu'un dans une Maison Sport-Santé, on s'attend à ce qu'il soit dans un guichet unique de leur territoire, et ça, ce n'est pas forcément ce qui est écrit dans le label. C'est vraiment un travail qui va être progressif et que j'espère l'on pourra mettre en place, qui va être de responsabiliser et d'essayer que les Maisons Sport-Santé ne soient pas qu'un offreur d'APA, mais soit bien une sorte [de] guichet unique de leur territoire et soient un partenaire local fort, c'est-à-dire qu'ils fassent le tampon entre le monde médical et le monde des multiples offres d'activité physique adaptée et sportive adaptée sur leur territoire. (Coordonnateur, opérateur associatif pour une plateforme régionale soutenue par l'ARS, octobre 2020)

Au début des années 2020, et après une enquête dans 5 régions, il est ainsi possible de relever deux formes typiques d'action publique en matière de prescription d'activité physique, prenant à la fois appui sur des histoires locales, mais s'étant organisé principalement après 2017.

- La première, les institutions de l'État conçoivent, en lien avec des partenaires de terrain déjà engagés, un instrument régional, sous la forme d'un « dispositif » d'accompagnement des publics, et de coordination des acteurs professionnels impliqués, tout cela organisé autour d'un parcours type et défini dans un cahier des charges. Une contractualisation avec des opérateurs principalement associatifs est alors lancée, afin de décliner cet instrument sur les différents territoires infrarégionaux, avec l'idée de partager et de mailler l'ensemble du territoire. Les notions de maillage et d'égalité territoriaux sont importantes et perçues comme la démonstration d'une politique publique sincère.
- La seconde : l'action des pouvoirs publics consiste davantage à soutenir le développement des initiatives locales, des actions de natures diverses, portées par des acteurs publics et associatifs. Il n'y a pas de déclinaison territorialisée d'un seul dispositif. Un opérateur d'envergure régionale peut cependant être conventionné, n'ayant pas pour vocation d'accueillir et d'accompagner les publics, mais d'accompagner et coordonner, d'une part ces porteurs de projets en faisant la promotion de certaines pratiques, et en s'appuyant sur la conception d'un parcours type ; et d'autre part, de répertorier et cartographier les acteurs professionnels concernés, de la santé et des activités physiques.

Ces configurations sont encore observables en 2024, et tendent à l'expansion — nous avons observé une tendance au développement des organisations en matière de budget et de moyens humains. Ce phénomène invite donc à une lecture en termes d'institutionnalisation et de stabilisation des instruments. Mais si ces configurations perdurent, voire se renforcent,

cela ne veut pas dire que les acteurs ne traversent pas des moments d'incertitude face aux transformations. Les conventions restent pluriannuelles et sont remises en cause régulièrement, les procédures d'évaluation permettent de reconstruire régulièrement le contenu des conventions, voire le choix des opérateurs. Un cas de changement d'opérateur est d'ailleurs visible dans une région d'enquête au début de l'année 2025. Déstabilisant l'association, il ne remet pas pour autant en cause le programme au sein de cette région. Par contre, il incarne les évolutions des programmes et les incertitudes qui les entourent, empêchant ainsi de saisir leur prévisibilité. Ce frein à l'institutionnalisation est d'autant plus visible en interrogeant les médecins généralistes pour qui ce manque de prévisibilité empêche l'engagement dans la politique publique (voir Chapitre 2).

Partie II — Comment développer la prescription médicale d'activité physique ?

1. Le rôle des coordinateurs

Dans les deux formes d'organisation régionale de l'activité physique sur prescription qui se structurent au tournant au tournant des années 2020, les acteurs publics et leurs opérateurs, tout comme les MSS qui se développent à leur marge, restent dépendants d'une mobilisation d'autres acteurs : des médecins pour prescrire, des professionnels pour encadrer et des personnes malades chroniques pour pratiquer. Ces trois catégories d'acteurs doivent ainsi être mobilisés. Dans la mesure où ces acteurs ont des positions et des intérêts propres, les formes de la mobilisation diffèrent. Ce travail de mobilisation est mené le plus souvent de façon concrète par les coordinateurs des structures, MSS ou opérateurs associatifs des pouvoirs publics, par le biais de divers outils d'information sur les programmes, les financements, les offres existantes. Ces coordinateurs peuvent être visibles aussi dans d'autres organisations, et notamment les organisations publiques (ARS, collectivités) ou d'autres associations dont le travail peut s'articuler avec les programmes d'activité physique. Nous montrons leur rôle dans les parties suivantes, notamment autour de la construction de réseaux locaux de la prescription.

Dans un article paru dans la *Revue française des affaires sociales* (2023), nous nous sommes attardés sur le rôle des coordinateurs des opérateurs associatifs des pouvoirs publics et d'autres MSS associatives. Nous avons décrit la manière dont un mouvement fort de professionnalisation centrée sur la coordination avaient permis aux associations de conserver un poids majeur dans les espaces locaux de la prescription. Nous montrions que les premiers coordinateurs et premières coordinatrices ont ainsi été recruté·es au lancement de l'action associative relative à l'activité physique à des fins de santé (15/19). Presque toutes celles et tous ceux interrogé·es ont été recruté·es entre 2013 et 2022 (18 sur 19) dont 13 en 2016, l'année de vote de la loi de modernisation) ; 15 ont été engagé·es lorsque leur association recruteuse initiait des actions en matière d'APA. Ces coordinateurs sont également visibles dans la plupart des structures publiques ou privées non associatives. Ils sont nécessaires pour mener une activité interne et externe à l'organisation. Cette période de recrutement participe à démontrer un basculement organisationnel et professionnel au

sein de la mise en œuvre de ces politiques publiques et la manière dont se construit l'action publique en matière d'activité physique.

En matière de tâches, les coordinateur·rices prennent en charge une partie importante du travail interne de gestion et d'organisation humaine, matérielle et financière de l'encadrement de la prescription au sein des associations. Dans la plupart des organisations, les ressources humaines se sont accrues, tout comme le nombre de bénéficiaires entre 2019 et 2024. Ainsi les tâches organisationnelles concernant la division des tâches et l'articulation des parcours des personnes malades se sont accrues. En parallèle, ils et elles mènent une activité externe, en lien avec de nombreux acteur·rices, et en premier lieu, avec les agent·es des pouvoirs publics qui financent et régulent les dispositifs. Les coordonnateurs sont en lien direct avec les pouvoirs publics étatiques pour justifier de leur labellisation ou de leur financement, mais surtout dans le cadre du développement de la prescription, ils doivent nouer des liens avec l'ensemble des acteurs étatiques, notamment ceux qui sont implantés aux échelles départementales. Ainsi, un travail relationnel est mené avec les directions départementales de jeunesse et sport (DDCS, puis SDJES) et les délégations territoriales des ARS. Le travail se poursuit auprès d'éventuels partenaires en vue de l'élargissement des dispositifs (notamment d'autres MSS). Le travail de coordination territoriale prend du temps, même s'il ne mène pas toujours à une articulation claire. De façon plus concrète, les coordonnateurs sollicitent les professionnels de santé et leur organisation. En fonction des enjeux, ils tentent d'intervenir à l'échelle régionale, départementale, locale, individuelle ou collective. Comme pour d'autres acteurs souhaitant investir le champ (voire notamment les entrepreneurs plus tard dans le rapport), les sollicitations individuelles sont souvent abandonnées au profit de sollicitations collectives vers les MSP, les CPTS, les organisations professionnelles. À ce niveau, les homologues coordonnateurs peuvent être des ressources pour faire passer des messages et présenter au mieux le dispositif, par exemple au sein d'une CPTS. Ils travaillent avec les acteur·rices locaux proposant des équipements et en premier lieu avec les collectivités. Un des enjeux majeurs du développement de nouvelles pratiques concerne les infrastructures. Honta et Illivi (2019) avaient déjà montré comment la naissance de nouveaux programmes en matière d'activités physiques à des fins de santé pouvaient faire l'objet de tensions avec les associations historiques utilisant les équipements publics. à ce niveau les structures privées marchandes peuvent être une ressource et faciliter la marchandisation des politiques d'activité physique. La recherche d'équipements se fait dans un mouvement conjoint avec la recherche d'intervenant. Beaucoup de MSS ou associations opératrices délèguent l'intervention auprès d'autres acteurs (associations ou entrepreneurs).

Dans l'article pour la *RFAS*, nous indiquions ainsi que pour les coordonnateurs, le statut des acteurs offrant des prestations en matière d'APA et d'accompagnement (privé non lucratif, privé lucratif ou public) occupait une place secondaire dans leur raisonnement organisationnel. En effet, les compétences et l'efficacité perçue par le coordonnateur semblent être plus importantes qu'un éventuel statut d'entrepreneur ou de salarié associatif. Dans ce contexte, nous expliquions que l'activité des coordinateur·rices renforce les logiques de mise en concurrence des acteurs associatifs et publics vis-à-vis des acteurs privés marchands dans l'espace local :

« On imagine que c'est une dichotomie privé/public. Nous, ce qu'on voit en fait, c'est que c'est pas tant ça. Et les structures privées... alors on en a pas beaucoup, mais en fait quelque part, elles sont toutes un peu privées. Et la dichotomie, elle est plus dans... c'est pas personne-dépendante, c'est pas philosophique, c'est... par exemple nous les

CDOS [Comités départementaux olympiques et sportifs] qui sont sur nos territoires, qui sont Maison Sport-Santé, on en a deux. Pour moi, elles sont beaucoup moins dans la dynamique, dans la philosophie de guichet unique et de rendre lisible l'offre APA globale, que la Maison Sport-Santé privée par exemple, la structure Z [entreprise marchande créée au début de la décennie 2010] que je citais tout à l'heure qui est une structure, voilà qui n'a pas eu les aides de l'Etat, du monde sportif, etc. Et en fait, c'est pas tant une histoire de public/privé, c'est vraiment un côté être capable de se dire : je parle et je veux faire avancer le parcours patient et pas ma structure [...]. Aujourd'hui, on sait que, quand on voit passer un dossier privé, on ne le met pas de côté du tout et on va voir ce qui s'y passe » (Samuel, master 2 APA, association régionale, MSS).

Ce coordinateur associatif promeut l'offre marchande au nom du « parcours patient », c'est-à-dire d'une « qualité de service » tout au long du programme, associée à la diversité et à la lisibilité de l'offre, perçue comme plus conforme, sur le territoire, aux nouvelles normes de mise en réseau du service public que l'offre associative. Les impératifs de rentabilité, intrinsèques au secteur marchand, ne constituent donc pas un obstacle à l'établissement de partenariats. Enfin, la collaboration avec ces structures privées permet non seulement au coordinateur, placé en position d'arbitre, d'asseoir son pouvoir dans l'espace local, mais aussi de maintenir un contrôle, ou au moins d'obtenir les informations sur l'activité produite par les autres structures à l'échelle du territoire. Dans le même temps, cette dépendance multiple aux acteurs de leur environnement et à leurs initiatives produit des espaces locaux de la prescription forcément hétérogènes et inégalitaires en matière d'accessibilité économique, matérielle et territoriale. Cette hétérogénéité est le reflet de la diversité des engagements médicaux, mais aussi de la diversité des fonctions et des statuts des établissements constitués qui proposent des offres et qui sont en mesure de répondre à la demande des personnes malades chroniques.

Le regard sur l'offre d'activité physique est particulièrement révélateur en la matière. Les structures pourtant reconnues par les MSS et les pouvoirs publics, souvent *via* des labels, ne proposent pas les mêmes prix, le même type de professionnels, les mêmes modalités de pratique. Nous montrons ainsi dans nos publications et dans la continuité du travail de Christelle Marsault (2016) comment les professionnels et les organisations défendent des modèles d'organisation et d'intervention souvent singuliers en matière de type de pratique, d'approche de la relation et du corps, mais aussi d'un point de vue économique dans le rapport concret à la gratuité et au coût de la pratique — les politiques de prescription étant par ailleurs un lieu d'observation des processus de valuation de l'activité physique. La reconnaissance d'une diversité des acteurs *via* le label MSS renforce cette situation en favorisant la coordination avec une diversité d'acteurs désormais légitimes. Parfois mentionnées dans certaines arènes publiques, ces questions sont néanmoins rarement posées comme problème public par les concepteurs et les coordinateurs dont le premier intérêt est d'accroître la prescription et les possibilités de pratique après la prescription — quand bien même ils gardent une attention envers certains principes comme celui de l'accessibilité financière, tout en restant flou sur une définition précise de cette accessibilité financière. Pour affronter certaines difficultés au développement de la pratique, les associations opératrices des pouvoirs publics peuvent se tourner vers les collectivités territoriales (c'est rarement le cas de structures privées marchandes) qui peuvent avoir un intérêt à une jonction entre les politiques municipales et intercommunales et mettre ainsi des moyens humains, matériels, voire économiques pour des programmes d'activité physique sur prescription.

2. Les villes et structures intercommunales, acteur fort de l'activité physique sur prescription ?

Les villes, communautés de communes et autres métropoles n'ont pas toujours attendu les politiques étatiques des ARS et DRAJES pour investir la prescription d'activité physique. Les cas des villes de Strasbourg et Biarritz en amont de la loi de 2016 sont célèbres pour avoir été précurseuses en la matière. Dans une moindre envergure, le label villes vivez bougez soutenu par la DRJSCS en Languedoc a favorisé l'engagement de nombreuses villes de la région autour des activités physiques à des fins de santé, dont certains sur la prescription par le biais de l'action Bougez sur ordonnance. Avant ces dynamiques, des villes étaient déjà investies sur des problématiques similaires dans une optique préventive. C'est le cas notamment des villes ayant signé la charte « villes actives PNNS » dès le début des années 2000 ou de certaines actions en matière d'activité physique à des fins de santé auprès des populations les plus défavorisées dans le cadre des ateliers santé ville (Honta, Basson, 2017). Dans l'histoire récente du développement des politiques régionales et locales d'activité physique sur prescription, les collectivités sont présentes, sous la forme de partenaires des acteurs régionaux ou dans la volonté de développer une politique qui leur est propre — La réalité concrète étant souvent dans une position intermédiaire à ces deux possibles. Ainsi, depuis 2020 des collectivités sont labellisées MSS. Ainsi, en 2022, 14 % des structures labellisées MSS étaient des collectivités, principalement communes et structures intercommunales. La forme de ces MSS peut prendre des réalités concrètes très différentes. Ainsi, dans une métropole des Pays de la Loire une structure municipale est créée pour accompagner les publics vers la reprise d'une activité et proposer elle-même des activités. Dans d'autres villes, la MSS traduit un réaménagement du service municipal des sports. Aussi les villes peuvent ne pas rechercher le label, mais soutenir des maisons sport santé associatives comme c'est le cas de plusieurs MSS étudiées. Enfin, à l'inverse, les associations MSS peuvent aller chercher des financements auprès des villes pour inciter ces dernières à les soutenir, notamment par le biais des appels à projets. à ce niveau, les entretiens avec les coordonnateurs qui mènent ce travail politique de construction de réseaux et de recherche de financement peuvent expliquer les difficultés à s'en sortir face aux logiques bureaucratiques des grandes villes ou aux transformations des structures intercommunales. Ainsi, Antoine, coordinateur d'une association implanté dans un quartier populaire à la frontière entre la ville centre et une ville périphérique de la métropole explique la difficulté de construire des relations avec des villes pouvant les soutenir sans être totalement proactives en la matière :

Alors pour ce qui est de la ville centre, nous on a pas mal d'interlocuteurs. En fait, tout va dépendre, tout va dépendre des quartiers dans lesquels on va travailler. En fait, il y a des personnes qui sont chargées de mission dans tel type, dans tel quartier. Donc nous, vu qu'on est dans, on va dire tous les quartiers de la ville, on a plein d'interlocuteurs différents pour les actions. Et c'est assez difficile parfois de travailler avec parce que, on sait pas à qui s'adresser, etc. donc bon je suis plutôt dans l'optique de me dire et même ça se passe comme ça aussi avec la direction, donc eux vont nous envoyer des informations pour que nous on puisse assister aux évènements. Donc ce qui est bien, c'est qu'on a quand même des liens très proches vu qu'on est constamment sollicités sur les évènements. Ils savent très bien qui nous sommes, etc. donc par rapport à ça, ça

se passe bien. Par contre, si moi je veux m'adresser à quelqu'un, c'est vrai que ça va être compliqué parce qu'il y a tellement de... tellement de chargés de missions, de responsables, de telles actions, etc. par rapport au quartier qui existent que parfois c'est un peu compliqué. Donc là on parle que de la ville centre. On est aussi en lien avec la... les... les mairies et les personnes responsables des actions dans la ville à côté. Je sais pas si vous connaissez. T. et C. c'est deux villes qui sont ouest, sud-ouest, toulousain ouest, sud-ouest.

Donc de ce côté-là (je fais un signe de la main)

Ouais. Voilà. C'est ça, un peu en dessous encore. On met en place aussi des actions là-bas, des actions là-bas, que ce soit pour la santé et pour l'insertion. On avait récemment répondu à un appel à projets, des financements pour développer les actions de santé et d'insertion en intercommunalité. À la base ce n'était que T. puis c'est devenu T. C. en intercommunalité. Sans lien avec les mairies, etc. Donc là, ça se passe plutôt parce que c'est... c'est des mairies plus petites, etc. Il y a... C'est moins compliqué qu'avec la mairie de la ville centre où c'est... c'est très complexe même enfin moi ça fait un an que je suis là, mais on va dire que j'étais pas concerné avant... avant septembre, mais depuis septembre (l'entretien se déroule en février), j'ai encore aujourd'hui, ouais de septembre à aujourd'hui bon j'ai du mal à comprendre qui est responsable de quoi à la mairie. C'est... c'est parfois assez flou.

Le dernier extrait montre par ailleurs la nécessité pour les coordonnateurs associatifs de maîtriser les structures communales et intercommunales et le besoin de temps pour s'imprégner des différences entre les collectivités. Dans ce contexte, les contrats locaux de santé (CLS) vont devenir des outils qui vont aider le monde privé, particulièrement associatif à construire des liens avec les communes et intercommunalités en matière d'AP sur prescription dans lequel vont pour le monde privé marchand et non marchand.

Depuis la loi HPST de 2009, les communes et intercommunalités ont la possibilité de signer avec l'ARS et l'État des contrats locaux de santé. Selon la loi, l'objectif des CLS est de promouvoir « ***la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social*** ». Les collectivités vont mobiliser cet outil pour renforcer leur action en santé publique et ainsi développer des formes de gouvernements locaux de la santé (Honta, Basson). De façon concrète, un CLS se traduit par une démarche partenariale entre les différents acteurs du territoire engagés dans des missions de santé publique et permet de cadrer des engagements réciproques et peut permettre l'obtention de moyens économiques pour certains acteurs locaux, via des financements de la collectivité, l'ARS ou la CPAM. Les CLS étudiées dans le cadre de notre enquête contenaient tous des actions en matière d'activité physique, qui pouvaient prendre des formes similaires qu'importe l'ambition du CLS et la taille de la ville. L'activité physique, sur prescription ou non, est pensée comme un moyen d'extension de la santé publique à l'échelle locale. Ainsi, dans une agglomération d'environ 30 000 habitants, le CLS est resserrée autour d'une vingtaine d'actions dont celle de promouvoir l'activité physique. En son cœur, un axe est consacré à la prescription et vise à identifier les différentes structures participant au programme régional. L'action en matière de prescription est noyée au milieu d'autres actions sur la mobilité douce, des ateliers pour les tous petits, des pratiques douces pour les « seniors ». Dans le cas d'une métropole, un axe dans lequel on retrouve 5 sous axes et 15 actions sont consacrés à l'activité physique. De la même sorte, la prescription d'activité physique devant être développée selon le document est une action parmi les quinze. Dans une autre métropole, le format est semblable, mais les actions en matière d'activités physiques sont rassemblées avec des actions portant sur la

parentalité, l'hygiène de vie des enfants dans un axe plus général de prévention et promotion de la santé.

Comment fonctionne concrètement la mise en œuvre d'un CLS ? Comment les actions en matière d'AP sur prescription sont développées, coordonnées entre elles ? Mélanie est conseillère d'animation sportive dans un service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports. Elle coordonne l'axe activité physique et santé d'une métropole, celui cité dans lequel on retrouve quinze actions. Elle suit aussi le déploiement d'autres CLS à l'échelle départementale et de leur volet activité physique. Elle participe aussi au suivi du développement d'un programme régional porté par l'ARS à propos de la prescription. Sa position et ses rôles permettent d'interroger les relations Etats/ Collectivités, mais aussi l'articulation entre les CLS et les programmes de prescriptions. Au sujet du CLS métropolitain, Mélanie est ainsi assez critique sur le manque d'organisation et de cohérence du CLS mis en place selon elle pour répondre aux demandes de l'ensemble des acteurs.

« C'est la métropole qui l'a fait comme ça. Ils ont fait à un moment donné pendant 6 mois un espèce d'appel à candidatures, il y avait l'axe 4 qui était, je te raccourcis, le sport santé, et qui a dit "est-ce qu'il y a des projets qui rentrent dedans ? Qui veut être dedans ?" Est-ce qu'il y avait un lien entre tous ? Est-ce que c'était intéressant ? Est-ce que c'était nul ? Est-ce que ça existait ? On ne s'est pas du tout posé la question ? La métropole a dit "on les marque tous". Il y en aurait eu 40, il y en aurait eu 40 ».

Si la volonté de mettre en lien des acteurs communiquant peu entre eux est citée lors des entretiens conformément à la circulaire interministérielle de 2009, la logique de cohérence également mentionnée dans la circulaire apparaît moins évidente. De plus, notre participation à une réunion à propos de ce CLS et de la mise en place d'une journée de présentation et de communication autour de la prescription médicale et du programme région en la matière rappelle la complexe distribution du pouvoir et les conflits de légitimité évoquées par Honta, Salaméro et Haschar-Noé (2018). L'organisation rend compte d'une difficulté de positionnement et de maintien de la coordination par l'ARS et la collectivités face aux autres acteurs. Ainsi, le programme a été transformé à la suite d'une critique d'un acteur issu du champ de la santé, porteur d'une action présente dans le CLS et qui estimait devoir avoir la parole durant cet événement. Ainsi, les liens entre les acteurs peuvent être difficiles à mettre en place. Dans une autre métropole, ce travail de coordination est fait par le biais d'outils de collaborations plus fermées. Ainsi, la chargée de mission au CLS organise des réunions avec les différents interlocuteurs et porteurs de projets pour favoriser la connaissance et la coordination entre les acteurs. Cela génère aussi des difficultés. Après un travail mené avec différents dispositifs et organisations, l'ambition d'une coordination des actions sur le territoire connaît des limites dès lors que plusieurs organisations ont les mêmes ambitions :

On fait du lien avec la CPTS la communauté professionnelle territoriale de santé pour le nouveau programme « Je t'aime mon cœur », pas forcément, on l'élabore avec eux, on leur demande de la communication qu'ils se l'approprient, de trouver les professionnels de santé avec leur aide. Et on a fait le lien avec Prescri'mouv parce que c'est bien les acteurs du sport santé de Prescri'mouv qui interviendront dans le programme « Je t'aime mon cœur » par exemple donc c'est plutôt veiller à ce qu'y ait une bonne articulation entre ce qui se fait déjà, vérifier qu'y ait pas de doublons et nous c'est plutôt la répartition après sur le territoire quoi, où est-ce qu'y a des activités, voilà. (...) donc on avait essayé nous d'essayer d'aller sur en fonction de la répartition géographique des créneaux où on avait

fait l'approche publique aussi, quelques réunions on avait essayé comme ça, mais au final les retours du deuxième dispositif sont restés assez opaques sur... sur voilà ce qu'ils en faisaient en gros des préconisations qui étaient dites plutôt en groupe quoi, en groupe de travail, qui n'avaient valeur que de...

En repassant du côté des pouvoirs publics étatiques et de leurs opérateurs, les CLS peuvent ainsi être vus de façon aléatoire. Si un opérateur semble dans le dernier extrait peiné à investir le CLS, le second beaucoup plus. L'intérêt pour les opérateurs est assez clair. Les CLS permettent de rencontrer les acteurs aux contacts des professionnels du soin et des malades. Ils sont un espace outil et un espace social intermédiaire pour favoriser le développement du dispositif. C'est ce qu'explique le chargé de mission de l'opérateur investit sur le CLS cité en amont qui explique comment peuvent se construire des relations entre acteurs.

« En partant de zéro, on rentre dans le CLS, on a tous les acteurs d'un territoire, ça va très vite. Et là, on a rencontré les réseaux de santé, très rapidement intéressés par le dispositif, car ça leur permettrait d'ajouter de l'activité physique à ce qu'ils proposent généralement : ils ont la psy, la diététique, et parfois le sport, parfois pas, donc ça leur a permis d'ajouter cette composante, sans qu'ils aient à gérer toute la logistique ».

Les exemples présentés jusqu'ici sont des exemples qui mettent en jeu des questions financières. Pourtant, ça peut être le cas. Des actions du CLS peuvent faire l'objet de financement, par la collectivité, par l'ARS ou par un autre organisme financeur. De façon originale, le CLS peut ainsi permettre d'obtenir des financements complémentaires pour le développement d'un programme étatique en matière de prescription. Dans un département d'enquête, une jonction est recherchée entre les acteurs du CLS et l'opérateur en charge de la mise en œuvre du programme d'AP sur prescription. Les acteurs du CLS sont ainsi invités régulièrement au sein du comité de pilotage. Aussi, un financement supplémentaire est porté par l'ARS et la DDCS pour le recrutement d'un chargé de mission visant à développer le programme à l'échelle d'une intercommunalité. C'est une configuration assez rare au sein de notre enquête, la seule dans le département d'enquête. Elle répond au désir de développer le programme dans des territoires semi-ruraux, mais aussi à l'engagement et au travail politique des acteurs impliqués sur le territoire concerné pour convaincre les pouvoirs publics d'attribuer ce financement. La conseillère d'animation sportive de la DDCS explique :

« On a marqué dans la convention vu qu'on est les deux financeurs que ce salarié-là soit à 2/3 sur le CLS de T. et, pour booster un autre CLS, à 1/3 sur le CLS de L. donc l'objectif c'était de booster, mais sur l'axe sport santé sur ces deux territoires, T. et L., car la métropole [qui se situe entre les deux territoires] n'était pas notre priorité, c'était plutôt les territoires dans les zones rurales et c'est pour ça qu'on est parti sur T. et L. ».

La CAS défend une prise en compte des spécificités territoriales envers des secteurs ruraux (T. à 20 km à l'ouest d'une métropole, et L. dans une situation comparable à l'est ne sont pour autant pas des espaces si isolés. Les villes comptent environ 25 000 habitants, même si elles ouvrent généralement des territoires organisés par de plus petits bourgs et villages. Mais il est présenté sur ces territoires une dynamique forte qu'il faut accompagner. À côté, sur un territoire comparable, aucune aide n'est donnée, car le CLS est décrit comme « à l'arrêt ».

Étude de cas : Développer et organiser la prescription médicale en milieu rural grâce à une collectivité

Le cas du développement de la prescription médicale d'activité physique en milieu rural est un bon exemple pour saisir ce rapport entre les pouvoirs publics, les opérateurs et les collectivités territoriales. La question des mondes ruraux et petites villes est souvent présentée à travers les difficultés de développement, de ressources humaines, de création d'offres, de mise en réseau en matière de PAP. Dans les discours des coordonnateurs des dispositifs (souvent installés dans les métropoles), mais aussi dans les évaluations, les arguments cités sont la difficulté à trouver des médecins prescripteurs, des diplômés de l'APA ou professionnels du sport formés, ou encore des patients. Ces discours peuvent s'additionner à la description d'un manque d'engagement politique. En parallèle de tous ces discours et évaluations, et dès le lancement des nouvelles politiques de prescription avant 2020, nos observations montrent néanmoins des actions et des programmes se mettre en place dans des petites villes (de 4000 à 15 000 personnes), et qui participent à développer la prescription dans le monde rural. Ce développement est souvent accompagné d'une action politique locale plus grande, qui peut être portée par une collectivité territoriale, une association ou une maison de santé pluriprofessionnelle. Ce paradoxe casse l'idée diffusionniste que la prescription se déployait par cercles, des métropoles vers les espaces plus ruraux. En effet, des initiatives se développent en même temps que les premières politiques et peuvent même servir de modèles de développement aux acteurs centraux des régions (ARS, opérateur régional). Ainsi, il apparaît plus pertinent de chercher à saisir – de façon finalement assez classique en sociologie politique – les conditions de possibilités de la construction d'une politique locale de PAP et aux configurations et relations entre acteurs positionnés à l'échelle de la petite ville, mais aussi entre acteurs des petites villes et des métropoles. En effet, les initiatives locales étudiées mettent en évidence des entrepreneurs de réformes, collectifs ou individuels, qui portent des actions et des idées. Mais ces entrepreneurs doivent donc être replacés dans des schèmes d'interdépendance (Aust, Bergeron, 2022). En effet, notre enquête rend visible l'engagement d'acteurs locaux, mais aussi du soutien de ces acteurs par les pouvoirs publics en département ou région — au moins durant un temps, et, d'autres part de la présence de professionnels qui vont s'engager au sein de l'action locale et qui vont suivre les entrepreneurs et leurs projets. L'entrepreneur ici ne doit pas tant endosser une position de frontière entre plusieurs milieux sociaux qu'une position inter-échelle puisqu'ils sont toujours en lien avec d'autres niveaux de l'action politique, et notamment les acteurs régionaux. Cette situation peut nous conduire à décrire ces entrepreneurs comme des passeurs (Geeraert, 2020) qui reçoivent, diffusent, et produisent ou reproduisent une politique. Les entrepreneurs locaux de la prescription reçoivent la politique construite à l'échelle régionale, pour la diffuser, pour en reconstruire une, ou pour amender celles qui construisent, de façon plus localisée.

Au moment du lancement du Prescri Mouv, en 2018, il n'y a pas d'acteur repéré en Meuse par les pouvoirs publics. En entretien, devant mes questions sur les faibles moyens déployés pour le département et l'absence de dynamique visible, l'agent de jeunesse et sport me dira « *il y a sûrement des actions qu'on ne connaît pas* ». Parce que c'est la première chose à relever, l'investissement est faible. Au moment du lancement de Prescri Mouv, le comité régional olympique et sportif recrute une coordonnatrice régionale pour déployer le dispositif en Meurthe-et-Moselle et en Meuse. Cette coordonnatrice est installée dans les locaux du CROS, à Nancy, et de son aveu même, il est difficile de développer des actions en Meuse de par sa position :

« Au niveau de la Meuse c'est plus long, ça prend plus de temps, et j'avoue que c'est compliqué pour moi aussi d'être sur les deux départements, ça fait pas mal de route aussi, donc c'est vraiment en train de se mettre en place aujourd'hui, ça bouge vraiment, alors que voilà depuis mars, j'essaye de mettre en place des choses, mais ça prend vraiment du temps » (novembre 2019).

À côté de ça, les directions départementales de jeunesse et sport et la délégation territoriale de l'ARS en Meuse sont peu réactives et peu investies sur cette mission (contrairement aux Vosges pour jeunesse et sport). Ainsi, dans son action, la coordinatrice cherche des acteurs publics, associatifs ou privés, qui pourraient coordonner des actions à l'échelle locale et être soutenus par les acteurs régionaux. La coordinatrice trouve quelques médecins prêts à prescrire, quelques clubs sportifs, mais peine à développer une action pérenne et organisée. Les choses changent en 2021. La communauté de communes de Commercy va initier un engagement nouveau afin de développer le dispositif sur son territoire. Il y a jusqu'ici quelques prescriptions de médecins, un enseignant en activité physique adaptée qui est envoyé de Nancy, quelques heures par semaine. La ville prête une salle. Mais il y a peu de personnes, des frais assez lourds de déplacements, une organisation complexe. À Nancy, l'opérateur associatif décide d'arrêter d'orienter des patients à Commercy. Quelques mois plus tard, à l'Été 2021, un groupe de travail au sein de la ville s'installe et sollicite le CROS, plusieurs élus, la directrice des services de la communauté de commune, un médecin élu dans une des villes de la communauté de communes. La coordinatrice du CROS revient dans des réunions. Fin septembre, le groupe de travail informe le CROS que la communauté de commune recrute un enseignant en APA à temps plein durant un an pour développer l'activité. Ils veulent l'aide du CROS pour recruter et pour organiser le travail de la personne recrutée. Après une première session de recrutement qui ne mène à rien, une deuxième mène au recrutement d'une professionnelle de l'activité physique adaptée, alors en poste à l'hôpital de Verdun. Comme pour les Vosges, nous pouvons relever que la personne recrutée est une native du département. À partir du recrutement, un travail d'intervention en APA, mais aussi de développement de projet, de communication et de mise en réseau est mis en place. La coordinatrice nancéienne du CROS accompagne la nouvelle intervenante recrutée et travaille plusieurs semaines avec elle, pour informer, pour communiquer, par exemple au sein des MSP.

3. Les entrepreneurs en APA en soutien ? Une jonction entre intérêts politiques et professionnels

Le travail d'organisation politique entre collectivités, pouvoirs publics étatiques et opérateurs associatifs ne peut être rendu effectif uniquement si des professionnels s'engagent au sein de la politique publique. Dans le cadre de la mise en œuvre du PRSSBE, Honta et Illivi ont montré comment les pouvoirs publics tentaient, par le biais de financements et d'appels à projets décrits comme instruments d'action publique, d'orienter l'action locale des associations et professionnels. De notre côté, nous avons montré dans les parties précédentes comment les coordonnateurs par leur positions, leur rôle, et leur disposition pouvaient encourager les acteurs locaux à s'impliquer qu'importe leur statut juridique, et leurs objectifs lucratifs ou non.

Ainsi, le déploiement des politiques d'activités physiques à des fins de santé, va se faire aussi par le biais de structures entrepreneuriales à but lucratif, et ce par plusieurs biais. D'abord, au niveau des MSS. Le label MSS se pose en rupture dans l'histoire des politiques sportives

puisqu'il permet au ministère des sports de donner une légitimité à des structures à but lucratif. Ainsi, en 2022, 30 % des structures labellisées MSS sont décrites par le ministère des sports comme « commerciales ». Il y a à ce niveau des écarts entre les régions puisque certaines ne font l'objet d'aucune labellisation de la sorte. Cette légitimité ne donne pas forcément lieu à des financements, mais à une reconnaissance contrainte. Ainsi dans un département rural où une structure a été labellisée, le CAS référent sport santé au sein du SDJES (anciennement DDCS) nous fait part de son incompréhension devant les choix ministériels tout en expliquant son acceptation des règles. Ainsi, il se rend à l'inauguration de la salle, échange sur les besoins de la structure, tout en nous disant qu'il est plus attaché à l'accompagnement de l'autre MSS du département attribué à une collectivité locale. Les structures privées à but lucratif déstabilisent les espaces locaux de la prescription. Mais nous le disons, leur développement peut être soutenu par les collectivités qui y voient un moyen d'accélérer l'expansion de la prescription par des logiques partenariales qui répondent aux intérêts de chacun. À la fin des années 2010, de plus en plus de diplômés de filières APA font le choix de l'entrepreneuriat en complément d'un emploi salarié ou comme activité principale. Ils y sont encouragés plus ou moins fortement par les organisations professionnelles, les formations STAPS-APA et certains opérateurs de politiques publiques. En parallèle, les enseignants APA salariés ont des revenus limités (Pierre, Collinet, Shut, 2022). L'entrepreneuriat est aussi une manière d'accepter des conditions de vie plus confortables. Ce regard sur leur situation peut être assez juste de façon économique. Plusieurs entrepreneurs rencontrés expliquent gagner bien leur vie au regard du nombre d'heures qu'ils réalisent, bien mieux que s'ils étaient salariés. De plus, les situations hiérarchisées sur le plan administratif et parfois symboliques – par exemple dans les contextes hospitaliers peuvent être mal vécues par un certain nombre de professionnels qui voient ainsi l'entrepreneuriat comme une manière de reprendre de l'autonomie sur sa vie professionnelle – le phénomène ayant été largement démontré dans les travaux de Sarah Abdelnour (2017).

Les politiques publiques deviennent donc des ressources pour les entrepreneurs. Des ressources pour l'obtention de financements via des contrats de prestations pour la réalisation de bilans ou de séances d'activités physiques ; Des ressources symboliques aussi par la légitimation de leur activité par l'État leur permettant d'accroître leur capital relationnel et symbolique au sein de l'espace local des activités physiques. Pris dans un double système concurrentiel dans lequel ils peuvent faire jouer des formes de corporatisme (autres entrepreneurs en APA et entrepreneurs non APA), les APA font valoir leur diplôme et les compétences qui y sont associées — en défendant une corporation, mais aussi leur style professionnel en se distinguant au sein de la corporation. Nous relevions ainsi cet extrait significatif sur le sujet :

« Ben on voit cette concurrence qui monte bien évidemment, le centre X, qui était avant très spécialisé sur l'obésité, commence un petit peu à diversifier ses activités. [...] Il y a aussi une autre salle qui a ouvert dans un quartier de la ville. C'était une APA, qui vient d'ouvrir une petite salle de 25, 40 m². Euh, et ensuite, eh bien, il y a quelques salles de fitness qui commencent un peu à se lancer dans le modèle, alors, dans le modèle, dans le sport santé, je dirais plutôt. [...] C'est toujours embêtant de voir ça, c'est vrai qu'on ne peut pas se le cacher, c'est toujours embêtant de voir d'autres personnes qui viennent s'installer sur le même secteur d'activité. Aujourd'hui, malgré tout, on est quand même bien répartis encore sur la ville. Donc c'est vrai que le travail que réalise aussi le dispositif public est du coup plutôt intéressant, parce que ben, malgré tout, voilà, on tourne bien. Je

ne pense pas qu'on ait été embêté par ces autres structures pour le moment. Parce qu'on propose vraiment une autre approche, je trouve qu'autant parfois, on a des personnes qui sont très dynamiques, on propose des choses qui se rapprochent un peu finalement du sport ou du sport santé, mais on est beaucoup dans notre approche, activité physique adaptée, je distingue vraiment beaucoup les deux. Et c'est vrai qu'aujourd'hui, malgré tout, eh bien, il n'y a pas de salle qui propose vraiment ce qu'on propose. Donc oui, ce sont des concurrents parce qu'ils prennent des pratiquants. On n'est pas du tout sur la même approche, on n'utilise pas les mêmes moyens, les mêmes outils. Et ce n'est pas du tout le même type d'intervention ». (Julien, entrepreneur, SARL, 1 salarié)

Ainsi par rapport à ces autres entrepreneurs en APA, nous soulignons une situation de collègues-concurrents assez visible dans les travaux de sciences sociales sur les entrepreneurs et qui marquent cette ambition de soutenir sa corporation — les APAS, afin que cette dernière obtienne le monopole des activités demandés aux professionnels par les acteurs publics et leur opérateurs. Ainsi, cette ambition de légitimer son entreprise et sa corporation passe par un travail politique auprès des instances locales qui apparaît comme la clientèle concrète de ces entrepreneurs. Ils doivent convaincre les agents publics et les coordinateurs des opérateurs qu'ils sont le bon prestataire pour remplir leur mission. De plus, en investissant une politique publique, les entrepreneurs peuvent accéder à une clientèle captive au moins temporairement, car subventionnée et régulière si la politique publique parvient à recruter des personnes régulièrement. Ainsi, nous avons observé l'organisation de temps de rencontres, au moment d'une inauguration de salle, ou de demandes d'entretiens pour présenter un projet entrepreneurial ou un projet de salle afin de convaincre. L'objectif de ce travail est de produire aussi des hiérarchies et stratification au sein de l'espace des activités physiques à des fins fonctionnant selon des logiques de marché. Nous montrions alors que ce type d'intervention venait se croiser avec d'autres formes d'actions d'information auprès d'autres professionnels. Souvent initiés auprès des médecins dans un premier temps, le démarchage pour présenter et expliquer le travail se dirige alors souvent vers d'autres professionnels plus curieux de l'interprofessionnalité, et plus sensible aux métiers historiquement tournés vers des logiques de prévention. Il est ainsi régulier que des enseignants en APA nous parlent d'infirmières coordinatrices, de diététiciens, d'agents de collectivités.

En parallèle les pouvoirs publics et leurs opérateurs créent des situations de salariat déguisés en construisant des réseaux d'entrepreneurs disponibles pour répondre aux besoins de la politique publique et représentant un coût faible et permettant ainsi d'être cohérent aux injonctions de rationalisation de la politique publique. Cet avantage est renforcé pour les entrepreneurs ayant une salle, puisqu'en mesure d'accueillir des pratiquants à toute heure de la journée dans un contexte où les collectivités peinent à trouver des disponibilités dans les structures publiques. Travailler avec un entrepreneur ayant une salle représente donc aussi un gain de temps pour les opérateurs des politiques publiques qui n'ont pas à trouver une salle pour accueillir un entrepreneur sans salle. L'autre avantage pour les entrepreneurs, c'est d'être diplômé d'une licence en APA-S. En effet, les diplômés de licence APA sont reconnus dans de nombreux programmes publics pour être sollicités prioritairement pour encadrer bilans médico-sportifs et parcours passerelles. Ainsi, les pouvoirs publics ont besoin de diplômés en APA-S pouvant se rendre disponibles. C'est d'ailleurs ce qui pousse certains opérateurs à recruter des enseignants en APA. Les financements des opérateurs pouvant rarement opérer ce type de recrutement hormis s'ils sont accompagnés de financements complémentaires l'entrepreneur en APA devient une solution pour les pouvoirs publics et

est donc avantagé vis à vis des éducateurs sportifs diplômés d'autres cursus. En effet, ces derniers, s'ils peuvent être mobilisés dans la mise en œuvre des politiques publiques vont l'être dans le cadre d'une reprise d'activité pérenne et régulière. Or, dans la plupart des régions, ce travail est mené d'abord avec des associations.

Dans l'espace local de l'activité physique sur prescription, la question de l'entrepreneuriat croise donc des questions de territoires professionnelles qui fait que l'enjeu privé/public est parfois dépassé par la volonté de défense du territoire comme on peut le voir dans certaines arènes publiques. Dans l'article publié dans *Émulations*, nous mobilisons notamment cet échange marquant entre un enseignant APA bénévole reprenant un médecin-conseil de DRAJES :

Médecin DRAJES : Ils ont une formation spécifique les APA, mais la loi ne leur donne pas de prérogatives particulières dans le champ. Ce n'est pas le bilan qui est important, c'est le fait de bouger !

EAPA : Soyez plus clair ? Qu'est-ce que vous voulez dire ? Le bilan est un passage obligé ? On parle de la plateforme ?

Médecin DRAJES : Si vous voulez restez sur la plateforme, c'est inscrit dans la démarche, maintenant est-ce qu'il faut faire un bilan pour faire bouger les gens, dans les clubs vous avez des gens qui ont des pathos sans bilan, et qui vont très bien. Est-ce qu'il faut pour la suite défendre qu'il faut un bilan ? (Réunion d'évaluation d'une plateforme, novembre 2021)

Au moment de la construction des dispositifs ou de leur renouvellement, les enseignants en APA et leur formateur font valoir la spécificité de leur formation et de leurs compétences et le besoin d'une reconnaissance particulière dans les programmes. Nous mettons en avant l'idée dans un autre texte de « mini-technocratie des APA » pour montrer des alliances qui étaient faites notamment entre coordonnateurs et entrepreneurs. Ce travail de défense des intérêts des APA est d'autant plus fort chez les entrepreneurs qui ont besoin de gagner des parts de marché pour maintenir leur entreprise, et qui vont mobiliser les politiques de prescription comme une ressource possible d'expansion et de création d'emploi.

4. Le maintien des associations sportives au centre des dispositifs

Pour le déploiement des politiques de prescription, il est nécessaire pour les opérateurs et leur coordonnateurs de pouvoir offrir des offres accessibles de pratiques après le passage dans un atelier passerelles. Si l'enquête n'a pas été centrée sur ces offres et l'engagement des personnes au sein de ces offres, elles ont traversé toutefois nos terrains et les histoires des bénéficiaires. À partir de la constitution d'une base de données d'associations sportives proposant des offres d'activités physiques à des fins de santé, correspondant dans de nombreux cas aux partenaires des opérateurs, nous pouvons ainsi dresser un état des lieux de l'espace associatif des activités physiques à des fins de santé. Trois types d'associations peuvent être mis en évidence. Les premières sont celles issues des fédérations unisports. Voyant le « sport santé » comme un espace à investir, les fédérations ont souvent mis en place des labels, des formations pour les éducateurs des associations qui vont créer quelques créneaux afin de tenter d'accroître leur nombre de licenciés, de diversifier leur offre et éventuellement de permettre des revenus supplémentaires. Ces nouvelles dynamiques peuvent aussi inciter ces fédérations et leurs clubs à produire de nouvelles formes d'activité ou de modalités d'activité. Les clubs vont mettre en avant des pratiques et des méthodes d'entraînement « rares » jugées adaptées à la santé, comme la fédération des

sports de combat qui valorise ainsi des pratiques qui se diffusent progressivement, comme le taïso, ou le buqi. Cette réorientation demeure limitée et le sport santé et, *a fortiori*, l'APA sur prescription, occupent une place souvent marginale dans cette offre sportive. Par différence, les fédérations multisports et affinitaires, et notamment : EPGV, Ufolep, ou Sport pour tous, ont plus fortement investi l'APA sur prescription en réorientant plus ou moins nettement l'offre existante selon les clubs et comités. Les professionnels rencontrés mettent d'ailleurs volontiers l'accent sur les continuités de l'APA sur prescription avec les pratiques proposées antérieurement — soit parce « qu'ils proposaient déjà du sport santé avant que ce soit à la mode », soit qu'ils mettent en avant les continuités avec le « sociosport » dans lequel ils étaient précédemment engagés. Un travail ethnographique mené dans une fédération sportive a montré en quoi la labellisation d'une offre d'APA peut également contribuer à la réactualisation du carnet d'adresses de la structure, ainsi qu'à conforter sa position locale en matière d'offre de formation à destination des professionnels du sport. Dans plusieurs régions, nous avons vu des structures UFOLEP portées des MSS, développées des programmes et tenter de se distinguer notamment par une forte proximité entre Sport-Santé et socio-sport. Outre cette offre fédérale, d'autres structures liées au monde du sport proposent également des créneaux d'APA sur prescription : de petites associations récentes proposant des pratiques « nouvelles », et enfin, des associations spécialisées dans le domaine du Sport-Santé ou de l'APA. Symétriquement, les associations dédiées à des maladies spécifiques (CAMI, Ligue contre le cancer), des associations de patients, ou des associations d'éducation à la santé contribuent à diffuser l'offre de Sport-Santé en incitant leurs membres à reprendre ou maintenir une pratique adaptée, ou bien développent une offre spécifique.

Partie III. Les réseaux locaux de la prescription. Un renouvellement de l'intersectorialité.

Les mobilisations des programmes de prescription par les collectivités, les entrepreneurs ou les associations favorisent des formes d'intersectorialité et de pluriprofessionnalité nouvelles. Les offres d'activité physique sur prescription, d'autant plus quand elles sont financées ou subventionnées sont perçues comme des opportunités dans le travail d'accompagnement des personnes malades chroniques par les collectivités, associations et professionnels de santé. Ainsi à la fin de l'enquête PrescAPP, deux formes d'intersectorialité sont visibles sur plusieurs terrains. La première se situe entre les dispositifs de prescription et les organisations de professionnels de santé pour l'exercice coordonné de la médecine (CPTS, MSP). La seconde se fait entre les dispositifs et programmes de prescription et des services et organisations d'intervention sociale auprès des personnes précaires. Ces formes d'intersectorialité reprennent les ressorts des logiques développées par Honta autour des applications locales des PNNS. Toutefois, ces logiques peuvent être affinées et élargies d'abord par une approche des nouvelles organisations de soins coordonnées, de nouveaux programmes d'accompagnement social, mais aussi par un regard plus localisé autour d'une interprofessionnalité de l'accompagnement entre différents types de professionnels investis dans ces organisations et créant une intersectorialité négociée par le bas (Bertillot, Rapegno, Rosenfelder, 2023). Ainsi, ce sont de nouvelles formes de réseaux locaux autour de la

prescription qui peuvent être créées, se croiser ou rester à distances les unes des autres. Dans les deux formes évoquées, le travail d'articulation se fait aussi via un travail relationnel de professionnels qui se muent en intermédiaire, à l'interface de plusieurs configurations et univers de sens (Nay, Smith, 2001), afin de faciliter la mise en œuvre d'un réseau, d'un programme ou d'un parcours de prescription pour les patients malades chroniques. Ils favorisent les liens entre médecins généralistes, professionnels de santé, bénéficiaires et structures sportives, ou au moins font connaître les différents acteurs engagés dans la politique par un travail de communication. C'est le cas par exemple de certains professionnels de l'activité physique adaptée ayant des missions d'intervention au sein des dispositifs et qui développent en parallèle une action de communication auprès des publics, des médecins, des structures de rééducation. C'est aussi le cas d'infirmières Asalée – ou aussi d'autres professionnels de santé – qui présentent le dispositif de prescription aux médecins ou aux patients dont ils assurent le suivi en partenariat avec les coordonnateurs des programmes. À ce niveau, ils sont les soutiens et partenaires souvent informels des coordonnateurs des dispositifs, qui peuvent aussi se muer en intermédiaire. Ainsi, dans un réseau d'acteurs locaux, plusieurs personnes dans des positions différentes peuvent jouer ce rôle. C'est le cas dans une ville de 20 000 habitants excentrés des grands centres urbains. Devant le renouvellement des financements de l'ARS envers l'ensemble des programmes de prévention en santé, le coordinateur chargé d'un programme de prescription rencontre la coordinatrice d'un programme d'éducation en santé. Ensemble ils conviennent d'une articulation entre leurs deux programmes. Travaillant avec des entrepreneurs pour la réalisation des activités, le premier coordonnateur met en lien un enseignant en APA avec le programme d'éducation en santé. Ainsi, à l'image des autres professionnels de santé qui travaillent en libéral, un réseau local se construit entre deux associations missionnées par des pouvoirs publics et un entrepreneur pour élargir les possibilités d'accès à l'activité physique sur prescription. Le coordonnateur devient intermédiaire pour construire un réseau entre professionnels. Ensuite, d'autres formes d'intermédiation sont visibles. La coordinatrice du programme d'éducation à la santé qui va mettre en lien les professionnels et les personnes entre elles, mais aussi l'enseignant en APA qui va également jouer un rôle d'intermédiaire. Sur ce cas précis, l'APA est entrepreneur et réalise ses activités dans une salle de fitness. Ainsi, en proposant des séances passerelles dans la salle, il crée un cadre propice à l'engagement régulier au sein de la salle. Le gérant de la salle a aussi construit un tarif spécial post programme. Ainsi, au-delà de sa présence dans l'encadrement du parcours passerelle, l'enseignant APA est à la fois l'EAPA du programme d'éducation à la santé sur le territoire, et l'APA de la salle de sport dans laquelle les personnes sont invitées à poursuivre les activités.

Le cas est intéressant. Les acteurs deviennent intermédiaires, car ils sont à proximité des publics d'un point de vue social et territorial et dans une position qui favorise l'intermédiation entre deux espaces. Agissant comme des rouages dans la mise en œuvre d'une action locale de santé publique, le travail de ces intermédiaires est parfois invisibilisé dans les discours et documents officiels, ou encore dans les évaluations. Ils ne sont pas toujours reconnus, légitimés et rétribués pour leur action, ou le sont uniquement de façon informelle et symbolique par les concepteurs et opérateurs « officiels » des dispositifs. Dans le cas présenté, le coordonnateur du programme régional et la coordinatrice du programme d'éducation à la santé intègre de façon claire ses missions à leur travail pour lequel ils sont rémunérés. L'enseignant APA n'est financé lui qu'à la prestation d'intervention (bilan, séances). Tout le travail de coordination au téléphone avec d'autres

professionnels, mais aussi le travail émotionnel et relationnel au sein de la salle pour favoriser la collaboration n'est pas construit dans son travail. Toutefois, il bénéficie de rétribution matérielle et économique, par un accès gratuit à la salle pour l'organisation de ces séances, ou par une reconnaissance par les coordonnateurs qui lui assure l'arrivée de patients : « Antoine, il est très bon (...) Il sait très bien animer. Bon, il a aussi le sens du contact, les gens, ils restent, ils restent beaucoup plus. »

1. Un travail d'articulation de la prévention en santé

Le dernier exemple montre une jonction entre les programmes d'activités physiques adaptées et d'autres programmes de prévention ou d'éducation en santé. Cette situation peut être élargie à l'ensemble des actions et de prévention au sein des organisations de santé et notamment les organisations plus récentes visant une meilleure coordination de soin : réseaux de santé, CPTS, MSP. Les réseaux de santé ont historiquement accompagné l'intégration des APA au sein du secteur sanitaire dès les années 2000. En parallèle de la construction de programmes d'activité physique sur prescription et de sport santé, les années 2010 voient la mise en place de nouvelles formes d'exercices coordonnées en soins primaires qui tentent, par la coordination de développer des approches plus globales et préventives de la santé dans la continuité des réseaux de santé — même si les professionnels de santé sont souvent d'abord engagés pour répondre à des problèmes pratiques de leur quotidien : lien hôpital/ville, accès à un médecin traitant, organisations des soins non programmées. Ces mouvements de transformations de l'organisation des soins ont été largement étudiés par la littérature (Vezinat, 2019, Moyal, 2022, etc.).

L'investissement des MSP et des CPTS a toujours été un sujet pour les porteurs des programmes d'activité physique à des fins de santé qui y voyaient des espaces de relais de l'action publique pour atteindre professionnels de santé et pratiquants. En reprenant nos entretiens réalisés au lancement des dispositifs, l'intention d'aller vers ces acteurs collectifs était déjà marquée chez les coordonnateurs des opérateurs des pouvoirs publics. Des formes d'articulation plus institutionnalisées et plus régulières ont toutefois mis du temps à voir le jour. Avec l'expansion continue des programmes et leur meilleure reconnaissance, notamment via le label MSS, mais aussi par des professionnels de santé, là encore entrepreneurs de cause en la matière, ces articulations ont pu voir le jour et ainsi favoriser la construction de nouvelles formes d'organisation locales en santé.

Dans un des départements d'enquête, une CPTS, une intercommunalité mettent ainsi en place une dynamique partenariale avec l'opérateur associatif, coordinateur du programme financé par l'ARS et la DRAJES. La CPTS crée une commission sport santé regroupant les professionnels de santé souhaitant s'engager. Cette commission se compose d'une quinzaine de membres, en grande majorité issus du secteur sanitaire, mais aussi des élus et agents de l'intercommunalité et de certaines communes, ainsi que des employés de l'opérateur départemental. Elle prend la forme d'une réunion d'environ deux heures se déroulant tous les deux mois, et sur la quinzaine de membres, entre 5 et 10 personnes sont en réalité présents lors de ces temps de travail. Parmi eux, sont toujours présents, le président (Dr Mathieu) et la coordinatrice (Isabelle) de la CPTS, un représentant de l'opérateur départemental, au moins un représentant, élu ou agent, de l'intercommunalité ou d'une commune (fréquemment Patrice, Directeur d'un équipement sportif de l'EPCI, parfois Émilie, en charge du CLS pour la communauté de communes — portraits disponibles en première partie), et un ou plusieurs infirmier·ères, avec dans la plupart des cas au moins

un IDE du réseau Asalée (notamment Émilie — portrait disponible en première partie). Cette commission incarne les enjeux d'intersectorialité. L'objectif n'est pas de créer une offre d'activité physique propre, mais bien de permettre le relais des différents acteurs en place, notamment entre les professionnels en APA chargé de programmes passerelles et les clubs, comme l'indique le président de la CPTS :

« Pour revenir un petit peu parce que là je rentre un peu plus dans les détails, au sein de cette communauté professionnelle territoriale nous avons plusieurs actions et on s'est montés en commission pour travailler sur ce développement parcours sport santé. Au sein de cette commission on a fait en sorte de faire articuler tous les acteurs dans ce domaine-là et bien sûr on a signé une convention avec [l'opérateur départemental], les élus locaux parce que là il y a un appui essentiel et puis et nous étant identifiés comme professionnels de santé pour que ça soit par cet intermédiaire que les professionnels de santé soient sensibilisés à l'activité physique adaptée. » (Mathieu, médecin généraliste, Président de la CPTS)

Le rôle joué par la CPTS s'inscrit dans une perspective d'animation territoriale, elle vise à mobiliser, coordonner et dynamiser les acteurs de son territoire en matière de santé, en s'adressant avant tout aux professionnels médicaux et paramédicaux, mais aussi plus largement à des acteurs individuels et collectifs qui peuvent s'impliquer sur la thématique, en particulier du monde associatif ou des collectivités locales. Les actions d'information et de promotion du programme mis en place par un opérateur associatif départemental des pouvoirs publics apparaissent comme la mission première de la CPTS. Les liens entre les deux organisations sont assez forts. Ils se traduisent par leur participation réciproque aux instances de réflexion et de décision de chacune des deux organisations. Un représentant de l'opérateur est généralement présent lors des réunions de la commission de la CPTS, et cette dernière participe au comité de pilotage de l'opérateur, aux côtés notamment des pouvoirs publics de l'ARS et de jeunesse et sport. L'activité de la CPTS étudiée s'inscrit donc pleinement dans le cadre institutionnel qui régit ces organisations créées récemment (notamment l'instruction du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires et aux CPTS), même s'il est à noter une diversité des types de fonctionnement et des missions poursuivies par les CPTS, comme le laissent paraître des rapports des pouvoirs publics. Toutefois, ils vont plus loin en mettant en place plusieurs actions propres à leur organisation. L'organisation a ainsi pour projet de proposer une offre de service qui se veut, là aussi, articulée avec le dispositif de l'opérateur départemental, avec une visée de complémentarité. Il s'agit de la mise en place d'un accompagnement individuel visant à faciliter la transition des personnes entre les programmes passerelles de l'opérateur des pouvoirs publics et l'offre d'activité physique à des fins de santé proposée par des clubs et associations sportives du territoire. Cette action s'appuie sur l'intervention d'un enseignant en APA sous le régime de l'auto-entrepreneuriat, et vise très explicitement à compléter l'action de l'opérateur, selon les propos de la coordinatrice.

Isabelle, coordinatrice CPTS : « au bout des 16 séances, malheureusement, certaines personnes retournent très tristement les fesses dans leur canapé parce qu'il y a l'image de soi, parce qu'il y a la peur d'aller sur un club. Il y a des tas de freins qui existent. Et donc, du coup, au bout de trois ans de fonctionnement, on est en train de tester quelque chose. C'est-à-dire qu'on a mis en place deux séances avant la fin des ateliers passerelles, un partenariat avec [Fabien], qui vient sur les deux dernières séances avec [l'encadrant du programme passerelle de l'opérateur], de manière à ce qu'il y ait une espèce de passation, l'effet brise-glace aussi que certains patients, notamment en surpoids ou avec une

difficulté, qu'on peut deviner, pour ensuite les accompagner sur un club plus classique, les "sports santé". Et là c'est quelque chose dont on est sûr qu'on peut avoir une plus-value. Parce que le fait de quitter un espace extrêmement cocooning avec un super [encadrant] qui est très très apprécié c'est pas facile en fait. »

Une des critiques envers les politiques d'activité physique sur prescription concerne la question de la transition post parcours passerelle. Comment maintenir l'engagement dans une pratique en demandant à la personne de poursuivre une activité en autonomie ou dans un club plus ordinaire après plusieurs semaines, voire moi dans un contexte plus protégée. Les nouvelles formes d'intersectorialité — nous avons vu des programmes liées à la PAP intégrée des parcours d'éducation à la santé contiennent souvent cet objectif de mieux travailler les transitions auprès des personnes afin de favoriser la durabilité des engagements en matière d'activité physique. Cette question de la transition post programme passerelle semble d'ailleurs cristalliser les réflexions et les actions développées récemment au sein de la CPTS. En plus des accompagnements, la CPTS prévoit en effet, sur ses fonds propres, une contribution financière complémentaire à celle de l'opérateur départemental pour favoriser le paiement de licences sportives (40 € de la part de la CPTS, en complément des 40 € de l'opérateur). Isabelle indique même espérer, grâce aux liens établis avec la communauté de communes, que la collectivité puisse participer à ce type de prise en charge financière à l'avenir (elle aussi à hauteur de 40 €). Ainsi, bien que la CPTS ne cherche pas à mettre en œuvre directement une offre d'activité physique, elle tend à jouer un rôle majeur en la matière, d'une part en mobilisant les professionnels de santé, en établissant des partenariats stratégiques avec des organisations associatives ou les collectivités, mais aussi en proposant un dispositif concret d'accompagnement individuel et de prise en charge financière.

2. L'activité physique sur prescription, outil de la sanitarisation du social

Au fil de l'enquête, le collectif s'est aussi rendu compte d'une autre forme d'intersectorialité en jeu autour de l'activité physique sur prescription. En effet, des réseaux et tentatives d'articulation pouvaient avoir lieu entre des programmes d'activité physique et programmes d'intervention sociale, notamment dans les quartiers prioritaires de la ville ou envers des personnes précaires — par exemple bénéficiaires du RSA ou de la CMU. Cette jonction entre sanitaire, sport et social n'est pas nouvelle. Travaillant sur les dispositifs en Alsace, C. Marsault se demandait si le Sport-Santé était « un objet médical, social ou sportif ? ». En effet, Strasbourg était le terrain d'une reconfiguration de l'action sociale sportive par un investissement fort du service des sports implanté dans les quartiers prioritaires de la ville au moment du lancement du programme sport sur ordonnance. Dans plusieurs territoires de notre enquête, en Haute-Garonne, en Loire Atlantique ou encore en Moselle, nous avons ainsi observé des structures ou des réseaux, associatifs et publics, qui visait dans un même mouvement des objectifs sanitaires et sociaux. À la différence des premières actions en la matière, le début des années 2020 a favorisé l'émergence de justifications nouvelles à ces actions dans une forme des discours en matière d'insertion et d'intégration par le sport (Gasparini, 2008). Justifiant des actions intersectorielles, les discours portent sur la santé défaillante des plus précaires dont de nombreuses données épidémiologiques montrent qu'ils sont plus fragiles. Il s'agit alors de penser social et médical dans un même mouvement à l'image de ce qui peut se faire dans d'autres secteurs de la prévention en santé (Schlegel, 2020). Ainsi, le coordinateur d'une MSS Toulousaine nous explique. Son association est

implantée au rez-de-chaussée d'un haut immeuble dans un quartier populaire où l'association vient d'installer ces nouveaux bureaux et fait construire une grande salle en sous-sol :

« C'était important de travailler sur ce quartier-là. Il nous connaissait déjà historiquement avec le TSL sur ces activités-là. Et après sur le choix de travailler pour les quartiers prioritaires, bah là c'est par de nombreuses études qui ont été faites sur les personnes qui ont le moins de revenus. Quelles sont les différences au niveau de la santé, enfin au niveau des connaissances de la pratique sportive, etc. où il va y avoir je sais pas combien d'études qui montrent que les personnes issues des quartiers qui ont moins, comment on appelle ça, de capital culturel financier, etc. qui vont être moins enclins à faire de l'activité physique, plus dans un cercle vicieux de séentarité. Je prends par exemple le cas de... des mamans du quartier. Il y a beaucoup de mamans du quartier qui... qui nous sont fait à la fois le témoignage, c'est pas que des études, mais c'est aussi des témoignages. En fait j'en ai pas parlé, mais on a des... des médiateurs qui font du travail de rue, les éducateurs qui font du travail de rue, les médiateurs qui font du travail de rue. Et en fait il y avait eu le constat de nombreuses mamans qui disaient : vous savez l'activité physique j'ai des enfants maintenant je peux plus le faire. Je m'en sens pas capable, etc. il y a... ici il y avait un vrai travail à faire autour de ça. Et donc c'est une des nombreuses régions qui font que le choix avait été fait de plus travailler pour les quartiers prioritaires. Et du coup j'en étais où ? »

Dans cet extrait d'entretien, il y a d'abord une logique de pensée à propos de la nécessité de réaliser une jonction entre sanitaire et social. Mais il y a aussi une forme d'organisation interprofessionnelle entre un coordonnateur, des professionnels de l'activité physique et des intervenants sociaux. Pour mettre en œuvre ce travail, il est nécessaire d'avoir l'aval des intervenants sociaux au contact des personnes précaires. Ici les médiateurs de rue jouent le rôle d'intermédiaire entre les familles vivant dans le quartier et l'association pourtant implanté au sein du territoire de vie des personnes. À partir des travaux de Le Bart et Lefebvre (2005), Clara Deville explique que des acteurs de proximité sont de plus en plus mobilisés dans l'extension des politiques publiques, en partie, car la proximité sociale et géographique est perçue comme un moyen d'adaptation aux cibles de l'action publique et une meilleure prise en compte des spécificités locales. La mobilisation des médiateurs se fait dans cet objectif. Mais cette mobilisation n'est pas toujours simple. Sur un autre territoire, où une maison sport santé est mobilisée par le département pour intégrer l'APA aux obligations d'activité des personnes bénéficiaires du RSA, la situation est plus conflictuelle. En effet, alors que plusieurs cadres intermédiaires de la fonction publique peuvent accepter les nouvelles contraintes posées par la loi et jouer avec l'euphémisation des contraintes par l'activité physique, il est beaucoup plus complexe de faire accepter cette contrainte aux intervenants sociaux travaillant dans des logiques d'émancipation sociale avec les pratiquants. Dans ce dernier cas, la contrainte posée par la loi et un système de convocation/obligation permettent aussi aux intermédiaires de passer outre le rejet des intervenants sociaux. Sur certains territoires, les personnes peuvent néanmoins être sélectionnées avec l'aide de ces intervenants qui accompagnent les personnes au quotidien. Ainsi, dans ce dernier cas, il y a une jonction entre la sphère sociale, la sphère sanitaire et la sphère administrative gérant les droits des bénéficiaires du RSA. C'est cet élargissement de l'intersectorialité qui génère ainsi le conflit et la rupture entre deux catégories de professionnels du champ social. Du côté des APA-S, et de l'association opératrice chargée de la mise en œuvre, nous n'avons pas relevé de controverses ou d'interrogations éthiques en

la matière. L'hypothèse d'une moindre politisation dans le champ des APA doit néanmoins être prise avec précaution. Si les entrepreneurs et les coordonnateurs nous ont régulièrement rappelé ne pas faire de politique, ils ont souvent montré une capacité de jugement critique envers les environnements organisationnels dans lesquels ils sont inclus.

3. Contre-point : Le cas de la Guyane

En contrepoint de ces analyses, Éline Le Gall, membre du collectif, a mené une courte enquête durant son séjour en Guyane. Le contrepoint avec une région d'outre-mer apparaît pertinent pour d'une part questionner la circulation des modèles dans le cas d'un territoire à distance des centralités de l'hexagone, mais aussi en raison d'un contexte social particulier. Le cas permet de plus de questionner une nouvelle fois l'intersectorialité entre social et sanitaire. La Guyane est le territoire d'Outre-mer le plus grand de France. Sa superficie est comparable à celle du Portugal ou de l'Autriche¹. Pour autant, la densité de la population n'est que de 3,4 habitant·es au m², car la forêt amazonienne représente 92 % du territoire. En effet, plusieurs communautés résident en Guyane, avec leur propre langage, organisation et mode de vie. Aussi, la région connaît un taux de pauvreté beaucoup plus fort que dans le reste du pays. 53 % de la population vit sous le seuil de pauvreté contre 14 % sur l'ensemble du pays. 29 % vivent en situation de grande pauvreté².

L'enquête présentée ici se centre sur une MSS, à Matoury (12 kms de Cayenne), au sein de laquelle quatre entretiens ont été menés. Depuis décembre 2021, une autre maison sport santé a vu le jour à Cayenne : le pôle médico-sportif José Dorcy³. Cette deuxième MSS est à 15 km environ de la première. Elle est portée par la collectivité territoriale de Guyane. Dès le premier appel, le service Développement social urbain (DSU) et le service des sports de Matoury ont répondu à l'appel à projets national pour la mise en place d'une MSS. À l'occasion de l'écriture du contrat local de santé (CLS) en 2019, une équipe a mené un diagnostic territorial sur cinq quartiers prioritaires de Matoury⁴. La coordinatrice du CLS à ce moment-là, raconte qu'il a été demandé, à la suite de la signature du CLS, une mise en place d'un parcours de santé pour les personnes atteintes de maladies métaboliques et chroniques.

« Et puis finalement, le contrat local de santé est intégré dans le contrat de ville de la ville de Matoury, donc c'est l'axe 3 du contrat de ville. Donc nous avons répondu à cet appel à projets [MSS]. Et puis au niveau du contrat de ville, nous avons répondu, fin sur le CLS nous avons répondu à l'appel à projet politique de la ville. On a pu obtenir des budgets, et cibler dans un premier temps, on a ciblé les populations issues des quartiers en géographie prioritaire. Donc ce sont les bénéficiaires en priorité. Tout en sachant qu'on a quand même ouvert ce dispositif de prise en charge, à toute la population qui vit sur le territoire carrément de Matoury. Mais l'axe premier c'est quand même les bénéficiaires, les

¹ MINISTÈRE DES OUTRE-MER, *Guyane*, [<https://www.outre-mer.gouv.fr/territoires/guyane>], consulté le 28 février 2025.

² 29 % des Guyanais en situation de grande pauvreté en 2018 – Insee Analyses Guyane – 59, [<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6468775>], consulté le 28 février 2025.

³ THIAM Leïka, « [MAISON SPORT-SANTÉ] Journée portes ouvertes au Pôle Médico-Sportif territorial José Dorcy, Vendredi 16 décembre 2022 de 8 h 30 à 15 h — Collectivité Territoriale de Guyane », consulté le 13.01.2025. <https://www.ctguyane.fr> (consulté le 13.01.2025)

⁴ ACADEMIE DE GUYANE, « Annexe 5 : Liste des quartiers prioritaires de ville (QPV) de Guyane ».

habitants issus des quartiers prioritaires puisque c'est une population avec des critères de fragilités, vulnérabilités, etc. » Coordinatrice du CLS

« Y'a un appel à projet qui a été lancé par le ministère des sports, le premier. Et à ce moment-là je me suis rapproché de ma collègue [coordinatrice CLS] qui était en train de faire le diagnostic du contrat local de santé. Et donc j'ai pris ces éléments et j'ai finalisé le dossier pour mettre en place la maison sport santé sur Matoury. On a déposé le dossier, on a été labellisé en février 2020. Voilà c'était en fin 2019 l'appel à projets et en février 2020 on a été labellisé. » Responsable du service des sports de la mairie de Matoury

Comme l'expliquent la coordinatrice du CLS et le responsable du service des sports de la ville de Matoury, la réponse à l'appel à projets MSS a été réalisée conjointement entre leurs deux services. Comme plusieurs MMS, la création d'une MSS de Matoury vient répondre à des inégalités en santé identifiées sur le territoire. Dans un premier temps, La MSS a ouvert ses programmes en 2020 à destination des Matourien·nes vivant dans les cinq quartiers prioritaires de la ville : Balata, Cotonnière, Cogneau, Le grand Larivot, Sud Bourg⁵. Pour ces deux premières années d'activité (dont une perturbée par le covid), il a été difficile de cantonner son offre à un nombre restreint de la population de l'île de Cayenne.

« Alors oui parce que c'est Matoury qui porte ce projet et qui voilà. Y'a eu 2, 3 personnes, mais vous pouvez considérer que c'est que Matoury. Même s'il y a eu 1 ou 2 personnes, y'a eu un enfant qui venait de Rémir, une autre dame de Rémir aussi, une autre dame qui était de Macouria, mais parce qu'elle avait déménagé. C'est 3 à 4 personnes, mais comme c'est Matoury c'est vraiment réservé. Et puis leur objectif à la ville de Matoury c'est d'amener l'activité aux personnes de leur commune quand ils sont en meilleure santé. »

Coordinatrice MSS

L'extrait montre des adaptations vis-à-vis du cadrage territorial officiel de la politique publique. Ces adaptations sont visibles sur de nombreux territoires de l'enquête PrescAPP, particulièrement dans les zones où l'offre est limitée et où les personnes peuvent difficilement être redirigées vers une autre forme à laquelle ils pourraient prétendre. La mairie de Matoury a fait appel à des prestataires extérieurs pour mettre en place des programmes d'activité physique à des fins de santé. Ces partenaires sont le comité sport pour tous, APA de géant⁶ et Terra Da Dança⁷. APA de Géant sont des enseignant·es en activité physique adaptée de la clinique St Paul, iels s'occupent des personnes ayant des problématiques de santé plus importantes. Le comité sport pour tous dispose de plusieurs programmes entrant dans le carte de la MSS. Cette association regroupe des éducateurs sportifs. Terra Da Dança est une association de Rémir Montjoly, elle s'intéresse à la santé et au bien-être. Sa particularité, comparativement aux autres prestataires, se trouve dans la mobilité de l'éducatrice sportive. Elle propose de se déplacer chez les pratiquant·es directement.

D'un point de vue économique, la MSS bénéficie particulièrement des ressources du centre national d'étude spatiale (CNES) qui investit en Guyane dans de nombreux secteurs et se positionne comme une source économique incontournable dans les domaines du tourisme, de l'éducation, de la recherche, de l'économie et du développement. Lors de la première

⁵ ACADEMIE DE GUYANE, « Annexe 5 : Liste des quartiers prioritaires de ville (QPV) de Guyane ».

⁶ APA de Géant 973 / Cayenne, Guyane. https://www.facebook.com/apa973/about?locale=fr_FR

⁷ TERRA DA DANCA /, [<https://graineguyane.org/annuaire/terra-da-danca/>], consulté le 28 février 2025.

année de lancement de la MSS, il a soutenu le dispositif à la hauteur de 40 000 euros, soit le plus gros apport pour l'année 2021. La MSS bénéficie de nombreux autres financements comme l'explique le responsable du service des sports de la ville de Matoury⁸.

« Oui dans le contrat local de santé donc les porteurs de projet sont cofinancés donc à la mairie, y'a une part mairie de financement, ARS, ANCT donc préfecture (l'agence nationale de cohésion des territoires), et on a d'autres, les autres partenaires hors politique de la ville, la sur le projet 2020 on a aussi le MSS creps, là je l'ai juste devant les yeux, on également le CNES (centre national des études spatiales) aussi qui participe donc le centre national d'étude spatial qui aussi contribue à un financement. On a quand même pas mal de partenaires en fait. Et la CTG. » Coordinatrice CLS

« Y'a les partenaires financiers, on est avec le contrat local de santé, mais on a un financement de l'ARS. Et financement de l'ANCT : l'agence nationale de la cohésion territoriale. Mais c'est un peu faible comme financement. En fait, les plus gros financements qu'on a réussi à avoir, que j'avais sollicité, c'est le CNES. Parce que chaque année le CNES donne 100 000 euros aux collectivités en fonction des projets. Donc là on a une part pour la maison sport santé, ils ont financé je crois à la hauteur de 40 000 euros en 2020. J'ai aussi fait un dossier MSS auprès du ministère des sports, comme il avait lancé l'appel à projet, il a proposé des financements. On a eu 9 000 euros. J'ai fait également un dossier de demande de subventions auprès de l'ESS au niveau de la CTG qui s'est fait juste avant les élections de la collectivité territoriale où on a eu un financement de 10 000 euros. Parce que les ESS c'est à dire Économie Sociale et Solidaire pour montrer que on va mettre de l'emploi. C'est-à-dire que en mettant ce programme en place, avec les associations qu'on finance, eux ça leur permettait de financer leurs éducateurs. Et je crois que j'en oublie un, mais là ça me revient plus. Voilà grossso modo. Le financement qu'on a eu et qu'on aura probablement plus sur les prochains... Donc là ça Parce qu'on est quand même sur du 80-90 000 euros hein de projet, ça s'équilibrerait. Maintenant sur l'année prochaine étant donné que le CNES ne financera pas une deuxième fois le même projet. La MSS peut encore financer, mais bon 9 000 euros c'est pas non plus, Voilà. Et puis plus sur la MSS moins y'aura de sous et puis l'ESS c'était un programme, c'était un one shot, c'était une fois comme ça donc. Et puis d'habitude ils ont pas vocation à financer ça, c'est aussi en fonction du nombre de personnes qui se positionne. Comme on s'est positionné, je pense qu'il n'y avait pas beaucoup de dossier, on a eu, on a réussi à avoir un financement alors que c'est pas le cœur de métier du financement de l'économie sociale et solidaire de financer une MSS. Donc vous voyez que à terme voilà, je sais que mes financements vont se raréfier. »

L'extrait montre par ailleurs l'intégration de la MSS au sein du CLS et la jonction entre plusieurs programmes et dispositifs de santé. Le travail d'articulation intersectorielle se fait aussi pour mobiliser les pratiquant·es. Dans le cadre de la mise en œuvre des programmes et interventions, le cas de la Guyane révèle le besoin d'intermédiaires souligné plus tôt dans le rapport. Ici, les entretiens menés rendent compte de l'importance du travail des médiateurs. Ce sont elle et eux qui connaissent les populations des quartiers et font l'intermédiaire avec les pouvoirs publics. En Guyane, les institutions publiques ont fréquemment recours à des médiateur·trices. Que ce soit dans les secteurs éducatif, de santé, culturel ou associatif, les

⁸ Septembre 2021 – pour exploitation statistique Rendu DSU/Contrat local de santé 2019 – 2021 – ville de Matoury

médiateur·trices jouent un rôle majeur. D'autant plus dans un contexte où des populations ont des langues, des organisations, et des modes de vie différents. Pour qu'un dialogue soit possible entre les institutions publiques et les résident·es, les médiateur·trices ont la lourde responsabilité de créer un relais d'informations, des ponts entre des individus et des organisations très diverses (Alcouffe et al., 2024). Dans le cadre de la MSS, le travail des médiateurs est secondé par la coordinatrice dans son travail d'information et de sensibilisation aux programmes. Elle réalise ensuite des bilans individuels, et doit faire preuve d'adaptation face aux personnes allophones :

« Quand je vais voir les gens ? non non non Je vis depuis 30 ans en Guyane, donc même si je parle pas créole, je comprends, j'ai un lien facile avec les personnes des quartiers. Voilà donc ça se passe bien. (...) même avec le questionnaire que j'ai à faire les gens comprennent. Oui effectivement y'en a pour qui, j'ai rencontré une ou deux personnes qui n'ont vraiment pas compris grand-chose. Mais qui que ce soit, elles auraient pas compris. Non les gens sont attentifs, même si c'est pas leur langue, mais bon quand même, créole français, on fait un mélange de tout ça. »

Coordinatrice MSS

« C'est à dire que les médiateurs du centre hospitalier de Cayenne ont un listing de patients à suivre au sein des quartiers. Et donc ces personnes-là à un moment donné sont orienté, devrait parce que ça vient de démarrer, devrait être orienté sur la maison sport santé. Donc c'est l'hôpital de jour, le fonctionnement qui a été fait avec le centre hospitalier de Cayenne, mais ce sont les professionnels de l'hôpital de jour qui gèrent ça au quotidien en fait. Donc une équipe de médiation, médecins etc. Le but c'est par la suite de délocaliser la prise en charge de certains patients en fait. De faire venir les professionnels sur le territoire et aussi d'être assez mobile et de sillonnner un peu les quartiers. Pour apporter cette proximité. On le fait pas encore, on est juste, la convention vient d'être signée ». Coordinatrice CLS

Le dernier exemple montre ici l'originalité du terrain avec une politique hospitalière ayant intégré en son sein le travail social par le biais de médiateurs afin d'organiser le lien entre structure hospitalière et populations. Cette intégration du social dans la santé se joint à une volonté de proximité et de mobilité pour accompagner les populations. Si on croise ces éléments à la dernière partie du rapport, il est visible de voir des logiques différentes dans les organisations visant une intersectorialité santé/social. Quand le développement des programmes se fait à travers une information et une sensibilisation auprès des professionnel·les de santé, les programmes à la jonction de la santé et du social usent d'autres sphères professionnelles ou de la contrainte administrative pour toucher directement les personnes.

Conclusion du chapitre

Les travaux liés à cet axe 1 ont montré d'abord l'affirmation d'une régionalisation des politiques d'activité physique à des fins de santé. Les financements sont construits localement au travers des budgets des ARS, des DRJSCS ou des collectivités partenaires. Ces

phénomènes ne sont pas sans conséquences en matière de production d'inégalités territoriales dans l'accès à la prescription. L'étude présente des investissements publics et privés très variables d'une région à une autre. L'autonomie donnée aux ARS en la matière favorise ces inégalités. Les orientations budgétaires des ARS peuvent aussi être à la source d'inégalités infrarégionales avec des financements orientés vers certains territoires plutôt que d'autres — ces inégalités s'ajoutant à celles produites par les engagements locaux inégaux des collectivités ou des institutions sportives et de santé, publiques ou privées (Salaméro, Haschar-Noé, 2017).

Les politiques de la prescription d'activité physique sont structurées par l'engagement d'acteur·rices publics, mais aussi privés, en charge de l'opérationnalisation des politiques. L'activité physique sur prescription est un espace de lutte entre intérêts individuels et institutionnels à l'échelle locale. Des entrepreneur·euses de cause en matière de prescription (élus, médecins, fonctionnaires, etc.) s'engagent et s'affrontent pour faire valoir leurs idées, mais aussi pour favoriser la construction de certaines collaborations nouvelles. Des luttes idéologiques ont lieu sur plusieurs sujets, et peuvent être observables au sein d'arènes publiques : l'importance ou non de valoriser un acte et un document de prescription, pouvant être perçu comme une forme de sanitisation de l'activité physique ; la place des différents professionnels de l'encadrement, ou encore le rôle que doivent occuper les différentes instances publiques ou privées est en jeu. Sur ce dernier point, l'inscription de ces politiques dans les cadres de la nouvelle gestion publique favorise le recours à des opérateurs privés. Si des moyens financiers peuvent être alloués, leur gestion s'inscrit dans des logiques de rationalisation budgétaire rendant favorable la délégation à moindre coût auprès d'associations pour coordonner, voire auprès de micro-entrepreneur·euses payé·es à la tâche pour l'encadrement des activités. Ces phénomènes peuvent produire un processus de marchandisation marqué des activités physiques, avec un travail social et politique de construction des prix, des logiques de régulation de la concurrence et un fort affaiblissement des frontières matérielles et normatives entre les secteurs publics, privés associatifs et privés marchands (Collectif Prescapp, 2024).

Bibliographie

- Abdelnour, S. (2017). *Moi, petite entreprise. Les auto-entrepreneurs, de l'utopie à la réalité.* PUF.
- Acef, S. (2008). Réseaux de santé et territoires : Où en sommes-nous ? *Informations sociales*, n° 147, 72 -81.
- Alcouffe, L., Tareau, M., Oberlis, M., Adenis, A., & Vignier, N. (2024). La recherche dans un contexte interculturel : les médiateurs-enquêteurs d'études en santé, des ponts entre deux mondes. *Médecine et Maladies Infectieuses Formation*, 3 (4), S5-S6.
- Bergeron, H., Nathanson, C. (2014). Faire une loi, pour faire la loi. *La loi de Santé publique d'août 2004. Sciences sociales et santé*, vol.32, n° 4, 5 -32.
- Bergeron H., Castel P., Nouguez É. (2011), Un entrepreneur privé de politique publique. *La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé*, *Revue française de science politique*, vol. 61, n° 2, 201-229.

- Bertillot, H., Rapegno, N., & Rosenfelder, C. (2023). L'intersectorialité négociée « par le bas » : Quand une institution médico-sociale s'inscrit dans les murs d'un collège. *Gouvernement et action publique*, vol. 12, n° 1, 27-49.
- Boubal, C. (2019). L'art de ne pas gouverner les conduites : Étude de la conception des campagnes de prévention en nutrition. *Revue française de sociologie*, vol. 60, n° 3, 457-481.
- Bouttet F., Didierjean R., Hot F., Lepori M., Lessard C. (2023), « Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique. L'entrée des "Maisons Sport-Santé" dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique », *Émulations*, n° 45, 37-56.
- Deville, C. (2023). L'État social à distance. Dématérialisation et accès aux droits des classes populaires rurales. *Editions du croquant*.
- Dodier, N., & Barbot, J. (2016). La force des dispositifs. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 71, n° 2, 421-450.
- Favier-Ambrosini B., Delandre M. (2018), Les réseaux Sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre, *Terrains & travaux*, n° 32, 81-106.
- Gasparini, W. (2008). L'intégration par le sport. :Genèse politique d'une croyance collective. *Sociétés contemporaines*, n° 69, 7-23.
- Gasparini W., (2021). Le Sport-Santé à l'épreuve du local et du national : paroles de deux entrepreneurs politiques dans Gasparini W., Knobé S. (dir.), *Le Sport-Santé. De l'action publique aux acteurs sociaux*, Presses universitaires de Strasbourg.
- Geeraert, J. (2020). Temporalité et rôle des passeurs : Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public. *Revue française de science politique*, vol. 70, n° 5, 639-656.
- Honta, M., & Basson, J.-C. (2017). La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé : L'épreuve de la légitimation politique. *Gouvernement et action publique*, vol. 6, n° 2, 63-82.
- Honta, M., Haschar-Noé, N., & Sallé, L. (2011). La fabrique des territoires de santé publique en France : une analyse comparée de la mise en œuvre du Programme national nutrition santé en Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais. *Cahiers de géographie du Québec*, n° 156, 379-397.
- Honta, M., & Illivi, F. (2019). Le prix de l'innovation : capacités des opérateurs et réception des programmes de lutte contre la sédentarité. *Innovations*, n° 60, 201-222.
- Illivi F., Honta M. (2020), *Bougez ! La fabrique locale de la lutte contre la sédentarité*, L'Harmattan.
- Inserm (2019), Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. *Rapport d'expertise*, Inserm.
- Jobard, F., Geeraert, J., Laumond, B., Mützelburg, I., & Zeigermann, U. (2020). Sociologie politique des passeurs : Acteurs dans la circulation des savoirs, des normes et des politiques publiques. *Revue française de science politique*, vol. 70, n° 5, 557-573.
- Julhe S., Honta M., Haschar-Noé N., Salaméro E., Basson J.-C., Sallé L. (2021), Les reconfigurations du travail des agents des ARS. Extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel., *La nouvelle revue du travail*, n° 18. (en ligne)
- Marsault, C. (2017). Le Sport-Santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois « Sport-Santé sur ordonnance » comme objet politique transversal. *Sciences sociales et sport*, n° 10, 21-49.
- Merlaud, F., Terral, P., & Haschar-Noé, N. (2012). S'engager dans la lutte contre l'obésité et la sédentarité en France. La construction d'une expertise hybride et située par les réseaux associatifs de prévention et de soins. *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n°7. (en ligne)
- Moyal, A. (2022). La coopération au cœur du travail entrepreneurial : le cas des médecins généralistes porteurs de Maisons de santé en France. *Revue française de sociologie*, vol. 63, n° 3, 471-499.
- Nay, O., Smith A., (2001). Le gouvernement du compromis. *Economica*.

- Perrier, C. (2022). L'État actif : une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017) [These de doctorat, Université Grenoble Alpes].
- Perrier, C., & Perrin, C. (2018). Éduquer le patient ou transformer l'action publique ? Analyse sociohistorique d'une association pour le développement de l'éducation thérapeutique du patient. *Sciences sociales et santé*, vol. 36, 5-31.
- Perrin, C., Champely, S., Chantelat, P., Sandrin, B., Mollet, E., Tabard, N., & Tschudnowsky, M. (2008). Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français. *Santé Publique*, n° 20, 213-223.
- Petit, G. (2023). L'éternel recommencement des politiques locales de démocratie participative : L'expérimentation permanente contre l'institutionnalisation. *Gouvernement et action publique*, vol. 12, n° 4, 111-135.
- Pierre, J., Collinet, C. et Schut, P.-O. (2022). Les diplômés en STAPS : quelle(s) formation(s) pour quelle insertion professionnelle ? *Staps*, n° 137, 11-34.
- Pierru F. et Rolland C. (2016), Bringing the Health Care State Back. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences Régionales de Santé, *Revue française de science politique*, Vol. 66, n° 3, 483-506.
- Prescapp, C. (2023). Étudier la construction d'un marché par ses intermédiaires. Les coordinateur·trices associatifs de la prescription médicale d'activité physique. *Revue française des affaires sociales*, 4, 193-212.
- Salaméro, É., & Haschar-Noé, N. (2017). Variabilité des formes de gouvernance d'un contrat local de santé : ajustement en situation et légitimation négociée. *Terrains & travaux*, n° 30, 163-184.
- Sallé L., Honta M., Haschar-Noé N. (2021), Les injonctions contradictoires à l'intersectorialité dans l'action publique sanitaire L'exemple du Programme National Nutrition Santé. *Sciences sociales et santé*, vol. 39, n° 3, 79-105
- Veziat, N. (2019). Vers une médecine collaborative. *Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*. PUF.

Chapitre 2. Les médecins face à ce nouvel instrument de la santé publique

L'inégale intégration des médecins dans le « processus de prescription d'activité physique adaptée »

Chapitre 2 – Sommaire

SOMMAIRE	80
INTRODUCTION	81
PARTIE 1. LA CO-CONSTRUCTION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE	89
1.1 DÉVELOPPER LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'AP. L'INSCRIPTION EN DEMI-TEINTE D'UNE PRATIQUE AUX FRONTIÈRES DU CHAMP MÉDICAL.....	89
1.2. DES MÉDECINS MIS EN POSITION DE FAVORISER (OU NON) LA COORDINATION ENTRE DES DOMAINES D'ACTIVITÉ ÉLOIGNÉS	105
1.3. L'APPROPRIATION D'UN BIEN DE SANTÉ PAR SES « DESTINATAIRES »	114
PARTIE 2 — PRATIQUES ET DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION	120
2.1. LA PRESCRIPTION ET SES AMBIGUITÉS.....	120
2.2. LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LA (NON-) PRESCRIPTION.....	131
2.3. LA PRESCRIPTION DANS SES RELATIONS AVEC LE TRI DES RESSORTISSANT-ES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	148
2.4. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION, UN VECTEUR DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ COMPARATIVEMENT AU CONSEIL ?	162
CONCLUSION	170
BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE	174

Introduction

La prescription d'APA appartient à l'ensemble des prescriptions médicales de « soins physiques », c'est-à-dire des modes d'intervention non médicamenteux et en lien avec des approches liées au corps (rééducatives, réadaptatives, liées à la condition physique au sens large). Ceux-ci peuvent concerter la kinésithérapie, l'ergothérapie, la psychomotricité, ou donc l'APA, depuis la loi de 2016⁹. Elle se distingue du certificat de non-contre-indication à la pratique sportive, plus anciennement intégré à la pratique médicale.

Qu'il s'agisse des agent·es des services déconcentrés de l'État, d'offreurs d'APA, ou de médecins promoteur·rices de la PAP rencontrés au cours de l'enquête, une grande majorité des personnes enquêtées considèrent que **la prescription d'activité physique adaptée est extrêmement minoritaire**, relativement à l'ensemble des prescriptions médicales, quoique plus fréquentes pour certaines pathologies. Reflet de son institutionnalisation récente, la fréquence de cette pratique s'avère, quoi qu'il en soit, difficilement objectivable, n'étant pas remboursée par l'Assurance maladie pour le moment, ni donc intégrée dans les bases de données produites.

Les explications habituellement avancées sur l'absence de prescription sont celles du **manque d'informations et de temps**. En amont des consultations, pour s'informer et se former (Tchirkov et coll., 2023). Puis pendant celles-ci, de l'augmentation des flux de patient·es dans les cabinets médicaux – du fait des évolutions de la démographie médicale notamment –, et de la diminution corrélative du temps dédié aux consultations sur un temps de travail qui diminuerait¹⁰. Le poids croissant de ces contraintes sur l'exercice médical produit indéniablement des effets, notamment sur le temps dévolu aux questions de prévention lors de consultations dont la durée est réduite (Gerin et coll., 2015). L'enquête menée auprès des médecins ouvre des pistes sur d'autres déterminants sociaux de la prescription, notamment les socialisations, les relations et réseaux interprofessionnels sur le

⁹ La loi du 26 janvier 2016 et le décret no 2016-1990 du 30 décembre 2016 viennent inscrire et encadrer la prescription médicale d'activité physique par les médecins généralistes pour les personnes en affection de longue durée. La loi crée l'article L.1172 dans le code de la santé publique : « *Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient* » Le décret précise cet encadrement en reconnaissant les différents professionnels en mesure de pour prendre en charge les personnes en affection de longue durée, en explicitant les compétences attendues pour les professionnels du sport et en distinguant les rôles et missions dans le parcours de soin de ces différents professionnels. Ainsi, le décret crée l'article D. 1172-3 précisant les conditions d'exercices des professionnels de santé, et surtout des kinés, et des enseignants en activités physiques adaptées : « *Art. D. 1172-3.-Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1° de l'article D. 1172-2 sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.* » « *Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2° de l'article D. 1172-2 interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers* ».

¹⁰ En réalité, les données de la DREES de 2019 montrent un effet de genre plus important que de génération. Cf. les données disponibles ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>

territoire, et aussi les (récentes) évolutions des modes d’organisation du travail médical vers des formes d’exercice renouvelées.

Autonomie et hétéronomie du champ médical : tensions entre la loi et le fonctionnement du champ

Le champ médical s'est structuré sous l'égide des médecins (Pinell, 2009). Le caractère monopolistique de la médecine (même si elle doit négocier avec les industries et l'État) se ressent notamment dans la définition des groupes professionnels alliés et annexes ou illégitimes, des maladies et des traitements justifiés ou non... (cf. Freidson, 1970). Ainsi, les médecins sont en position de délimiter les frontières du champ, qui constituent des enjeux de lutte pour l'intégration de nouvelles pratiques et de nouvelles professions. L'APA, hétéronome au champ médical – s'étant progressivement construite et instituée en partie hors de ce champ – doit ainsi se positionner par rapport à des professions (ou métiers) assez saturées, très spécialisées et territorialisées, dans un espace fermé et dominé par un groupe professionnel.

En l'état actuel, la prescription d'APA semble vouée à demeurer étrangère aux logiques du champ médical (en tout cas de ville), et donc aux pratiques des médecins généralistes. Elle a néanmoins été initiée en partie sous l'égide de médecins, à l'hôpital, dans la prise en charge de maladies cardiovasculaires (Favier-Ambrosini, 2016), mais pas systématisée. Des travaux ont étudié comment l'APA et ses professionnel·les se positionnent vis-à-vis de ces pratiques et paradigmes médicaux (curatif, réparatrice, expérimental — p. ex. travaux de Claire Perrin, thèse en cours de Matti Suchier), dans des structures hospitalières et dans des réseaux de santé ; et se positionnent par rapport à la kinésithérapie ou d'autres pratiques de « physical therapy » (cf. thèse de Jérémy Rollin, 2022 du côté des kinésithérapeutes).

On s'est, quant à nous, demandé à quelles conditions une pratique telle que l'APA sur prescription, élaborée hors du monopole des médecins, pouvait être considérée par les médecins comme appartenant à l'arsenal thérapeutique légitime, surtout concernant la médecine de ville¹¹ ; et dans quelle mesure l'éventail des pratiques prescriptives des médecins généralistes – historiquement du ressort du monopole de la corporation des médecins – peut être modifié par le biais d'une loi.

Mais l'acte de prescription engage à la fois l'autonomie des médecins et des agencements institutionnels extérieurs. En effet, on l'a vu dans le chapitre 1, il y a néanmoins un mouvement d'expansion de l'offre d'APA hors du secteur hospitalier (Bouttet et coll., 2023 ; Oualhaci, 2023), conjoint à un travail institutionnel qui contribue à diffuser la connaissance de la prescription d'APA (vis-à-vis de ses¹² destinataires et au-delà), et qui a trouvé un certain écho — médiatique au moins — lors la période de la crise sanitaire liée au coronavirus avec les certificats permettant à certaines personnes malades de pratiquer un sport quand le reste de la population en était empêchée (cf. notamment Schuft et coll.,

¹¹ Dont la particularité a longtemps été de ne pas travailler sur les mêmes lieux de soins que les paramédicaux – même si des cabinets ont depuis longtemps pu être partagés avec des professionnels paramédicaux –, contrairement à l'hôpital où la hiérarchisation importante fait que les différent·es professionnel·les évoluent sous le contrôle potentiel des médecins... en plus des gestionnaires et manageurs (Vincent, 2021).

¹² Qu'on désignera par la suite également comme « ressortissant·es » : Revillard, 2018 reprenant les écrits de Philippe Warin (par ex. Lévy et Warin, 2019) qui parlent des personnes concernées par une politique dont iels dépendent parfois sans le vouloir, qu'elles et ils y aient recours ou non : e.g. le (non) remboursement de certains biens de santé

2023)¹³. On le verra, un certain nombre de parcours censément d'activité physique sur prescription, observés ou rapportés, ne passent finalement pas ou pas directement par une prescription d'AP — au sens défini par la loi originelle.

Ainsi, même si les médecins — notamment généralistes — restent en position de délimiter l'éventail des pratiques thérapeutiques légitimes dans des parcours de soins plus ou moins balisés, d'autres acteurs, situés hors ou dans le champ médical (les professionnel·les de l'APA et les offres en APA, services déconcentrés de l'État, collectivités territoriales... ; paramédicaux, médecins spécialistes et hospitalier·es), ainsi que leurs patientèles, contribuent également à modifier les pratiques prescriptives et donc, l'offre de soin.

Ainsi, plutôt que de prendre pour objet les « freins » et « leviers » de la prescription d'APA, dans une perspective proche des travaux de santé publique ou d'évaluation des politiques publiques (Dupays *et coll.*, 2018), nous avons choisi de placer la focale sur les médiations par lesquelles cette offre se diffuse et se trouve progressivement négociée et intégrée dans l'offre de soins, en dépit de la distance entre mondes médical et de l'APA.

L'APA, une pratique de prévention prise dans le mouvement de marchandisation de la santé ?

L'intégration de l'APA dans l'ensemble des pratiques préventives a été consolidée par les politiques publiques, mais la question de son remboursement reste épiqueuse. Les PNNS notamment ont en effet fortement contribué à la promotion du sport-santé. Si l'on peut considérer que la loi sur la prescription d'APA participe d'un ensemble d'incitations visant à réorienter les pratiques des médecins et à renforcer les pratiques de prévention (y compris, de prévention secondaire), l'acte de prescrire de l'APA n'a pour autant pas été intégré dans la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP). De plus, l'opérationnalisation de la loi s'est trouvée prise dans un contexte général de pression accrue sur les « coûts de la santé », et de déremboursement des biens et services de santé. On le verra, l'enquête a montré l'incorporation par les médecins de cette ligne de tension, qu'elle les conduise à opposer relativement la valorisation des pratiques de prévention par rapport à l'intériorisation d'une « maîtrise des coûts de la santé », souvent jugée nécessaire, soit au contraire à les lier en mettant l'accent sur les bénéfices à long terme de la prévention (cf. Rosman, 2010). Contrairement à ce qu'avaient espéré ses promoteurs (Perrier et Perrin, 2024), l'APA sur prescription n'est pas remboursée par l'Assurance maladie — en dépit de l'existence de projets d'intégration de l'APA dans le « panier des soins », ou de la remise à l'agenda parlementaire de son remboursement pour certaines pathologies. Certaines mutuelles prennent néanmoins partiellement en charge les coûts d'inscription dans les programmes.

Les médecins se retrouvent donc à orienter les patient·es vers une pratique généralement payante. La prescription transforme leurs patient·es en client·es des structures qui proposent des cours d'AP sur ordonnance, le développement d'une offre subventionnée d'APA se trouvant ainsi concomitant du mouvement de marchandisation de la santé

¹³ Pour rappel, il y a eu un décret autorisant les personnes pratiquant une activité physique adaptée sur prescription à continuer cette activité. Certains médecins ont commencé à pratiquer une « prescription » dans ce cadre-là : « À la fin même ils nous ont forcé la main pour que on leur fasse des certificats parce que pour aller dans les salles de sport » — Dr Gomez, H, 60-65 ans ; généraliste enseignant ; Occitanie ; MSP, sportif actuel et passé ; ¼ patientèle très défavorisée ; aucune prescription stricte, convaincu des bienfaits de l'exercice physique.

(Collectif PrescAPP et coll., 2023). Les représentations des médecins quant à l'orientation vers une pratique dont les coûts demeurent extrêmement variables (de la gratuité à plus de 500 euros, dans notre enquête), entretiennent une certaine relation avec le recrutement social de leur patientèle et les représentations qu'ils en ont, ainsi qu'avec celles qu'ils ont des conditions sociales de l'accès aux biens de santé. Mettre en relation ces représentations, et les conditions auxquelles les médecins peuvent tenir un rôle actif dans la réduction des inégalités sociales de santé (ISS)¹⁴, a été un enjeu de l'enquête.

Les tensions entre les logiques de la santé publique et les logiques du champ médical

Comme le notaient Jean-Paul Génolini et Yves Moralès en 2023, « Dans ce nouveau contexte institutionnel, le médecin généraliste, [...] en contact avec toute la population, devient le pivot et l'assembleur d'un parcours de santé par l'activité physique. Pour autant, cette conception égalitaire fondée sur un médecin traitant prescripteur ne prend guère en compte les effets des déterminismes sociaux ».

Journal de terrain (Novembre 2023, grande ville d'une des régions de l'enquête) : *Un échange entre un médecin de santé publique, qui intervient dans une journée de formation portant sur les innovations thérapeutiques pour promouvoir la prescription d'APA, et un médecin généraliste du public. Ce dernier cite un ensemble de métiers répétitifs, physiquement usants, situés dans les régions dominées de l'espace social, en demandant quoi proposer aux personnes usées par le travail. Le médecin de santé publique répond que « s'ils aiment leur métier et veulent l'exercer longtemps, c'est mieux d'avoir une AP ».*

Cette réponse en décalage avec les réalités sociales des populations usant leur corps au travail – et avec les difficultés posées aux médecins qui les rencontrent – illustre le décalage général entre l'idéal théorique des politiques de la santé publique et les défis sociaux de leur mise en pratique. Nombre de travaux biomédicaux mettent en évidence les effets bénéfiques – sous conditions de modalités spécifiques – sur la santé (Warburton & Bredin, 2017).

Luc Boltanski, en 1971, montrait que les perceptions différencierées de la maladie dans les différentes régions de l'espace social étaient à mettre en relation avec leurs « usages sociaux du corps », c'est-à-dire les usages que les agents font de leur corps dans les différentes classes sociales. Les inégalités sociales de santé (généralement mesurées sur le plan de l'espérance de vie, et de l'espérance de vie en bonne santé) sont construites tout au long de la vie, cumulatives, associées à des « cultures somatiques de classe » (perceptions de son corps et de la santé, pratiques corporelles et pratiques langagières relatives) liées à la position sociale, et renforcées par les conditions objectives d'existence et de travail. La

¹⁴ On prendra ici la définition proposée par Estelle Cardé (2021) : « Ce sont des différences de santé observées entre plusieurs groupes sociaux et qui résultent du (ou des) rapport(s) de pouvoir qu'ils entretiennent, qu'elles inspirent ou non un sentiment d'injustice à ces groupes et qu'elles désavantagent des dominant·e·s ou des dominé·e·s. » Elle nous permet de mieux saisir pourquoi un rapport social ou de pouvoir peut être au désavantage des dominant·e·s dans leurs effets sur la santé. Le rapport de genre est paradigmique à ce propos, la position sociale défavorable des femmes se traduit, en termes de différences de santé, à leur avantage depuis plusieurs décennies (surtout concernant la mortalité) en lien avec leur « travail domestique de santé » (Cresson, 1995). Estelle Cardé souligne également l'intérêt qu'il y a à étudier les « combinaisons qui forment ensemble les positions sociales occupées simultanément par un individu ». En effet, « il peut arriver que la position occupée au sein d'un rapport de pouvoir donné soit favorable à la santé quand elle est prise dans une certaine combinaison de positions sociales, mais défavorable si elle l'est dans une autre » (*ibidem*).

distribution des inégalités de santé est d'ailleurs approximativement colinéaire de celle des inégalités d'accès à la pratique physique (Müller *et coll.*, 2024).

Néanmoins, il y a une tension entre les logiques de réduction des inégalités d'accès à la pratique physique et celles de réduction des ISS, entre individualisation des parcours et responsabilisation. Cela conduit à interroger les conditions auxquelles la pratique du sport-santé a pu être intégrée progressivement aux nouvelles normes de soin, en lien avec la mise à l'agenda de la « lutte contre la sédentarité », assimilant progressivement la non-prescription d'APA à une « perte de chance » pour les malades chroniques (INSERM, 2019). De l'autre, on peut interroger le poids du « santéisme » – à la suite, entre autres, de Robert Crawford (1980), en France de Jean-Paul Génolini et Jean-Paul Clément (2010), Gilles Vieille-Marchiset (2019) ou de Akim Oualhaci (2023) – : en quoi cette intégration traduit l'imposition d'un déplacement de la responsabilité (collective) vers un nouveau modèle de responsabilité sanitaire individuelle, en lien avec « une culture publique [Gusfield, 1981] du mouvement et de l'activité physique » (Oualhaci, *op. cit.*), et la disqualification corrélative de l'inactivité.

Santéisme (*healthism*)

On peut considérer que ces différents chercheurs ont décrit des phases, ou des formes, de la construction d'un discours « santéiste » (qui vient donc de « healthism » formulé par Robert Crawford, 1980) en France : d'une part l'installation d'un gouvernement des corps par une « nouvelle morale [individuelle] de l'effort », une médicalisation du sport-santé et de la vie quotidienne et une fabrique de la sédentarité comme épidémie à combattre, mettant « en scène les valeurs sociales de l'effort et de la responsabilité » (Clément, Génolini, 2010, p. 145) ; et d'autre part une logique de « conversion des corps » par la promesse du bien-être (*wellness, wellbeing*) et du bonheur (Vieille-Marchiset, 2019), où l'activité physique devient finalement un « bien de salut » désirable, reportant là encore sur les individus le contrôle de leurs comportements (et l'injonction morale à y trouver du plaisir) au nom du bien-être collectif et de l'allégement de la responsabilité du système de santé.

S'agissant des personnes vieillissantes, cette mise à l'agenda s'est arrimée à la promotion du « maintien de l'autonomie »¹⁵, dont il a été montré qu'elle entretient une certaine relation avec les objectifs d'économie sur les « coûts » de la santé (Martin, 2003). La baisse du nombre de lits au profit d'une prise en charge en ambulatoire, corrélative de la place centrale accordée aux médecins généralistes dans le parcours de soin, ont fait de l'autodiscipline des patient·es, un enjeu majeur dans tous les secteurs de la médecine, comme s'agissant de la prise en charge des personnes âgées. L'autonomie d'un·e patient·e n'implique néanmoins pas l'absence de contrainte : le travail de Julia Legrand (2020) sur les évolutions de l'institution psychiatrique en a ainsi montré les ambiguïtés, en montrant comment « la contrainte » présumée exercée sur les patient·es pris·es en charge en institution psychiatrique ne pouvait être opposée à « l'autonomie » des patient·es qui le sont en ambulatoire. L'ambulatoire devient une variable d'ajustement et non plus (si ça l'a été) un objectif thérapeutique. Cette acception de l'autonomie prise dans les logiques de néolibéralisation de la santé se distingue de celle forgée et promue dans les mobilisations collectives « pour la vie autonome », aux Etats-Unis, dans les années 1970.

¹⁵ Produisant une stigmatisation de la figure de la personne âgée « dépendante » par un cadrage biomédical individualisant au détriment d'une valorisation de notre vulnérabilité ontologique et des relations d'interdépendances : cf. notamment Ennuyer, 2013

Ainsi, dans l'ensemble des pratiques de prévention, la possibilité de prescrire de l'APA interroge également la conception de « l'autonomie » des patient·es, ainsi que la sanitarisation de nos modes de vie. En effet, *de facto* la prescription d'AP étend le domaine d'intervention médicale à des domaines qui n'en relevaient pas auparavant, et participerait alors à la « conversion » des patient·es à cette nouvelle formulation des normes sanitaires de mouvement et d'activité physique¹⁶. L'enquête menée a donc visé à apporter des éléments d'analyse sur les prises de position des médecins sur ces évolutions et leur perception de la prescription d'APA dans ce contexte. On s'est particulièrement intéressé·es aux discours s'agissant de publics « vieillissants ». Plus fréquemment pris·es en charge dans un cadre pluriprofessionnel, ils forment la moitié du groupe des personnes malades chroniques. Ils sont pour autant très hétérogènes sur le plan du rapport à la santé, à la prise en charge de soi, et à l'activité physique (suivant l'âge, le sexe, le milieu social d'origine...), bien qu'homogénéisés par le processus de sanitarisation que l'approche de la « fragilité » de la vieillesse a produit (Faya-Robles, 2018).

Difficultés de l'intégration dans le champ médical d'une pratique aux frontières du sport et travail de réduction de la distance sociale entre milieu médical et non médical

En dépit des incitations politiques et administratives à la coordination d'acteurs engagés dans différents domaines d'activité pour mettre en place l'APA sur prescription, l'enquête met au jour que la distance sociale entre ces acteurs — médecins généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes ; « coordos » des dispositifs d'APA, EAPA, intervenant·es sportifs — est maintenue. Cela reflète celle entre les savoirs sur les corps, qui sont socialement distribués, et hiérarchisés (entre autres Pinell, 2009 ; cf. aussi Rollin, 2024). Les décrets prévoient qu'un ensemble relativement hétérogène d'intervenant·es puisse encadrer des séances d'APA sur ordonnance, en fonction du « niveau de limitation fonctionnelle » (plus ou moins d'incapacités physiques, motrices, autres) des pratiquant·es. Du plus proche au plus éloigné des médecins, il peut s'agir « d'auxiliaires médicaux »¹⁷ (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien·nes), d'EAPA, d'éducateur·rices sportifs, ou d'animateur·rices fédéraux bénévoles formé·es au « sport-santé ».

Or, la littérature montre que les médecins généralistes sont souvent plus disposé·es à orienter les patient·es vers le monde médical en premier lieu, puis vers les spécialités paramédicales appartenant au champ médical élargi (cf. par ex. Metten et coll., 2021)¹⁸ : infirmières, infirmières de santé publique/Asalée notamment pour « l'éducation thérapeutique » et la « marche en groupe », et kinésithérapeutes. L'orientation vers une structure non médicale est parfois minoritaire, suivant le mode d'exercice (*ibidem*).

¹⁶ Conversion à laquelle Gilles Vieille-Marchiset a vu la résistance de nombre de familles populaires.

¹⁷ Elshoud, S. (2017) : « Le Code de la santé publique évoque les professions d'auxiliaires médicaux de façon générale et vise ces professions, dites aussi paramédicales, comme les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes et psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3 du CSP). Décrets d'actes : pour certaines professions, un décret fixe une liste d'« actes » que les professionnels concernés sont autorisés à effectuer. »

¹⁸ Cela dépend bien sûr d'un certain nombre d'éléments, notamment à relier au profil du patient (par ex. du type de pathologie, pensée comme curable ou pas) et à celui du praticien (socialisation professionnelle et non professionnelle, lieu d'exercice, démographie médicale et réseau de paramédicaux disponibles autour du lieu d'exercice). C'est aussi le cas dans certains spécialités, cf. par ex. le rapport de Fagon et Viens-Bitker (2012).

L'organisation du travail médical et les routines d'orientation qui en découlent font que, pour des médecins qui n'ont pas été familiarisé·es à l'APA, les encadrant·es des programmes sont susceptibles de se voir évalué·es par rapport à leurs écarts à la langue et la culture médicales légitimes, et renvoyé·es à une forme d'indétermination statutaire, on le verra plus bas.

Il n'est pas possible d'avoir une connaissance objective du nombre de prescriptions (ni en partant des structures offreuses d'APA, ni non plus par l'Assurance maladie¹⁹). Dans le cadre du programme de recherche, nous avions élaboré un questionnaire (cf. [Annexe B](#)) afin d'objectiver les pratiques de prescriptions. Néanmoins, les diverses pistes de diffusion explorées n'ayant pas abouti, il n'a pu être « passé » et exploité (pas de modes de diffusion uniformes et stables ; cf. rapport intermédiaire et lettre d'information envoyée à part sur la diffusion du questionnaire). Il pourrait toutefois être repris pour des recherches ultérieures. Néanmoins, comme d'autres travaux (entre autres Dizin et coll., 2022, Perrier, 2022a), notre enquête montre que **tout un travail (institutionnel, des offreurs d'APA, des paramédicaux) contribue à la réduction de cette distance sociale entre milieux médicaux et non médicaux** : création de documents de prescription spécifiques par les services déconcentrés de l'État ou les structures offreuses d'APA ; mise en place de sites d'aide à la prescription ; ou intervention de paramédicaux dans la prescription d'APA, notamment d'infirmières Asalée, et de kinésithérapeutes.

L'objet de cette partie du rapport est d'en indiquer les effets sur les pratiques des médecins.

La prescription d'APA prise dans un double mouvement d'affirmation et de remise en jeu de l'autorité médicale

L'enquête a en effet permis de mettre en évidence le rôle des « auxiliaires » médicales et médicaux dans la prescription d'APA.

Celle-ci peut être ainsi analysée en lien avec l'extension du domaine médical et les transformations de l'organisation du travail médical. À l'image de ce qu'ont montré Joséphine Eberhart et Julia Legrand (2022) pour les médicaments, « **le processus de prescription d'AP** » apparaît comme un **analyseur de la perte de monopole prescriptif des médecins** ; mais aussi, dans une logique générale de « délégation du “sale boulot” » (pour Everett Hughes, des tâches chronophages, moins valorisantes, voire dégradantes) bien documentée entre professions médicales et auxiliaires (Hughes, 1951 ; Arborio, 1996 ; Avril & Ramos Vacca, 2020 ; Rollin, 2024), de **maintien du pouvoir médical du médecin, voire son extension du fait de la sanitarisatation de l'APA** et de la conversion des corps qui est recherchée par les politiques de santé publique et les entrepreneurs secondaires du « bien être corporel » (Vieille-Marchiset, 2019).

Pour autant, la prescription d'APA pourrait aussi être comprise comme un outil utilisé par les pouvoirs publics, parmi d'autres plus structurants, mais qui ont pour propriété commune de converger pour contraindre et orienter le cours et le sens de l'activité médicale, comme l'a mis en lumière Anne-Chantal Hardy (2013) concernant la réforme de l'internat de médecine. Les enquêtes menées par l'IRDES notamment (p. ex. Denise et coll., 2022), sur les centres de santé et communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé²⁰, et les expérimentations

¹⁹ Inférer au national à partir d'études de cas locales, comme à partir du dispositif trop spécifique SSO de Strasbourg, ou des résultats par une étude en cours à Bordeaux, semble devoir conduire à des résultats peu probants étant donné la très grande hétérogénéité des programmes vue dans l'axe 1.

²⁰ Un point est fait sur les MSP et les CPTS dans la partie 2.2.3 [infra](#).

en santé générale (Schlegel, 2022b), d'autres sur les maisons de santé (Vézinat 2019, Fournier, 2022 ; Duvoux et Vézinat, 2022 notamment), montrent combien elles ont peu à peu contribué à redéfinir et transformer le rôle des médecins généralistes (p. ex. Morize et Schlegel 2023 ; Fernandez *et coll.*, 2022). Selon Schweyer (2010a). L'incitation à la constitution de réseaux de santé a été paradigmique du processus de réforme « qui cherche à transformer les normes professionnelles des médecins généralistes [libéraux] en les articulant aux politiques publiques dans le cadre d'une régulation régionale du système de santé ». En l'espèce, les politiques publiques récentes visent notamment à orienter l'activité médicale vers une logique de « parcours ». Celle-ci peut être vue comme une forme accrue de responsabilisation de la patientèle à travers des parcours thérapeutiques balisés par de multiples professionnelles (cf. Aubert, Kletz et Sardas, 2022). Ces politiques publiques impliquent une organisation de ces professionnel·les sous supervision médicale (par la ou le médecin généraliste). Impliquant dans son organisation matérielle des auxiliaires médicales et des acteur·ices qui n'appartiennent pas au champ médical, l'APA sur prescription nous paraît finalement un indicateur de la réorganisation en cours du champ médical et du travail en son sein, et des relations entre les différents métiers qui en relèvent (Collectif PrescAPP et coll., 2023).

Ces différents éléments seront abordés dans deux parties successives, la première portant sur [la co-construction d'une politique de santé publique](#), la seconde sur [les pratiques et déterminants de la prescription](#). Dans la première partie, nous montrerons tout d'abord combien l'inscription en demi-teinte de la prescription médicale d'APA tient à la place de celle-ci aux frontières du soin (physique) [\(1.1\)](#) ; puis discuterons de la place plus ou moins « intermédiaire » des médecins dans cette politique publique et des tensions palpables au travers des documents de prescription et des possibilités d'orientation [\(1.2\)](#) ; enfin, nous reviendrons sur la question de la place des médecins dans « l'appropriation » de l'APA sur prescription par ses destinataires [\(1.3\)](#). Dans la seconde partie consacrée aux pratiques et déterminants de la prescription, nous étudierons en premier lieu les ambiguïtés consubstantielles à la notion de « prescription d'activité physique » [\(2.1\)](#). Dans un deuxième temps, nous soulignerons les déterminants individuels et collectifs de la (non-) prescription [\(2.2\)](#) que l'enquête qualitative au long cours a permis de repérer. Enfin nous discuterons des relations de la PAP avec les inégalités de santé : nous nous intéresserons aux relations que peut entretenir la prescription d'APA avec le classement des patient·es selon leurs propriétés imputées par les médecins [\(2.3\)](#), et finalement nous discuterons des conditions sous lesquelles la PAP peut contribuer à réduire les inégalités sociales de santé comparativement au conseil en AP [\(2.4\)](#).

Partie 1. La co-construction d'une politique de santé publique.

Cette première partie apporte des éléments sur les conditions, les processus et les médiations par lesquels l'offre d'APA s'intègre progressivement à l'offre de soins.

1.1 Développer la prescription médicale d'AP. L'inscription en demi-teinte d'une pratique aux frontières du champ médical

Si la loi ouvrant la possibilité de prescrire de l'APA reste récente, **la prescription d'APA s'insère dans des cadres qui lui préexistent, et qui sont structurants** dans les représentations et pratiques des médecins concernant l'activité physique et sportive : la construction de l'accidentologie sportive comme problème de santé publique, en premier lieu (Génolini & Clément, 2010 ; Hénaff-Pineau, 2014)²¹ ; et les plans nationaux de promotion de la santé et de lutte contre les « risques liés à la sédentarité » et contre l'obésité par l'exercice, en deuxième. Enfin, les socialisations des médecins pendant leur parcours de formation et leur vie orientent les conceptions de ce que peut être l'APA (un soin de suite parmi d'autres, en institution, et dont la connaissance est plutôt déléguée aux kinésithérapeutes voire ergothérapeutes ou psychomotricien·nes). Ainsi de la découverte de l'activité physique adaptée dans le cadre d'une prise en charge globale de réentraînement à l'effort ou d'éducation thérapeutique du patient (ETP) au sein des hôpitaux (dans certains services spécifiques comme les pathologies cardiovasculaires et de diabète : Perrin, 2016 ; Favier-Ambrosini, 2016 ; Cazal, 2022), pendant un stage d'internat, ou lorsque le médecin travaille pour une partie de son temps de travail à l'hôpital ou en SSR par ex. (comme c'est le cas pour plusieurs des médecins interrogé·es, comme Lavallière, Ysoline ou Buda).

1.1.1. Des représentations médicales polarisées entre « les recommandations » de santé publique, l'APA comme soin de support hospitalier et le sport-performance-danger

L'enquête a *de facto* mis en évidence la prégnance des discours de santé publique de lutte contre la sédentarité. Ainsi, presque toutes et tous les médecins enquêtés rapportent donner des conseils en matière de promotion d'un mode de vie plus actif : « *aller chercher le pain à pied* », « *on leur dit de marcher* » ou « *au moins, d'aller chercher le courrier dans sa boîte aux lettres* » : « *Honnêtement, je pense que tous les médecins sont convaincus que c'est utile.* » (Médecin ThèseMG-A-3, H, 61 ans, cabinet de groupe, ne connaît pas la prescription, médecine rééducation fonctionnelle, gériatrie, soins palliatifs, AuRA).

La « **rareté** » rapportée des **prescriptions** contraste avec la fréquence à laquelle les **médecins déclarent délivrer des conseils** et des recommandations sur la pratique physique, types de conseils qui ne sont pas récents (Bloy et coll., 2016) et qui concernent donc plutôt

²¹ Jean-Paul Génolini et Jean-Paul Clément le remarquaient dès 2010, le rapport des médecins à la pratique physique est surdéterminé historiquement par la préoccupation de la santé publique concernant l'accidentologie dans le sport, notamment en lien avec le développement de la certification en médecine du sport.

des pratiques « douces » ou inscrites dans le quotidien, adressés à toute la patientèle et plus particulièrement à certaines catégories — on le verra plus bas. Mais l'éventail des pratiques évoquées en consultation apparaît finalement plutôt restreint. Tous·tes les médecins enquêté·es évoquent la marche, alors qu'une minorité d'entre elles et eux rapporte proposer d'autres activités physiques à leurs patient·es : au premier rang desquelles la natation ou le vélo, plus rarement d'autres pratiques comme le yoga (5 médecins), le Pilates (3 médecins), le qi gong (1 médecin), tai chi ou aquagym (1 médecin)²², des activités douces apportant du « bien-être » (*wellness, wellbeing*) qui participe aussi du santéisme (Vieille-Marchiset, 2019). On en rediscutera, ces préconisations d'activités quotidiennes et accessibles, comme la marche, sont particulièrement fréquentes auprès de personnes âgées (ce qui est concordant avec les travaux antérieurs : Collinet & Caluzio, 2015 ; Collinet & Schut, 2016 ; Hénaff-Pineau, 2014).

Alors, sport, sport pour moi c'est vrai que c'est plus une pratique sportive au sens d'une dépense énergétique plutôt importante. C'est vrai que j'en parle du sport pour les personnes âgées, mais le sport c'est plus de la marche, ou essayer de faire un petit peu de vélo d'appartement, des choses comme ça. Je reste sur des choses relativement douces. Alors c'est vrai que l'on peut appeler ça sport aussi. Mais c'est plus une activité de dépense du corps qu'une pratique sportive au sens traumatologique au sens du jeune et une pratique club ou quelque chose comme ça, voilà.

Médecin ThèseMG-A-4, H, 62 ans, AuRA, cabinet libéral seul, anciennement 1 jour/sem d'exercice aux urgences, Médecin du Sport

Dans l'enquête, il est notable que les représentations des médecins quant à la prescription d'activité physique adaptée et leurs pratiques effectives demeurent prises dans une série de couples d'oppositions préexistantes à la PAP : accidentologie et club de sport — avec le certificat de non-contre-indication/réentraînement à l'effort ou ETP à l'hôpital/pratiques douces non encadrées).

Donc si la prescription de sport c'est mettre sur une ordonnance moi je n'ai pas ici, c'est B-Ville ou L-Ville. Mais si la prescription de sport c'est inciter les gens à aller dans cette pratique, oui j'en fais tous les jours. Je fais ça pour passer une retraite heureuse avec des gens qui ne seront pas trop malades. Mes patients font du sport, ils vont bien, ils ne sont pas dialysés mes diabétiques.

Médecin ThèseMG-I-3, H, 44 ans, AuRA, ancien prescripteur, capacité de médecine du sport, cabinet, mais bientôt en MSP, milieu rural, sportif

C'est notamment le cas ci-dessous, entre ce qu'ils savent ou pensent être faits à l'hôpital ou en SSR, et ce qui est (in) faisable en ville :

Alors en libéral, non [je n'ai pas prescrit d'APA]. Mais après, comme j'ai une autre activité en centre de rééducation, oui. Mais je ne sais même pas s'il y a des professeurs d'APA en libéral. [...] À l'hôpital, quand les patients arrivent dans le service, je leur fais faire un grand bilan par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, parce que c'est très chronophage. Donc je dirais non [je ne peux pas faire d'évaluation fonctionnelle en libéral]. [...] [L'ordonnance APA en centre de

²² Ces médecins vont quasiment toutes parler de ces activités à partir d'un exemple de patient·e qui leur a parlé de cette activité qu'il ou elle faisait, et de ces bénéfices et problèmes rapportés également. Rares sont ceux et celles qui vont mentionner être à l'origine de la recommandation.

rééducation] c'est tout simple, il s'agit d'une prescription informatique avec comme intitulé « réentraînement à l'effort ».

Médecin Ysoline, F, 34 ans, activité libérale et salariée, non-prescripteur en libéral, sportive.

Les entretiens menés mettent aussi en évidence, surtout pour des médecins particulièrement sportifs, l'enchevêtrement dans les discours des médecins de considérations sur le sport comme facteur de risque pour leurs patient·es (ou pour soi ci-dessous), et des « bienfaits du sport » ou de l'activité physique (Génolini, Clément, *art. cit.*) – se demandant pourquoi tout le monde n'en fait pas :

Je suis quelqu'un d'assez actif. Je tends à condamner le mot sport pour le remplacer par activité physique. J'ai fait beaucoup de montagne, j'ai fait pas mal de tennis, je suis un passionné de vague, j'ai fait de la natation... mais je fais toujours... sauf quand je suis un peu dans le dur, là c'est forcément du sport, mais c'est pas une fin en soi. La fin en soi c'est l'exercice physique pas le sport, et ça j'insiste de dire, autant je considère l'activité physique comme bénéfique pour la santé autant je considère que le sport est dangereux pour la santé. Quand je suis dans une démarche sportive, je suis dans un paradigme de danger.

Médecin ThèseMG-B-11, H, 62 ans, AuRA, a déjà prescrit selon la MSS sans s'en souvenir, activité libérale en cabinet de groupe, se considère actif plus que sportif *J'ai toujours aimé courir, les arts martiaux. Avant je faisais du krav maga et puis au bout de 5 ans je me suis blessé plusieurs fois, et puis passé la quarantaine faut quand même être prudent et ne pas trop se mettre sur la tronche donc je suis allé sur un sport un peu plus tranquille... donc le kung-fu. C'est beaucoup dans l'étirement et c'est là qu'on se rend compte tous les bienfaits du sport, comme ça détend, on se sent bien et on se dit « mais pourquoi il y en a qui n'en font pas ? »*

Médecin ThèseMG-B-12, H, 47 ans, non prescripteur, formation d'éducation thérapeutique, activité libérale, sportif

Le sport et l'activité physique peuvent alors d'ailleurs ne pas être aussi bien distingués :

C'est succinct, moi je n'ai eu aucune formation par exemple, c'est très superficiel. En gros on vous dit « faites du sport » c'est bien et puis voilà. Moi la différence entre une activité physique et une activité sportive je l'ai apprise dans le cas du réseau [de santé], je n'avais pas compris la différence avant. Je n'avais pas compris la subtilité.
Médecin ThèseMG-I-10, 39 ans, F, ancien prescripteur (plus depuis déménagement), orientation infirmière Asalée, MSP, sportive

Et puis aussi toutes les personnes âgées, on parle de quels types d'activité ils font, souvent ils répondent qu'ils font le jardin, je leur dis que c'est bien, mais que ce n'est pas forcément suffisant. Après ça dépend de la pathologie dont on parle et de l'âge bien sûr. Mais j'essaye d'en parler régulièrement.

Quand tu en parles, c'est sous forme de conseils ou c'est plus directif ??

C'est plus sous forme de conseil que directif effectivement.

Et tu sens les patients réceptifs à l'idée de faire de l'activité physique ou ils sont plus dans l'opposition ?

Je les sens plutôt réceptifs après tout dépend il y a toujours des allergiques au sport, mais je les sens plutôt réceptifs ; après, est-ce qu'ils en font derrière, je ne suis pas sûr (elle rit). Ils disent oui oui, après je ne sais pas. Après il y en a qui le font, il y en a qui me disent « je fais du vélo d'appartement tant de fois par semaine pendant une

heure », voilà il y en a qui font vraiment l'effort. J'ai des personnes âgées qui ont des problèmes cardio-vasculaires, je sais que j'en ai qui sont très compliantes, qui sont très stricts avec ça parce que ça leur tient à cœur de faire comme il faut.

Médecin ThèseMG-A-10, F, 40 ans, non-prescriptive, ne connaît pas la MSS locale, mais oriente des patients vers une association locale de marche adaptée, pas de formation complémentaire, activité libérale, active.

Finalement, les mots d'ordre des campagnes successives de prévention des « risques de la sédentarité » et de « promotion d'un mode de vie actif » par l'activité physique, quoique parfois en tension avec la vision du sport comme traumatologique et accidentogène, apparaissent largement intériorisés, réappropriés et diffusés par les médecins.

Ils le sont davantage que, strictement, la littérature biomédicale sur le sujet, conseillant par exemple davantage des exercices d'intensité modérée, voire soutenue, mais pas d'efforts violents comme peuvent susciter le bricolage ou le jardinage. Ces constats ouvrent sur un paradoxe apparent, lié au décalage entre la diffusion des mots d'ordre de la santé publique et la rareté de la prescription d'une activité physique adaptée encadrée qui pourrait en apparaître comme un prolongement logique. La « rareté » de prescription d'APA en comparaison avec le nombre de recommandations « informelles » que les médecins déclarent délivrer à leurs patient·es en termes d'habitudes physiques ou sportives reflète la délégation à la sphère privée des APS et de la prévention, avec une responsabilisation des individus plutôt qu'une perception de l'APA en termes de prescription médicale ou de politiques publiques légitimes.

D'ailleurs, s'il y a eu beaucoup de discussions dans les entretiens autour de la pertinence de « prescrire » de l'AP par rapport au conseil ou l'orientation, les effets possibles de l'encadrement de la pratique par un encadrant certifié en APA ne sont généralement pas ou peu perçus : le groupe professionnel des EAPA étant très peu connu, leur encadrement n'est pas perçu comme permettant d'éviter les accidents. Les médecins tendent à souligner davantage les bénéfices d'une pratique collective, en lien avec les discours autour de la sociabilité. Or, ces visées de pratique peuvent coïncider avec celles des activités proposées par les infirmières de santé publique type Asalée.

Et [l'infirmière de santé publique], elle a un groupe de marche aussi... comme infirmière Asalée. Ouais. C'est fait 1 à 2 fois par semaine, et elle a euh... (silence) C'est dans son planning euh... Oui. Je crois que c'est le mercredi matin, 1 mercredi sur 2. Très tôt, à 8 h le rendez-vous. (silence) Et... (silence) et ils vont marcher.

Et c'est qui, les personnes qui vont euh... là... (silence)

Là, c'est des... (silence) c'est des patients euh... Alors, ils ne sont pas très nombreux. Ce qui est rigolo, c'est que je crois qu'il y a une partie du groupe qui s'est autonomisée. (silence) Maintenant, ils continuent de marcher euh... entre eux.

C'est bien !

Ouais. Ouais, complètement. Parce qu'en plus, il n'y a pas que... finalement, il n'y a pas que l'activité physique. Il y a le lien social aussi hein euh... Il y a vraiment des liens qui se sont tissés euh....

Dr Fanny, F de 41-45 ans exerçant en milieu urbain, MSP, PACA, prescriptive occasionnelle à la demande des patients

En définitive, seul·es une demi-douzaine de médecins, sur l'ensemble de l'échantillon, expliquent jouer consciemment sur cet encadrement de pratique par des infirmières Asalée dans certains cas et des encadrant·es/enseignant·es en APA (EAPA) dans d'autres, voire des kinésithérapeutes dans certains cas ou des coachs sportifs dans d'autres, montrant leur

connaissance de l'ensemble de l'offre à leur disposition, des professionnels associés et des conditions d'emploi de ces personnes hors ou dans les dispositifs. Cette organisation révèle toutefois, plus généralement, la place marginale (secondaire et périphérique dans le champ médical) accordée aux EAPA et à la prescription d'APA parmi l'ensemble des offres et orientations possibles.

1.1.2. Un petit groupe de médecins entrepreneurs de cause dans les espaces locaux de la prescription

A contrario du tableau qui vient d'être dépeint, certains médecins représentent des cas un peu particuliers de notre population, fers de lance de la promotion d'un mode de vie actif auprès d'autres médecins, de professionnel·les du soin et de leur patientèle. Des travaux se sont déjà penchés sur le cas des médecins entrepreneurs de la « cause » du sport-santé au niveau national, plutôt des spécialistes que des médecins généralistes (Perrier, 2022b — cf. [infra 2.2.4](#)). Nous nous sommes plutôt intéressé·es à la (non) participation à des espaces locaux de promotion de l'AP, et aux pratiques des médecins dans ces espaces. Dans les configurations locales étudiées, il apparaît des figures de médecins — une seule femme dans les configurations étudiées²³ — plaident la cause de l'APA, ou si l'on reprend les termes de Gilles Vieille-Marchiset (2019, p. 69), menant une entreprise de « morale pratique » autour des dangers de la sédentarité et des bienfaits de l'activité physique ; « missionnaires du corps en mouvement » désirant convertir leur patientèle à l'activité physique à des fins de santé.

Encadré théorique : un point sur les notions permettant de saisir les situations variées observées

Nous discuterons *infra* du choix de considérer les médecins comme, au moins en partie, des destinataires de la loi. Dans la littérature en sociologie ou science politique, plusieurs termes sont utilisés (destinataires, ressortissant·es, passeurs, relais, intermédiaires) pour décrire des situations somme toute assez proches, avec quelques nuances dans les positions, statuts et rôles décrits (parle-t-on d'un rôle actif ou non, parle-t-on plus de la contrainte subie, ou de marges de manœuvre ; parle-t-on d'un statut ou d'un rôle tenu par des personnes ayant différents statuts, parle-t-on de personnes d'une même institution ou de différentes institutions/organisations...), et dans ce que cela permet d'analyser.

Dans cette partie, nous allons surtout nous pencher sur le cas des médecins qui ont pris part activement au développement de l'activité physique sur prescription dans leur territoire. À ce propos, le travail effectué par Jérémie Geeraert (2020) dans son utilisation de **la notion de « passeur »**, mis en regard avec celui réalisé par Audrey Mariette et Laure Pitty (2021) et les acteur·rices « relais » qu'elles ont étudié·es, paraît particulièrement pertinent. Certains acteurs vont en effet **se saisir de cette disposition légale concernant la PAP pour médiatiser leur sensibilité au problème « épidémique » de la sédentarité, devenant des « passeurs » de la politique de la PAP en même temps que d'une « morale pratique » du bien-être corporel** (Vieille Marchiset 2019) — on va en voir les détours plus bas. Cette notion de « passeur » semble, davantage que le terme de relais utilisé par Audrey Mariette et Laure Pitty

²³ On peut supposer que cette surreprésentation des hommes est à relier avec le poids des socialisations personnelle et professionnelle dans la propension à s'intéresser au sport et à l'activité physique (cf. *infra* et Viaud, 2009), « le » sport étant, toujours aujourd'hui, davantage marqué au masculin, surtout le sport fédéral.

(2021) – pour qualifier néanmoins un travail assez proche de ce que l'on observe chez les chargées de mission et médecins généralistes étudié·es concernant les dispositifs de prise en charge des « précaires » –, particulièrement indiquée quand il s'agit de la question de l'activité physique à des fins de santé.

Celle-ci est en effet devenue à la fois tarte à la crème médiatico-scientifique, mais reste assez peu valorisée dans le monde médical (et pendant longtemps peu valorisable en termes symboliques, pour sa carrière ou dans un espace militant par ex., au contraire des questions relatives à la précarité et à l'accès aux soins, ou du sport professionnel dans une autre partie du champ), parfois soupçonnée d'un effet de mode voire d'être paradigmique de la médicalisation de la société. Être un passeur des idées et pratiques de l'APA, entre espaces et professionnels sur le terrain, nécessite un **travail de conviction** en même temps qu'un **travail organisationnel** (dépendant de la position professionnelle du passeur on va le voir), et de **circulation des ressources** « entre des univers gouvernés par des valeurs, des normes et des logiques institutionnelles de diverses natures » (Bergeron, Castel et Nougez, 2013). Même si on peut s'en rapprocher sur l'intermédiation et l'« interprétation » nécessaires, on n'est pas ici dans le cas de figure du « marginal-sécant » décrit dans la littérature de sociologie des organisations, justement car on n'est pas dans une même organisation fermée comme décrite par Crozier et Friedberg (1977, pp. 84 sqq.), et qu'il semble que le pouvoir des passeurs observés est plutôt *utilisé pour passer* ces idées, que *produit* par le passage.

On ne considère ici comme « passeurs » que ceux qui font **une démarche volontaire de traduire** ou même **plaider** pour ces normes concernant l'APA vers d'autres espaces professionnels ou vers les patient·es : ceux qui se positionnent en faveur de l'APA en en saisissant les contours, qui militent pour la promotion de l'APA dans des groupes interprofessionnels, qui produisent activement un envoi vers les MSS, etc.

La proposition faite par Geeraert (2020) nous dirige plutôt vers cette option : « Les passeurs qui cherchent à consolider ou adapter la norme se distinguent des simples destinataires de la norme ou de ceux que les études sur la mise en œuvre des politiques publiques ont identifiés comme des *street-level bureaucrats*, en ce qu'ils vont à un moment donné sortir des activités prescrites dans le cadre de leur travail pour activement promouvoir une version de la norme auprès de leurs tutelles dans le but que celle-ci soit transférée vers d'autres entités institutionnelles ». Un passeur est ainsi traducteur, voire importateur, c'est-à-dire quelqu'un qui maintient ou améliore sa position en s'appuyant sur les arguments qu'il fait passer. Cela pose la question de leurs intérêts propres, et de la façon dont ils colorent la doctrine de leurs intérêts, voire reconfigurent l'argument pour servir leurs propres intérêts (ils peuvent filtrer, reformuler, etc.) Dans notre échantillon, ce sont pour une partie d'entre eux des gens qui attachent partiellement leur trajectoire professionnelle à la réussite d'une stratégie de conviction et de développement de l'APA, même si leurs positionnements multiples leur permettent de ne pas dépendre uniquement du succès de ce passage.

On repère différents profils de médecins « passeurs » sur nos terrains (une seule femme parmi ceux que nous avons rencontré·es) :

- des **universitaires hospitaliers multipositionné·es**, déployant différentes facettes de leur rôle de passeur suivant les espaces. Ce ne sont pas à proprement parler eux qui sont concernés par la loi de 2016, car ils ne sont pas médecins traitants, mais ils utilisent l'article de loi pour **promouvoir un discours « santéiste »** (entre « nouvelle morale de l'effort » individuel – Clément, Génolini, 2010 – et « entreprise de bien-être corporel » — Vieille-

Marchiset, 2019)²⁴, et l'AP et sa prescription dans différents espaces médicaux et non médicaux. Comme le suggèrent Jobard et coll., 2020, cette prise de rôle est à mettre en relation avec l'état des rapports sociaux dans leur institution (en l'occurrence hospitalière, dans laquelle cette spécialisation est à la fois un crédo pour eux, et un « créneau »). Si l'on se réfère au travail de Mariette et Pitty, on peut y voir plutôt la figure des **médecins « moteurs »** (2021, p.61) : ils participent à la **naissance et à la mise en œuvre des dispositifs de prise en charge de l'AP** sur prescription. S'ils peuvent se permettre l'échec (ils ne jouent pas leur carrière dans la mise en œuvre de la PAP), leur engagement concourt à assurer et valoriser leur position dans les différentes organisations dans lesquelles ils sont engagés, à s'assurer la production de données utilisables scientifiquement, etc. (cf. [portrait du Dr Laurent ci-dessous](#))

- des **médecins généralistes libéraux** (avec parfois une part salariée dans des structures hospitalières ou de type SSR (soins de suite et de réadaptation) promouvant l'activité physique à des fins de santé. Là aussi **multipositionné·es**, iels exercent dans des MSP et s'investissent dans d'autres réseaux pluriprofessionnels. Certes directement concerné·es par la disposition légale en tant que médecins traitants, iels prennent un rôle actif, et jouent ce rôle d'une manière singulière : contribuant au « passage » de la disposition légale de l'APA vers le monde de la santé par un **travail organisationnel**, et par la **traduction** du langage sportif²⁵, bricolant un langage commun pour s'entendre sur les termes et les contenus pour aboutir à une PAP élargie. Par cela iels peuvent participer aussi à l'acculturation, déjà plus ou moins entamée, des « coordo » et EAPA aux normes médicales. Si l'on se réfère au travail de Mariette et Pitty, on peut y voir plutôt la figure des **médecins « impliqué·es »** (2021, p.61), pour lesquels la promotion de la PAP peut être vue à l'aune de leur **défense de leur juridiction professionnelle** (par rapport aux pouvoirs publics en premier lieu, et aux médecins spécialistes en second) et **d'un plaidoyer pour leur conception du travail de soin** [« *Il faut prendre du temps, ce que vous évoquez là c'est prendre du temps, ça revient un peu sur mon style de consultation. C'est pourquoi je prends du temps parce qu'il faut comprendre l'environnement du patient* » — [Dr Mathieu cf. portrait *infra*](#)].

- Parmi ces passeurs, il faut d'ailleurs aussi ranger les « **coordonnateur·ices** » des maisons sport santé, des dispositifs départementaux, ou des régionaux (cf. notre article PrescAPP, 2023).

Les résultats de Mariette et Pitty (2021) sur les acteurices qu'elles désignent comme « relais » des politiques locales de santé sont, à ce titre, intéressants. Elles montrent des différenciations entre certain·es passeur·ses (leur groupe est bien plus mixte que le nôtre) qu'elles nomment **acteurices de « première ligne »**, « en particulier entre les **groupes professionnels non cadres**, tels les agents d'accueil et les infirmières des centres de santé » — pour nous les coordos notamment, voire les infirmières de santé publique —, « et **ceux en position de cadres**, tels les médecins des mêmes centres, dont les marges de manœuvre sont bien plus étendues et qui peuvent quitter "le front" pour "l'arrière", notamment en déléguant » (p. 64).

²⁴ Cf. définition en introduction [supra](#).

²⁵ Le Dr Mathieu nous parle explicitement de ce travail de traduction « "Je pense qu'on peut s'y investir, 'perdre du temps' entre guillemets à essayer de s'organiser, à essayer de faire en sorte que tout le monde puisse s'articuler et de s'entendre, qu'on parle le même langage. Je pense qu'il y a tout ce travail. *Enquêteuse : C'est du travail d'avoir le même langage ? Avec qui ? Avec les professionnels du sport*" ».

Pour ce qui concerne la PAP, **la première ligne se composerait** plutôt, pour les médecins passeurs notamment les libéraux au temps compté, du travail entrepreneurial, organisationnel, de traduction et de persuasion au contact des autres professionnels de santé et du sport. Le fait de « quitter le front » consisterait à **déléguer le travail pratique** auprès des patient·es, « d'entretien motivationnel », de « bilan » approfondi, d'explication et d'orientation, de travail « administratif » du remplissage des documents *ad hoc*... délégation vers les paramédicaux et parfois les EAPA, **en allongeant ainsi la chaîne²⁶ de prescription**. On verra qu'utiliser ainsi cette marge de manœuvre et ce retrait des tâches pratiques **semble même une condition *sine qua non* pour que la PAP soit opérationnalisée, sinon routinisée par les médecins**.

Comme Vieille-Marchiset (2019), on peut considérer qu'une majorité de ce que ce chercheur appelle les « entrepreneurs de bien-être » peut vraisemblablement tirer des **profits professionnels de cette entreprise normative, ne serait-ce que des profits symboliques** — utiliser cette niche pour se positionner dans un segment du marché médical par exemple, ou valoriser son mode de pratique. Mais il faut aussi mettre en avant que la volonté de mettre en place la « prescription d'APA » (terme revêtant bien des sens dans la pratique, cf. *infra 2.1*) rencontre des **organisations et conditions de travail et pratiques et réseaux professionnels spécifiques**, on le verra en [partie 2](#).

Hors de ce petit groupe de médecins (qu'on les nomme entrepreneurs de cause, acteurs relais ou passeurs), il n'y a **pas de mobilisation forte des médecins** interrogés pour la PAP sur leur territoire d'action, même si certain·es vont s'approprier les dispositifs construits en les **adaptant** à leur pratique. En ce sens, parler « d'agents de contrôle » (en filant l'utilisation des termes de Becker sur les entrepreneurs de morale) ne convient pas. En effet, ce qu'on observe, c'est surtout une **diversité de modes d'appropriation**. Certain·es promeuvent cette morale santéiste quand d'autres confèrent au dispositif des fonctions éloignées de celles promues par les passeurs, et qui coïncident avec leur ethos professionnel (et éventuellement répondre à leurs propres jeux de concurrence).

Mais même pour les médecins enquêtés les plus investis, dans la population de notre enquête, aucun d'entre eux ne peut être défini strictement comme un « acteur du sport santé » et d'ailleurs très peu se voient comme tel·les. C'est-à-dire que malgré leur engagement, ils **restent principalement définis par d'autres appartiances institutionnelles et non par leur rôle dans le domaine de l'APA, par différence d'autres médecins à la position plus visible au national, qui vont construire leur carrière et leur surface sociale à partir de ce thème** (comme Alexandre Feltz, Martine Duclos, ou François Carré par ex.). Sur ce point, on voit d'ailleurs comme **la temporalité des engagements est importante à prendre en compte** (cf. Geeraert, 2020 sur cette question de la temporalité). Ainsi, parmi les passeurs hospitaliers les plus notables de notre échantillon, le Dr Samuel est intéressant à ce propos. Médecin-conseil à une échelle territoriale d'une fédération spécialisée dans l'activité physique à des fins de santé, adoubé par le médecin du service hospitalier précédemment référent des questions médicales d'AP, il a eu un rôle important dans la structuration de l'offre d'APA locale, en participant aux commissions d'attribution des subventions pendant plusieurs années, en étant donc **en position d'écartier les structures qui lui paraissaient ne pas répondre aux exigences de la pratique**. Il contribue à développer la prescription via ses consultations au sein d'un CHU, avant d'élargir ses thèmes

²⁶ Bergeron et Castel, 2010, utilisent le terme de « chaîne thérapeutique » pour « décrire ce qui est désormais un agencement complexe d'interventions et de professionnels » (p.442).

de recherche à d'autres terrains, facilitant ainsi l'accumulation progressive de ressources scientifiques valorisables dans le champ universitaire.

1.1.3 Portraits de « passeurs » de l'APA

Dr Laurent²⁷, praticien hospitalier universitaire au sein d'un CHRU, critique des politiques du New Public Management, mais « passeur » d'une politique de l'APA responsabilisante

Le Dr Laurent, PHU depuis 2004 et spécialiste de physiologie, est responsable d'un service de médecine du sport et d'activité physique adaptée conjointement porté par un service de rééducation fonctionnelle. Les responsabilités sont donc partagées. Il est aussi responsable de l'enseignement de la capacité de médecine du sport et occupe des responsabilités universitaires. En entretien, il explique avoir milité au sein de son CHU pour le développement de l'activité physique adaptée avant la loi de 2016 et alors que se développaient dans la métropole des salles privées d'activité physique à but lucratif pour l'accompagnement des malades chroniques — salles soutenues par le biais d'une prise en charge par les pouvoirs publics. Il justifie son engagement par la démonstration scientifique de l'intérêt de l'activité physique adaptée pour les personnes ayant de nombreuses pathologies, et par le besoin de prise en charge publique et inconditionnelle des personnes malades chroniques.

La tension offre publique/offre privée est très structurante de l'entretien réalisé avec Laurent. Ce dernier explique l'intérêt d'une offre accessible pour les personnes les plus précaires, que seul l'hôpital selon lui peut offrir. La défense d'une offre publique s'articule avec une défense plus générale de l'hôpital public et d'une posture critique envers les réformes qui touchent l'organisation de l'hôpital. Laurent cible la tarification à l'acte et ses conséquences sur les offres de soins publiques et privées, et la construction d'un système de santé à deux vitesses (Juvin, Pierru, Vincent, 2019). Il construit d'ailleurs un lien de causalité entre la situation financière déficitaire de l'hôpital dans lequel il exerce et où il est freiné dans la mise en place de programme d'APA pour raison financière, et la réforme de la T2A. Dans une forme d'affirmation de sa critique envers les cliniques privées, il cible en entretien ses collègues qui abandonnent l'hôpital public pour aller gagner « *4 à 7 fois plus* » et faire « *de l'argent sur une activité médicale* ». Cette posture est également visible dans des temps collectifs auxquels nous assistons sur le développement de la recherche dans le service. Laurent met en avant des objectifs de lutte contre les inégalités sociales et invoque le besoin que le service soit investi par les sciences humaines et sociales afin d'étudier l'action du service hospitalier sur ces inégalités. Il nous ouvrira d'ailleurs les portes du service pour enquêter auprès des pratiquant·es.

En acte, après avoir milité en vain auprès de l'ARS et de la direction pour obtenir des financements pour construire ce service, il explique avoir négocié qu'un service d'activité physique adaptée (non rentable de fait, car ne faisant l'objet d'aucun codage dans les nomenclatures de remboursement) soit adossé à la nouvelle unité de médecine du sport. Il faut donc obtenir de l'argent sur des appels à projets spécifiques ou générer des ressources propres. Laurent considère d'ailleurs ne pas être « bon » sur les réponses à appels à projets. L'organisation de la pratique reprend les bases des programmes qui se déplient au même moment : un bilan médico-sportif, un cycle de dix séances, puis une reprise en club ou en

²⁷ Ce portrait forme une partie d'un article soumis à la revue Travail et Emploi en mars 2025 (résumé accepté en décembre 2024).

autonomie. Ainsi, dans sa mise en place même, le programme reprend les logiques de parcours et de responsabilisation. Des observations du service montrent des injonctions fortes à se prendre en main, notamment par un rappel des recommandations d'activité physique journalière. Également, interrogé·es dans le cadre de l'enquête, plusieurs pratiquant·es mentionnent leur désir de rester et leur crainte de ne pouvoir suivre, ni en association dans laquelle l'activité ne sera par ailleurs plus gratuite, ni en autonomie, dans laquelle l'absence d'encadrement est fortement redoutée par les patient·es. Ainsi, alors qu'il est critique des modèles développés par l'ARS, Laurent est pris dans des logiques « d'organisation des parcours » comparables, comportant également une part d'injonction à « l'autonomie ».

Dr Mathieu — Médecin généraliste d'une quarantaine d'années, co-dirigeant d'une MSP et président d'une CPTS, « passeur » par conviction et multipositionné

Engagé dans une maison de santé pluriprofessionnelle et une communauté professionnelle territoriale de santé en milieu rural : un médecin généraliste qui s'est saisi des réformes récentes

Le Dr Mathieu est un médecin d'une quarantaine d'années, originaire de la région Grand-Est, son père y étant médecin homéopathe en milieu rural. En terminale, il a d'abord souhaité étudier une pratique de soin complémentaire / alternative, plutôt que s'orienter vers la médecine conventionnelle. Après des conseils d'amis de son père spécialistes de cette voie, il étudie finalement en médecine et arrive dans un département d'AuRA, qu'il ne connaît pas du tout, pour son internat. S'il ne connaît pas le département, il choisit cette destination afin de se rapprocher des montagnes : il se présente comme sportif, et apprécie notamment l'alpinisme. Après son internat, il réalise d'abord des remplacements de médecins libéraux dans le nord du département, ce qui lui permet selon lui de se confronter à différents types de pratiques et de patientèles. Il s'installe ensuite en tant que médecin généraliste libéral dans cette même zone rurale, dans laquelle les quelques médecins présents sont proches de la retraite. C'est sur ce territoire, à partir de 2014-2015, qu'il initie la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle, en lien avec des professionnels paramédicaux. S'il était l'unique médecin à la création de la structure, ils sont désormais 6, pour une trentaine de professionnels de santé au total réparti·es sur deux sites, dans deux communes rurales (~3 000 hab et ~1 500 hab) à une dizaine de kilomètres de la ville « pôle » de l'intercommunalité. Il est encore aujourd'hui praticien au sein de cette MSP dont il est co-dirigeant. Dès la création légale des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), il participe également à la fondation de la première CPTS du département, dont le projet de santé est validé 3 ans plus tard par la Sécurité sociale. Il en est président. Son discours met l'accent sur ses engagements professionnels et politiques. Critique de la hiérarchie au sein des institutions médicales, particulièrement dans les hôpitaux, il milite pour une pratique plus horizontale, un exercice collectif et coordonné de la médecine, en particulier « de ville » et met en ce sens en avant son investissement dans la création de la MSP et de la CPTS. Il met en lien ses convictions et ces actions avec ses expériences familiales et professionnelles : confronté en tant que médecin remplaçant et en tant que fils de médecin rural à des pratiques isolées de la médecine, dont il perçoit les défauts, il est aussi influencé par sa compagne, infirmière anesthésiste, qui a participé à sa vision critique

des hiérarchies professionnelles dans le champ de la santé.

Il occupe par ailleurs plusieurs autres fonctions qui témoignent de sa volonté d'influencer les décisions et les pratiques : il est maître de stage²⁸, il siège au conseil d'administration d'un EHPAD, il a dirigé une association de défense d'un centre hospitalier public, il participe au Conseil Territorial de Santé organisé par l'ARS — tout en soulignant sa position critique envers les pouvoirs publics dédiés à l'organisation de l'offre médicale. Il met également en avant ses liens avec des personnalités politiques locales et nationales, ce qui lui permet de promouvoir des actions sur son territoire, comme la création de pistes cyclables en vue de favoriser des modes de vie actifs.

Sa pratique sportive personnelle est mise en avant pour expliquer et légitimer ses pratiques professionnelles en matière d'activité physique et de « sport santé » (il utilise régulièrement ce terme, en se reprenant parfois, considérant qu'il peut ne pas être approprié selon les patient·es auxquels il s'adresse). Il considère que son propre mode de vie sportif (mobilité active notamment) lui donne une légitimité pour promouvoir l'activité physique auprès de ses patient·es, au contraire de certains confrères qui ne pourraient pas s'engager dans de tels conseils alors même qu'ils ne pratiquent pas — il donne en miroir l'exemple d'un collègue fumeur qui conseillerait à sa patientèle d'arrêter le tabac. Se mettant à distance d'une pratique de compétition, il met aussi en lien certaines dimensions des activités sportives, en particulier de montagne, avec ses convictions en matière d'exercice collectif de la médecine.

Entrepreneur d'une morale santéiste, omnipraticien avec une large palette thérapeutique

En matière de « sport santé », Dr Mathieu a suivi une formation en ligne via la *Revue du praticien*, car il juge que la formation en médecine n'aborde pas suffisamment ces questions. Il explique avoir participé à l'introduction d'un parcours sport santé au sein de la CPTS, articulé avec le dispositif porté par l'opérateur départemental financé par l'ARS et la DRAJES, et veut y mettre en place des formations plus précises pour tous les professionnels de santé. Dans sa pratique comme institutionnellement, il se montre en effet très impliqué (à l'instar des médecins décrits par Mariette et Pitty, 2021) dans la promotion de l'activité physique comme outil de prévention et dénonce les difficultés à la mettre en pratique en raison du manque de temps alloué aux médecins pour travailler ces questions. Il se présente en ce sens comme un médecin plutôt atypique en soulignant le temps passé avec les patient·es pour chaque consultation pour comprendre « la personne dans sa globalité », et le fait qu'il prenne chaque jour énormément de retard sur son emploi du temps de ce fait — ce qui contribue selon lui à un tri de sa patientèle. Il explique tenter d'aborder la question de la sédentarité avec chaque patient·e, et de les encourager à adopter un mode de vie actif. Il définit ses consultations comme des moments où se trouve routinisé l'usage d'un entretien « *motivationnel* » et normatif sur l'importance de l'AP pour contrer l'épidémie de sédentarité : « *Vous voyez un petit peu cet entretien motivationnel, j'essaye de revenir un petit peu sur ce point, cette activité physique. J'essaye toujours de l'aborder, avant même d'avoir construit cette commission sport santé sur le territoire de *** [la CPTS], avant même d'avoir eu la formation sport santé que j'ai eue, j'essayais d'aborder toujours par cet intermédiaire-là, cette approche un petit peu d'entretien, d'intervention brève sur cette activité physique qui est, pour contrer cette maladie qui grandit et qui grandit et qui est très*

²⁸ Il utilise d'ailleurs ce qui est une obligation, qui découle des missions de la MSP, d'encadrer des étudiants pour « recruter » de nouveaux collègues dans cette région considérée comme un « désert médical ».

peu définie et très peu détectée, qui est la sédentarité ». Il a ainsi adapté sa pratique médicale aux représentations – désormais courantes (Vieille-Marchiset, 2019) – véhiculées avec les politiques de lutte contre la sédentarité et l'obésité, qui ont évolué ensemble pour devenir un nouveau « mal social » à combattre (Génolini et Clément, 2010). Ces représentations, qui se renforcent avec ses observations en consultation – et réciproquement –, motivent sa priorisation de la lutte contre la sédentarité : « *je pense que le fait de constater qu'en fait y a une sédentarité de plus en plus marquée chez de nombreux patients, fait que l'intervention pour, soit ordonner du sport santé, soit de m'impliquer dans cette orientation vers l'activité physique adaptée, elle est plus importante* ».

Habitué – et ayant habitué sa patientèle – à des consultations longues et rentrant dans leur « *intimité* » (il qualifie son cabinet « *d'antichambre de la société* »), il peut y mener des temps d'« *entretiens comment dirais-je qui s'adaptent, rien de scientifique, on parle pas de médecine, là, (rire) je parle tout simplement d'accompagner le patient et de calquer entre guillemets un entretien motivationnel qui soit le plus proche de ce qu'il peut essayer...* ». Ce faisant, il dit créer « une relation de confiance » qui lui permet de faire adhérer ses patient·es à ses propositions, d'autant plus aisément qu'elles sont faites sur-mesure par rapport aux habitudes et au rapport au corps de celles et ceux-ci :

« [Parlant d'un patient passé par l'hospitalisation psychiatrique] Il y a un lien de confiance qui fait que je peux lui proposer un contrat, et ce contrat c'est de se dire "ben écoutez, on va commencer à réduire le traitement progressivement et on verra plus tard, mais en échange, ce qui serait intéressant, c'est que vous sortiez votre vélo", et ça rebondit, sa maman qui était juste à côté, "ah oui en plus de ça t'as un super beau vélo" : banco, je raccroche, je raccroche à cette idée et je me focalise sur ce vélo. Je prends l'ordonnance de la psychiatre, je la retourne et puis je lui fais un programme d'une journée, "qu'est-ce que vous allez faire de la journée" : je dis "vous vous levez le matin à jeun, vous faites un petit tour de vélo, 5 kilomètres 6 kilomètres". Cette personne-là je ne vais pas lui dire, écoutez je vais vous proposer un programme, vous allez rentrer dans une salle avec des gens et vous allez faire de l'activité, déshumanisée : non. [...] en lui faisant un schéma ; vous savez j'ai fait un schéma très très simple, très très très simple... des traits, toc, simplement je lui ai dit, voilà, là c'est votre petit déjeuner, ben là vous allez faire un petit peu de vélo, après vous mangez et puis vous faites une petite sieste vous dormez, après vous mangez, vous allez faire un petit peu de jardinage, vous faites une petite sieste et puis après vous allez marcher un petit peu et puis après vous allez manger un petit peu, juste leur donner le schéma d'une journée devoir un petit peu classiquement. Ce programme-là je lui ai fait, pour moi à ce niveau-là, je lui ai fait de la prescription. Comme je vous ai dit, je l'ai retournée, l'ordonnance. »

On voit à travers cet extrait une forme que peut prendre pour lui la prescription. Une injonction « douce » sous forme de conseils administrés à l'oral et à l'écrit, à partir d'un suivi « intime », mais dont les consignes peuvent être extrêmement détaillées : non seulement sont inclus le type et le temps d'activité physique à pratiquer, mais également le déroulé de la journée entière : les siestes, les repas, et les horaires de chaque activité. Le contrôle médical se trouve ainsi étendu à la totalité de l'emploi du temps et des activités du patient. Le Dr Mathieu souligne l'intérêt que peut revêtir une prescription sous la forme papier. Il la replace néanmoins toujours dans un processus par lequel il va amener la personne à adhérer au projet qu'il propose, de manière plus ou moins serrée et suivie. Il désigne comme « relation forte » ce qui peut être analysé comme une forme spécifique de contrôle social : « *Après, l'idée de prescrire, de signer, de faire en sorte qu'on prescrive quelque chose, eh ben cette dimension-là, elle est à une autre échelle, elle est quelque chose de... comment dirais-je,*

*le patient [quand il passe la porte du cabinet, et selon ce qu'il décide,] derrière, il y a une traçabilité sur son parcours qu'il doit avoir. Quand on leur donne, que ce soit un dessin ou un schéma que j'ai mis sur l'ordonnance du psychiatre ou une ordonnance de sport santé [prospectus de la MSS du département] où je signe sans trop de détails, parce que je n'ai pas encore ce temps dédié sport santé — parce que je pourrais dire et convoquer le patient, en disant "ben, écoutez, là on va renouveler votre traitement pour l'hypertension, mais demain on se revoit et on discute un petit peu du sport santé". Mais c'est une contrainte pour le patient, le patient déjà comme je vous l'ai dit, il vient difficilement chez moi parce que c'est prendre du temps [il a des consultations longues], je ne peux pas leur faire ça, donc je fais dans le cadre de la consultation, et si je sens qu'il faut encore une relation forte, je leur demande de faire un examen spécifique, utile pour bilanter certaines choses et je leur dis "on se revoit de manière plus rapprochée" et ça leur permet justement d'avoir encore cet entretien motivationnel, pour les amener à faire cette activité physique. Et s'ils accrochent à ce moment-là, quand je prends le temps de détailler ce qui leur sera fait au cours du parcours santé proposé par [la MSS], notamment par les passerelles ou autre, **à ce moment-là ils partent avec une ordonnance et ils le voient avec une sorte d'un sésame, c'est quelque chose où en fait ils matérialisent un petit peu l'entretien motivationnel.** Je ne sais pas si j'arrive bien à faire bien comprendre. Donc je pense que l'ordonnance en tant que telle, elle est utile, elle est utile. »*

Même les interactions auprès des patient·es à qui il dit ne pas prescrire vont « *dans leur intimité* ». Il les interroge sur leur quotidien, afin de faire des suggestions adaptées à leur quotidien, en leur disant où se garer, comment faire pour rendre le quotidien plus actif, d'autant plus précises qu'il connaît parfaitement le territoire où il exerce, dans lequel il vit comme elles et eux :

*« On va plutôt partir sur ceux à qui je ne prescris pas ça plutôt, c'est ceux qui ont une activité professionnelle trop intense, qui ont la capacité, qui font déjà du sport, d'accord, donc qui peuvent se le permettre un peu le week-end parce qu'ils n'ont que le week-end de disponible. Et à ce moment-là j'essaye de leur proposer un programme comme je l'ai évoqué tout à l'heure, je leur dis, mais vous habitez où, là je rentre dans les détails, dans leur intimité, vous allez dans quel type de travail, où est votre entreprise, votre parking, vous vous garez où exactement. Alors c'est toujours bien quand on connaît tout par cœur, si par exemple, voilà justement l'entreprise E.*** de salaison, je sais qu'ils ont un grand parking devant et je leur dis "mais regardez, quand vous allez à l'entreprise de salaison, vous allez vous garer sur le parking en face de l'entreprise, ou est-ce que vous allez vous garer juste à côté de l'église ? Il serait peut-être bien de se garer là, OK vous n'aurez peut-être pas le temps d'aller faire les [ateliers d'APA] le vendredi après-midi parce que vous travaillez, normal", mais de leur proposer ça, vous voyez. Donc je m'adapte entre guillemets, je pense qu'on est vraiment vraiment sur une prise en charge personnalisée qui doit être mise en... pour avoir une meilleure accroche et de se dire "je me suis fait comprendre par mon médecin, j'ai compris et je vais adhérer", ou pas, parce que comme je l'ai dit, la porte est toujours là, et dès qu'ils passent la porte, ils adhèrent ou ils n'adhèrent pas, ils prendront les traitements, ils ne prendront pas le traitement, ils sont libres. »*

Alors qu'il rend compte d'une grande diversité de formes de conseil/orientation/prescription d'AP, il se dit encore limité dans l'adaptation individuelle, et veut organiser au titre de la CPTS pour « *comprendre quels sont les outils, quelles seraient les différentes prises en charge qui peuvent être prescrites et mises sur l'ordonnance en fonction de la pathologie et de la personne dans sa globalité pour que ça vienne de leur médecin en fait ; j'ai confiance en mon*

médecin, je me dis OK je vais faire ce qu'il me demande ». Sa « casquette » de président de la CPTS lui permet ainsi de promouvoir à cette échelle ses questionnements et sa conception du travail médical au travers de l'adaptation de la PAP.

Enfin, son rôle de passeur multipositionné est aussi intéressant concernant les personnes âgées. Pour les plus âgés, un public qu'il considère « *fragile* » et peu mobile, il les oriente surtout vers l'infirmière de santé publique de sa MSP qui fait des groupes de marche ; mais il insiste aussi sur le travail « d'articulation » au niveau local et de mise en visibilité des dispositifs absolument nécessaire pour une prise en charge pluriprofessionnelle des personnes âgées :

« Pour nous, développer un parcours, c'est de dire "on est des acteurs de santé, on est des professionnels, on a un lien de confiance avec nos patients, ce lien de confiance il est riche parce qu'on sait qu'on a une influence qui peut amener le patient facilement à faire quelque chose, à un changement de comportement". Ça ne vient pas du jour au lendemain sinon on serait presque inutiles ; trop rapidement, on serait trop parfaits. Cette action de changement de comportement dans le cas de la prévention activité physique on essaie de cibler des personnes qui n'ont jamais pratiqué. Et encore plus difficile de changer ce comportement. Vous évoquez parce que vous essayez de cadrer un petit peu l'étude, je pense, par rapport aux personnes âgées, je pense que là c'est encore beaucoup plus difficile parce que la mentalité des gens et puis les zones de confort font que les gens ont du mal à pouvoir actionner ce levier de changement de comportement. On les accompagne plus facilement quand il y a une dynamique locale associative, il y a un engouement et toute cette articulation doit se rendre visible. Cette commission-là par l'intermédiaire de la communauté professionnelle c'est de donner cette visibilité déjà aux acteurs de santé. Beaucoup d'acteurs de santé n'ont même pas conscience que telle association ait un label sport santé qui leur permet d'accueillir des personnes fragiles âgées et qu'ils puissent adapter ou faire découvrir une activité physique à des personnes qui ont besoin de temps pour accrocher à cette activité physique. »

C'est notamment pour ce type de publics qu'il a encouragé la création d'un parcours d'APA organisé par la CPTS dont il est président, pensé comme « *passerelle après les ateliers passerelles* », qui permet aux personnes passées par le programme de la MSS de ne pas être tout de suite laissées « en autonomie ». Pour ce faire, il a aussi appuyé le recrutement d'un EAPA qui commence par intervenir sous le statut d'autoentrepreneur, pour finalement être salarié à temps partiel par la CPTS fin 2024.

Nous renvoyons au [Chapitre 1. Partie II.1. Un travail d'articulation de la prévention en santé](#), concernant les effets de la structuration à partir de ce passeur au sein de la CPTS, dans sa MSP et en « articulation » avec le travail mené par une MSS départementale en lien avec le CHU.

1.1.4. Éléments sur l'espace de la formation à la prescription (formation initiale/continue)

Au début de l'enquête (2019), la prescription d'APA, ainsi que l'APA comme soin de support, étaient peu institutionnalisées. De fait, la littérature médicale s'y rapportant était également moins connue, et elle est donc peu enseignée et connue des médecins généralistes à ce

moment-là²⁹. Outre les formations assurées par les agents des services déconcentrés de l'État ou leurs opérateurs mandatés au niveau départemental ou régional pour développer l'offre d'APA, ou aussi, par les « passeurs » hospitaliers ; l'essentiel des formations s'effectue par le biais de la formation professionnelle (DPC, développement professionnel continu et FMC, formation médicale continue).

Un simple travail de recension de l'offre de formation à un instant *t* permet d'en dégager quelques caractéristiques. Une trentaine de formations de type DPC étaient recensées sur un site professionnel au mois de mars 2022, et programmées jusqu'en septembre 2022 dans les 5 régions d'enquête. Leur éclatement apparaît dans l'atomisation des intitulés, traduisant le caractère périphérique de la prescription d'APA, ou son insertion dans des parcours de soin plus structurants, comme ceux relevant de l'Éducation Thérapeutique du Patient [ETP]. Ces formations étaient portées par des organismes de formation spécialisés (Reliance santé, GEMA), plus rarement des Universités (UCBL FOCAL Santé), des mutuelles (Orion Santé, Groupe Pasteur mutualité), ou des structures spécialisées dans une pathologie spécifique (comme le diabète, où les recommandations de la pratique d'une APA ont été plus précocement intégrées dans le parcours de soin).

Également destinée à un public interprofessionnel (17/33) et monoprofessionnel de médecins ou d'infirmières (16/33), une minorité d'entre elles portait centralement sur la prescription : « Sport sur ordonnance : la prescription de l'activité physique adaptée », « Activité physique, outil de soin et de prévention », « L'activité physique sur ordonnance : de la théorie à la pratique », ou encore, « Prescription d'activité physique dans le cadre de maladies chroniques ». Une majorité offrait une formation à la prescription de façon plus périphérique, le module de formation étant centré sur des pathologies (« Le diabète de type 2 : réalités d'aujourd'hui et perspectives de demain », « Facteurs d'amélioration de la douleur chez le patient rachialgique », « Sport et cardiopathies ») ou bien la prise en charge médicale de l'obésité (« Accompagnement du médecin généraliste chez la personne en situation d'obésité sévère »). Secondairement, quelques formations combinaient un apport sur la nutrition et l'activité physique (« Promotion des comportements sains : alimentation et activité physique », « Eduquer le patient à changer ses comportements de santé, pour répondre aux recommandations nutritionnelles et d'APA »). Sans avoir pu accéder au contenu de ces formations, on ne peut qu'émettre l'hypothèse, suggérée par les intitulés et les indications concernant le plan de formation, des différences de contenu et de paradigme entre ces différentes formations.

La formation à la prescription d'APA est aussi en cours d'intégration à la formation des médecins, de façon inégale selon les universités, et régulièrement comme un module optionnel.

Observation d'une formation en DMG sur l'offre de soins incluant l'APA

L'observation d'une formation destinée aux étudiants de médecine de 5e année, dispensée pendant l'année 2021-2022, et dont l'objectif est de leur permettre de « mieux connaître l'offre de soins », rend cette distance manifeste. Organisée par des MGE, cette session porte sur l'exercice pluriprofessionnel de la médecine et rassemble dans un amphithéâtre plusieurs intervenants extérieurs, dont un EAPA coordo de la MSS. Après une présentation générale, les enseignant·es mettent les étudiant·es en situation d'établir des

²⁹ Un travail sur l'évolution d'apparition et de traitement du thème dans quelques revues médicales majeures a d'ailleurs été initié.

recommandations médicales pour 5 patient·es fictif·ves. La présentation de leur « cas » imbrique les pathologies dont iels sont porteurs et des caractéristiques ayant trait à leurs modes de vie. La petite centaine d'étudiants présents, répartie en 5 groupes, est ensuite invitée à rencontrer les intervenants pour élaborer conjointement une prescription médicale adéquate. Deux groupes d'étudiants sur les cinq se rendent dans la salle de TD – située dans une autre aile du bâtiment de médecine – où l'encadrant d'APA s'est déplacé. Il apparaît qu'aucun de ces étudiants ne connaît l'APA.

Des éléments théoriques et pratiques sont pourtant censés être délivrés tout au long de l'externat dans cette université depuis 2018 ; et il y a été créé des modules optionnels en 2e année : dans le cadre d'un « service sanitaire en AP » (la centaine d'étudiant·es ayant choisi chaque année cette option doivent intervenir dans les écoles pour parler de l'AP, l'inactivité et la sédentarité) ; ou d'une UE sous la forme de « jeux de rôle » qui sensibilise à l'AP et la PAP. Ces enseignements demeurent marginaux par rapport à d'autres éléments du cursus.

L'intervenant en APA développe donc une présentation très générale des objectifs et de l'organisation de l'offre d'APA dans cette région d'enquête. Il tente de retravailler le « sens des limites » et des frontières qu'iels ont forgé au cours de leur cursus universitaire, en axant sa présentation sur le partage des données médicales (qui constitue une des frontières du champ), et sur la variété et la qualité de son propre carnet d'adresses médical. De retour dans l'amphi, lors de la restitution du travail des étudiant·es, un seul des cinq groupes retient l'APA dans ses recommandations, et pour le cas fictif d'un enfant en surpoids. À rebours des représentations des professionnel·les de l'APA et des cadres légaux de cette pratique, les enseignants présents contribuent à renforcer l'association sport/surpoids en validant cette proposition, sans l'étendre aux autres cas où pourtant, la prescription d'APA aurait également été possible.

Héritée d'autres instances de socialisation des étudiant·es et différant des recommandations de la littérature médicale en matière de prescription d'APA, l'association sport/surpoids apparaît très structurante pour ces étudiants comme pour une très large majorité des médecins enquêté·es.

Peut-on pour autant en conclure que « L'amélioration de la formation est donc essentielle pour une meilleure implication des médecins dans le sport-santé » (Lecocq, 2024) ? Il ne nous semble pas que cela soit le cœur du travail à accomplir...

In fine, sans rentrer dans le détail des pratiques, on voit d'ores et déjà apparaître que **le statut de l'AP sur prescription, jusqu'à la fin de l'enquête, est demeuré indécis aux yeux des médecins**.

Une **indécision, déjà, liée à ses promoteurs** : si des passeurs, PH, MG ou des coordinateurs d'APA, mènent des actions pour promouvoir cette PAP, **ces acteurs sont rarement en position de modifier le fonctionnement du champ médical**, même s'ils ont parfois des ressources pour y contribuer sur leur territoire — tout particulièrement les MG en position de pouvoir dans une organisation maillant le territoire, on l'a vu avec le Dr Mathieu — mais ils sont confrontés néanmoins à une forte inertie. De la même manière, l'intervention du législateur, extérieur au champ médical, montre que c'est **un dispositif de prescription élaboré partiellement en dehors du champ**³⁰. Ainsi le passage par le code de la santé

³⁰ Ainsi, un seul médecin généraliste aurait participé à la rédaction de cet article 144, qui « devait n'avoir pas vu de patients depuis longtemps » selon le Dr Samuel (Réunion de présentation de l'AP sur prescription, notes d'observation, janvier 2025)

publique, s'il révèle une institutionnalisation, est-il aussi un indicateur du fait que la **prescription d'APA n'est pas une pratique immédiatement légitime**.

Une **indécision liée à l'intégration inaboutie à la formation**, on vient de le voir supra. Et une indécision, encore peu abordée, liée à l'intégration inaboutie au système de remboursement, qui pèse dans le discours de médecins, on va le voir.

On peut aussi souligner que, dans la majorité des cas, les médecins identifient massivement l'APA à la **question des « modes de vie »**, sur lesquels ils peuvent trouver difficile d'intervenir, ou y être rétifs.

Enfin, on peut remarquer l'invisibilité relative, pour eux, de l'effet d'une offre *encadrée* d'activité *adaptée* à des limitations de capacité.

1.2. Des médecins mis en position de favoriser (ou non) la coordination entre des domaines d'activité éloignés

La loi implique que les médecins généralistes coordonnent et facilitent les parcours des malades en ALD, d'une prise en charge médicale, vers un accompagnement à la pratique d'une AP à des fins de santé. L'article 144 tend donc à faire du médecin traitant, en tant que coordinateur·rice des parcours de soin et acteur·rice central·e de la prévention, l'initiateur ou initiatrice de ces parcours vers l'APA par son action de prescription. À ce titre, peut-on dire que les médecins sont, d'un certain point de vue, aussi « destinataires » de cette disposition légale ?

1.2.1. Les médecins, « destinataires » de l'article 144 ?

Encadré théorique : Des médecins coproducteurs de la loi. « Destinataires », « intermédiaires », ou « passeurs » de la politique de santé relative à l'activité physique adaptée (?)

Dans le programme PrescAPP, nous avons cherché à qualifier la position des médecins et leur rôle dans la (co) production de la politique en matière d'APA. Si l'on considère strictement le programme de l'article 144, on pourrait penser que les médecins sont de simples exécutants, appliquant la disposition légale au contact des destinataires, ici la patientèle. Évidemment, la mise en œuvre ne se passe pas de cette manière. Les travaux sur la fabrique des politiques publiques ont d'ailleurs montré depuis longtemps combien les « intermédiaires » (Nay et Smith, 2002) ou les « acteurs de premier rang » (Belorgey, 2012, p. 29) participent à la co-construction de ces politiques. Il existe des variations notables dans la pratique (Spire, 2008). Pour les médecins généralistes libéraux, dont la latitude d'exercice a été historiquement particulièrement importante (Aïach et Fassin, 1994), résister plus ou moins activement peut en être aussi une forme : en n'appliquant pas une disposition légale, par exemple parce qu'ils ou elles priorisent d'autres éléments de la consultation, les amenant à ne jamais avoir à faire ce sur quoi iels se sentent incomptétent·es ou qui ne les intéresse pas.

La rengaine entendue sur le terrain chez les acteurs de promotion d'offres d'APA : « les MG ne prescrivent pas » fait écho à cette simplification de la réalité du rôle nécessairement actif des intermédiaires, et aussi au caractère complexe de vouloir

inciter les médecins généralistes à établir, dans le cadre de leurs consultations courantes, la prescription médicale d'un soin physique qui n'est pas vu comme un bien de santé par les MG. Le monde des médecins généralistes notamment, essentiellement des libéraux, qui était visé par la loi a fait l'objet d'un certain nombre de travaux montrant sa complexité, son aspect finalement assez composite, et son ambivalence concernant les politiques ministérielles et déconcentrées de l'État et les discours des hospitalo-universitaires (cf. notamment Bloy et Schweyer, 2010).

Une organisation majeure du système de santé, et notamment de l'ambulatoire et de la médecine dite « de ville », a néanmoins eu lieu dans les 15 dernières années³¹. La loi de 2016 est un élément supplémentaire de l'édifice légal visant au développement de la prévention primaire et secondaire, la coordination des soins médicaux et paramédicaux et à la systématisation des parcours de prise en charge des maladies chroniques.

À ce titre, on a pu aussi considérer les MG comme, finalement, des « destinataires » de la mesure concernant la prescription d'APA — c'est-à-dire à la fois contraints et habilités par celle-ci à certains égards. L'article 144 est en effet enserré dans une loi qui encourage, par divers moyens, les médecins généralistes à se mettre à travailler en compagnie d'un ensemble de professionnels (médicaux, paramédicaux, voire exerçant dans d'autres espaces) pour organiser les parcours de soins « de ville » de leurs patientèles — prolongeant celle sur le statut de médecin traitant pivot des soins par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, puis par la promotion de l'organisation pluriprofessionnelle promue dès la fin des années 2000 avec la création des MSP³².

Les MG peuvent être alors pris comme les destinataires d'une série de politiques procédant d'une « nouvelle régulation de la pratique libérale » (Schweyer, 2010a), qui oriente vers une réorganisation des conditions de travail, et du contenu du travail médical et paramédical. C'est donc un mouvement d'ensemble ; l'article 144 n'est qu'une toute « petite » mesure, très peu coercitive, mais dont l'effet de contrainte éventuel peut être apprécié au regard des effets globaux des lois successives des années 2000 et 2010 (cf. par ex. Laude, Michel et Schweyer, 2018).

Pour autant, la réception de la loi par ces ressortissant·es particuliers est à prendre au sens de Philippe Warin ou de Anne Revillard : nous les décrivons destinataires dans un sens où ils sont contraints par la loi de 2016, mais aussi qu'en se l'appropriant, ils ont une possibilité de contraindre (« d'orienter », de « prescrire ») les pratiques de leurs patient·es dans de nouveaux domaines. Sous ce rapport, la prescription d'APA peut être analysée comme un « dispositif de contrôle » médical, décentralisé, et « à distance » (Laurens, 2009), cf. le [portrait du Dr Mathieu](#).

On a vu plus haut certaines figures de « passeurs » (Geeraert, 2020), c'est-à-dire de médecins s'appropriant la disposition légale pour mener une « entreprise de morale santéiste » (Vieille-Marchiset, 2019) dans plusieurs espaces et auprès de plusieurs types de publics. D'aucuns (plutôt hospitaliers) étant les « moteurs » (Mariette et Pitty, 2021) de changements leur permettant de (re) valoriser leur position ; d'autres (plutôt libéraux) « impliqués » pour défendre leur conception de l'exercice de la médecine générale via la promotion de l'APA. On repère aussi, comme Mariette et Pitty, un pôle de celles et ceux qui utilisent les dispositifs existants sans en avoir été les

³¹ cf. par ex. Aubert et coll. 2022, qui parlent d'un « foisonnement d'instruments, sans cohérence d'ensemble ».

³² Un point est fait sur les MSP et les CPTS dans la partie 2.2.3 [infra](#).

promoteur·ices, lorsque ceux-ci peuvent s'articuler à leur conception de l'exercice de la médecine. Ils et elles sont pour certain·es dans des MSP et des CPTS, d'autres sont MGE. Ce qu'on observe alors, c'est une certaine diversité de modes d'appropriation, certain·es promouvant sensiblement la même morale quand d'autres utilisent le dispositif dans un esprit notamment éloigné de la manière dont il est promu par les passeurs.

Au début, quand on me parlait de prescription d'activité physique et que j'avais toujours entendu dire : oui, mais il y a un référentiel HAS, c'est super simple. Vous n'avez qu'à aller voir. Il y a marqué comment il faut le prescrire, etc. J'ai été bloquée sur cette idée de : « il faut le prescrire ». C'est le médecin qui va voir combien il faut prescrire de séances de bidules de chouette... et... et voilà. Et comme c'est pas cohérent avec mes pratiques, ça fonctionnait pas. Je n'arrivais pas à le mettre en place en fait. Il y avait un truc qui n'allait pas. Et je pense que j'ai eu besoin d'une phase pour m'approprier l'option thérapeutique et la faire coïncider avec ma façon de fonctionner. Et à partir du moment où je me suis enlevé cette pression psychologique à me dire : il faut que tu le prescrives. Il faut que tu saches... Que tu saches combien il faut mettre de séances. Que tu saches le rythme. Que tu saches faire ça. Que tu fasses comme ça. Et que je me suis dit : « attends, stop, on est pas là-dedans. Ça, c'est pas ton job ». J'avais vu le site [du dispositif départemental] j'ai pu me dire : laisse tomber le guide HAS. OK, il est super chouette, je l'ai survolé, mais en fait mon souci, il n'est pas là. Je vais faire... je vais contourner le problème différemment. Ça a tout changé pour moi. Alors je ne sais pas si c'est important ou pas pour les autres généralistes, mais je trouve que la façon dont on te présente le dispositif, ça ne collait pas à ma pratique et j'y arrivais pas. Et il a fallu que je me sorte ce truc, de l'idée pour me dire : je vais l'attraper par un autre bout et je vais faire différemment, me rendre compte que ça fonctionne avec les premiers patients sur le fait que je ne prescrive rien qui fasse ce circuit-là³³ et que ça me... ça fonctionnait. Et alors après maintenant c'est bon ça peut dérouler. (...) dans l'approche, moi je... je le vivais peut-être à tort, mais je le vivais comme : il faut se former à prescrire de l'activité physique. Et en fait on en revient à nos paroisses du début, du coup, tout le monde veut te former à tout. Sauf qu'en médecine générale, c'est de l'utopie ça. Il faut arrêter de croire. Oui, on se forme à plein de choses. Je ne dis pas qu'on est ignares, mais sur ces questions-là, à mon avis, il faut décharger les médecins généralistes du contenu de la prescription de l'activité physique.

MG Lavallière, F, 35/40 ans, AuRA, MGE exerçant en milieu urbain peu favorisé avec une partie addicto dans un cabinet de groupe (évolution vers une MSP en discussion)

Dans l'enquête, nombreux·ses enfin sont celles et ceux qui disent ne pas, ou ne plus, « prescrire de l'AP » – alors même que certain·es sont reporté·es comme prescripteur·rices dans les bases des MSS – tandis qu'iels conseillent de l'activité physique. Ne se considérant pas comme particulièrement destinataires de cette disposition, ils se dégagent alors de la (faible) contrainte exercée par la loi (ce sont généralement celles et ceux qui n'ont pas non plus adhéré aux politiques engageant à l'exercice et au regroupement pluriprofessionnels, etc.), et ne participent pas à son

³³ Elle informe et oriente vers la MSS qui fait le bilan, et lorsque la personne revient avec ce bilan qui a aussi été envoyé dans le dossier partagé via la messagerie sécurisée de santé, elle signe les documents demandés et contresigne ce qu'il a été proposé.

application *stricto sensu* auprès de leur patientèle. Ce retrait constitue en soi **une première forme de triage** des potentiel·les « bénéficiaires » de l'AP sur prescription, puisque ces médecins ne prescrivent pas à moins d'une demande de leur patientèle. D'ailleurs, alors que plusieurs personnes ayant intégré un parcours d'AP sur prescription nous ont indiqué avoir procédé de la sorte avec leur médecin traitant (cf. *infra*), très peu des médecins rencontré·es nous ont indiqué ce type de situation, signifiant peut-être leur absence d'intérêt pour ce sujet qui ne reste alors pas en mémoire.

Destinataires = coproducteurs : les médecins en position de trier les bénéficiaires

Au sujet de ce premier niveau de triage, un autre élément intéressant à propos de la position intermédiaire des médecins concerne de fait leur position de *gatekeepers*, de leur pouvoir discrétionnaire sur le classement de la patientèle (Gelly, 2018), en l'occurrence sur l'orientation (ou non) vers une APA ; à la manière des « *streets levels bureaucrats* » (Lipsky 1980) « en bout de chaîne » qui, dans le traitement individuel des cas qu'ils rencontrent, « donnent corps, adaptent et interprètent la politique publique en fonction des réalités du terrain », ou de ce qu'ils s'imaginent être cette réalité (Geeraert, 2020, p.641). Par la position de médecin *traitant*, « porte d'entrée » vers une prise en charge médicale et financière en contact direct avec leurs patient·es, ressortissant·es potentiel·les de la politique publique, ils peuvent être ces « acteurs de première ligne » (Mariette et Pitty, 2021) qui régulent autant qu'ils donnent corps à la mise en œuvre de la loi. Quoique le groupe professionnel des MG n'ait pas été très engagé dans la production de la mesure sur la PAP (Perrin, 2016), ils sont partie prenante de la régulation d'accès au dispositif, et en ce sens doivent être considéré·es comme coconstruisant la politique publique.

Faut-il, avec la PAP, envisager la médecine « comme *street-level public health*, qui trie ses usagers pour optimiser le service, exerçant ainsi un pouvoir "discrétionnaire" *moins sur la délivrance que sur la complétude du service* [nos italiques], et à voir en *chaque soignant un opérateur de classement, à des degrés de précision divers, des individus dans des nomenclatures médicales et sociales, afin d'orienter son action* » à l'instar de Maud Gelly (2018, §86) sur le dépistage VIH ? On peut probablement aller plus loin du fait des caractéristiques déjà énoncées sur l'AP sur prescription : formation initiale et continue faiblement constituée sur une pratique aux frontières du champ médical, et non (directement) prise en charge financièrement et dont les professionnels, peu connus du corps médical, ne partagent pas nécessairement une même grammaire du soin physique.

Les MG, concernant la PAP, peuvent être davantage encore rapprochés des spécialistes de l'infertilité décrit·es par Constance Schuller (2021) disposant d'une « grande liberté décisionnelle », « d'un pouvoir discrétionnaire important » s'exprimant « dans la variabilité des décisions médicales et notamment d'accès aux soins », qui « s'approprient le pouvoir que leur délègue l'État en élaborant des règles usuelles parfois plus permissives, et d'autres fois plus exigeantes, que les limites légales » (op. cit., p.84) ; ou des médecins et autres professionnels impliqué·es dans la PASS (Geeraert, 2016, p.79), qui catégorisent les personnes étrangères les sollicitant pour accéder aux services de soins, et effectuent un « triage » selon leurs propres « dispositions morales et éthiques » et les « compétences expressives et argumentatives ». Les médecins interrogé·es sur la PAP effectuent d'autant plus un tri que 1. ils connaissent mal voire pas les possibilités offertes par la PAP, 2. ce n'est pas

quelque chose d'important à leurs yeux, dans lequel s'investir d'un point de vue moral, comparativement à d'autres sujets symboliquement ou politiquement plus valorisés comme le dépistage ou l'accès à la santé/aux droits.

Il est enfin possible de considérer que, **symétriquement, l'utilisation de la PAP comme spécialisation informelle**, associée par exemple à un mode d'exercice du soin ou une organisation du travail spécifique, peut être utilisée pour réaliser ce que Aline Sarradon-Eck nomme un « **tri et évitement des clientèles** » (2010, p. 259 sq.)

Nous parlerons dans la deuxième partie de ces deux niveaux de régulation : dans la délivrance – en lien avec leur (mé) connaissance même de la mesure –, puis dans la « complétude », dans le tri plus ou moins conscient opéré entre ses patient·es, pour les faire devenir des potentiel·les bénéficiaires des programmes d'AP sur prescription.

1.2.2. Des tensions inscrites dans le document de prescription et dans le rapport aux données de santé

Selon Nils Kessel, « Sous sa forme matérielle, le “colloque singulier” qu'est la consultation se manifeste généralement par une ordonnance qui, le plus souvent, enregistre en même temps qu'elle atteste sur papier la prescription d'un médicament, plus rarement d'autres thérapies » (2022, p. 55). Le document de prescription doit matérialiser la prise en charge suggérée : l'ordonnance a à la fois des dimensions juridique, économique (*ibidem*), et d'intermédiation (communication entre soignant·es³⁴ de la « chaîne thérapeutique » : Bergeron et Castel, 2010).

Pour l'APA, en lieu et place du *cerfa* de prescription, des modèles multiformes de documents sont produits par les structures offreuses d'APA, ou par les services déconcentrés de l'État en charge de l'organisation de l'offre d'APA. Ces derniers et dernières (em) mêlent régulièrement les notions de prescription et de non-contre-indication plus familières aux médecins. C'est ainsi que l'on a pu voir des documents portant la mention de « prescription de non contre-indication » en Occitanie.

Dans les discours des médecins, il n'y a pas unanimité d'usages sur le document délivré. Il peut s'agir d'un certificat d'aptitude ou de non-contre-indication (plus anciennement intégré aux pratiques des médecins³⁵), de la signature d'un certificat de non-contre-indication sur une « plaquette » produite par la MSS ou le programme, qui peut être apportée par le patient (éventuellement déjà remplie en partie par des auxiliaires de santé ou des EAPA), ou

³⁴ cf. article en cours avec Jérémie Rollin concernant la prescription de soins physiques.

³⁵ Pia-Caroline Hénaff Pineau (2014) fait un point à ce propos : « la législation sur le sport lors de la loi “dite Mazeaud » [9] (1975) complétée par la loi « dite Avice » [Loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et la promotion des activités physiques et sportives] (1984), qui subordonne la participation à des compétitions sportives à l'obtention d'un certificat médical d'aptitude et assujettit l'inscription à un club d'un sportif même non-compétiteur à la présentation d'un certificat de non-contre-indication, a offert une opportunité d'expansion [aux] professionnels 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) [...] prévoit que la délivrance des certificats d'aptitude et de non-contre-indication à la pratique ne requiert pas de qualification médicale spécifique [...]. Mais si cette répartition des compétences constitue une source de multiplication des consultations pour le médecin généraliste, il n'en reste pas moins que cela pourrait aussi renforcer son « rôle de dispensateur socio-économique d'attestations et de certificats » et par conséquent contribuer à la dévalorisation et au déenchantement d'un métier qui se « fonctionnarise » (Peneff, 2005, p. 115). »

possédée par le médecin, ou enfin, d'un document produit spécifique (cela a été repéré pour plusieurs lieux de l'enquête).

Ainsi, si l'utilisation d'une ordonnance matérialise la relation entre deux domaines d'activité qui restent distincts, et que les pouvoirs publics incitent à se coordonner pour prendre en charge des « publics » spécifiques, dans le cas de l'APA, les documents utilisés reflètent la distance entre ces domaines d'activité.

La façon dont ceux-ci sont remplis continue aussi de refléter les tensions entre les logiques de distinction ou d'intégration de l'APA dans l'ensemble des pratiques thérapeutiques, et donc aussi de partage des données avec les professionnel·les encadrant ces programmes. Dans une des structures pourvoyeuses d'APA, l'enquêtrice a eu accès à une partie des ordonnances stockées. Dans certains cas, rares, les médecins ne remplissent pas du tout l'ordonnance, dans d'autres, ils rapportent les limitations fonctionnelles (« points de vigilance »), parfois en association avec des pathologies. Cette disparité reflète également les tensions autour de l'identification des EAPA par les médecins comme des « professionnels de santé » ou des « professionnels du sport ». (On reviendra sur la matérialité de la prescription [infra, 2.1](#)).

Une séquence d'observation réalisée pendant la rédaction de ce rapport est particulièrement intéressante à ce propos.

Observation d'une formation en DPC sur la prescription d'APA effectuée par un passeur, début 2025

La réunion, organisée par la CPTS, a lieu dans une salle associative d'une ville de 10 000 habitant·es relativement centrale pour ce territoire, et où se trouvent des locaux de la CPTS. La chercheuse du collectif y a été invitée pour une restitution de l'enquête menée dans la structure. Les personnes présentes sont priées d'émerger. Alors que la réunion était au départ pensée plutôt pour les médecins, et d'ailleurs validait une formation DPC, il y a surtout des infirmières, peu de médecins présent·es, et alors surtout des internes [...] Le Dr Samuel (MCPH spécialisé sur cette question de la PAP) fait une présentation d'un peu moins d'une heure sur des éléments épidémiologiques (sédentarité, inactivité), physiologiques, éléments aussi issus de thèses d'exercice en médecine générale. [...] À la fin des premières interventions, une médecin (X) prend la parole. « *Bon j'ai un petit coup de gueule à passer ! En fait ça fait plusieurs années que j'envoie des patients. Et nous les prescripteurs on envoie et on n'a pas de retours* ». S'engage une discussion entre la médecin X, et le Dr Samuel et Raphaël, le coordonnateur APA de la MSS départemental. Celui-ci prend la parole pour demander si la médecin utilise [la messagerie sécurisée de santé utilisée par les professionnels de santé sur le territoire]. Il y a une incompréhension entre elle et lui, parce qu'elle ne comprend pas, au départ, qu'il est en train de lui indiquer que les bilans vont être envoyés par la mss via cette messagerie sécurisée. Quand elle comprend ce qui est en train d'être dit – parce que Samuel intervient – elle s'adresse à celui-ci en disant « mais quand c'est un APA, vous croyez que ça passe par la messagerie sécurisée ?! », avec un air de doute. Samuel répond vivement « *oui oui c'est récent. Oui c'est récent quelques mois* » et Raphaël le reprend en disant « *Enfin, ça fait deux ans et demi ou trois ans* ». Samuel pouffe de son erreur.

S'ensuit une discussion sur l'adressage et les données de santé. Médecin X : « *Alors est-ce que on est obligé de faire un mot ? Parce que là j'adresse et pour autant... il ne se passe rien.* » Ce à quoi Raphaël va essayer d'expliquer que finalement, si les médecins ne sont pas cités par les patients lors du bilan, les médecins n'auront pas de retour, et qu'il faut bien

qu'elle indique à sa patientèle de préciser qu'elle est le médecin qui les a orientés vers la plateforme. Elle continue : « *Mais on ne peut pas leur donner des données de santé. Vous n'êtes pas dans le secret médical. Je suis gênée de donner le dossier médical à un APA* ». Alors Raphaël ainsi que Samuel essayent de temporiser, celui-ci explique : « *Mais vous ne le donnez pas. En fait, c'est le choix du patient de communiquer ces informations ou non, mais il n'est pas du tout obligé et vous, vous n'avez pas besoin de préciser la pathologie, etc* ». La médecin X continue en demandant comment transmettre le dossier médical sans finalement donner ces éléments. Samuel va encore insister sur le fait que c'est le patient qui peut faire le choix de donner plus de détails ou non, mais que finalement les données de santé à proprement parler, il n'a pas à les communiquer. Raphaël corrobore, puis explique comment finalement, il va y avoir les informations qui peuvent être communiquer par [la messagerie sécurisée] tout en disant qu'il y a peu d'informations médicales ; ce à quoi Samuel souscrit en riant et en disant que, d'ailleurs Raphaël et la MSS demandent moins d'informations que ce qu'il souhaiterait (a minima la taille, le poids l'âge le sexe), que ça n'est pas assez renseigné et ça lui manque pour faire de bonnes évaluations épidémiologiques sur les données de la MSS. Il continue en disant, les données de santé, les pathologies, de son point de vue ce n'est pas un problème de les rendre accessibles aux EAPA.

Dr Samuel : « Moi je fais des formations conjointes aux kinés et aux EAPA sur la question de l'activité physique adaptée, du sport santé, et finalement je vais parfois plus loin avec les EAPA qu'avec les kinés sur les pathologies. » Raphaël clôt cette séquence en disant que : « Même si on n'est pas des professionnels de santé, on est quand même soumis au secret comme un professionnel de santé classique, j'ai envie de dire. » Plus tard Raphaël indiquera que [la messagerie sécurisée] a accepté que des « non professionnels de santé comme [eux] », à la MSS, puissent utiliser la messagerie sécurisée pour envoyer aux médecins et professionnels de santé. Il explique que finalement les EAPA « ce sont des professionnels de santé, pas "sanitaires" au sens strict mais "activité physique" ».

Ce partage des données de santé via peut revêtir une importance particulière pour certain·es médecins, particulièrement celles et ceux qui perçoivent les EAPA comme extérieurs au champ — ce qui peut être validé malgré eux par les intervenants en APA eux-mêmes. On perçoit au travers de cette observation les enjeux professionnels des différent·es acteur·ices, et combien les outils pour communiquer entre parties prenantes sont sources de — et révèlent les — tensions autour de la communication concernant les détails de la prise en charge, et tout simplement de l'orientation.

1.2.3. Une prescription sous condition des possibilités d'orientation

Une spécificité de la prescription d'APA est liée à la structure de l'offre, à son inégale répartition sur le territoire, à son organisation au niveau local et notamment de l'inscription des structures offreuses d'APA dans des réseaux de soin (ou l'articulation avec ces réseaux). La mise en place de la prescription se trouve ainsi dépendante de facteurs extérieurs au champ médical, c'est-à-dire de l'offre locale et de sa pérennité ou non d'une part, et de l'autre, de la connaissance que les médecins en ont (médiée ou non par la patient·e ou un·e intermédiaire professionnel·le) : **c'est une prescription associée à une orientation.**

Certains médecins se disent très favorables à la prescription (ce n'est pas le cas de tous, on le verra)³⁶, mais pensent ne pas assez connaître les éléments constitutifs de la prescription d'AP pour en réaliser, en lien notamment avec la possibilité d'orientation qui doit y être rattachée.

*Je n'ai jamais prescrit du sport sur ordonnance. Mais j'ai déjà utilisé des feuilles toutes faites avec des conseils d'AP : marcher 30-45 minutes par jour, natation...
Donc je ne sais pas si ça fait office de prescription mais c'était disponible sur l'ordinateur et on pouvait les imprimer aux patients. Après moi je donne des conseils ou des injections [sic] orales aux patients mais je ne le prescris pas sur une ordonnance standardisée sur papier*

Est-ce que tu as l'impression que ce n'est pas ton rôle de prescrire ?

Ah si si, c'est carrément mon rôle.

C'est plus le manque de connaissance de cette loi qui te freine ?

*Oui je pense que c'est ça, c'est un manque de connaissance de la **prescription standardisée de la chose** (...) C'est une bonne chose mais comme on n'a que la moitié des outils nécessaires, donc à quoi bon prescrire de l'AP (...) Si tu prescris ça et que ce n'est pas pris en charge, ou que tu ne sais pas forcément vers quelle structure les diriger, ça devient compliqué. Il n'y pas assez de structures où les envoyer non plus.*

Peut-être que je dis ça parce que je manque de connaissance, peut-être qu'il y a des structures ou tu peux facilement envoyer des gens, peut-être qu'il y a des prises en charge. On est limité par les capacités techniques pour accueillir les patients. Il n'y a pas assez de soutien derrière cette loi pour faire en sorte que ça soit plus pérenne et mieux prescrit. Il faudrait un réseau de soignants, de coachs et autres qui participerait à la prise en charge de la prescription d'AP, c'est ce qui manque.

Médecin ThèseMG-I-1, H, 31 ans, non-prescripteur, activité hospitalière et libérale, a arrêté la pratique sportive au moment de l'entretien

On le voit, dans son esprit la routinisation d'une orientation vers un programme d'AP sur prescription dépend d'une « standardisation », c'est-à-dire d'une harmonisation des procédures du côté des médecin et d'une systématisation et uniformisation de l'offre dont il imagine qu'elle pourrait prendre la forme d'un « réseau » articulant professionnel·les de santé et du sport, et permettant une prise en charge. Il faut souligner que cette offre existe dans sa ville d'exercice et aux alentours. Il n'empêche que sa méconnaissance n'est pas le signe d'un désintérêt, mais bien de l'éloignement de ses usages, des routines médicales et probablement des réseaux professionnels soutenant la PAP.

Comme le notaient Génolini et Moralès (2023), « À l'évidence, le déploiement des programmes se heurte donc à un secteur “sport-santé/APA” hétérogène, marqué par des difficultés relatives à l'intersectorialité de l'action publique [Sallé et coll., 2021] et aux luttes de territoires professionnels [Perrin, 2016]. Il en résulte une mise à l'agenda politique à géométrie variable selon les collectivités territoriales ». De fait, on l'a vu dans le premier chapitre, le **maillage était très inégal selon les régions et les départements d'enquête**. Leur comparaison met en évidence l'irrégularité et les disparités de l'offre d'APA selon les territoires, que ce soit entre régions, départements, villes voire entre territoires ruraux, semi-urbains, ou urbains (ONAPs, 2019 ; Bouttet et al, 2023). Les médecins ont donc des possibilités d'orienter leurs patient·es – et donc, de rendre leurs prescriptions effectives –

³⁶ Les médecins ont des pratiques hétérogènes, allant des conseils oraux peu précis jusqu'à une prescription formelle sur un document *ad hoc* avec des indications précises adressées au programme qui accueillera leur patient·e. On y reviendra plus longuement dans la [partie 2.1.3](#).

très inégales selon leur lieu d'exercice. Ainsi, ce médecin rapporte que ce qu'il souhaiterait (sachant qu'il se trouve sur un territoire d'action d'une MSS organisée au niveau départemental) :

Concrètement, ça serait d'avoir un réseau pour que l'on dise aux patients : « moi, dans votre cas on peut prescrire de l'activité physique. Je pense que ça peut être intéressant et je vous adresse à tel professionnel. Vous avez telle adresse, tel numéro ou eux ils sont dédiés à ça, spécialisés là-dedans avec une prise en charge globale ? ». C'est surtout ça, mais pour l'instant moi j'avoue que moi pour l'instant je n'ai pas de notions d'acteurs locaux à part les kinés qui pourraient gérer ça et à qui adresser. Donc je pense que c'est un frein aussi pour moi. Je n'ai pas connaissance du réseau, s'il existe.

Médecin ThèseMG-A-9, H, 32 ans, non-prescripteur, activité libérale (patientèle pauvre), pratique du sport loisir

De plus, une partie des programmes d'APA existants est spécifique, ou l'a été, à certaines populations ou pathologies (personnes âgées, diabétiques, obèses) ce qui limite – selon les propos des médecins – la prescription d'APA auprès des catégories non ciblées, tout en facilitant la prescription d'APA auprès des catégories ciblées. En outre, **la labilité des financements publics, et dès lors, de l'offre d'APA**, contribue à rendre plus difficile l'identification des structures « fiables » vers lesquelles il est possible d'orienter les patient·es. L'offre évolue et des programmes apparaissent, disparaissent, changent de nom, de porteurs... Une médecin remarque ainsi que « *oui, il y avait bien [X-structure], pour les diabétiques, mais c'est fini depuis dix ans* » (Dr Bensaci, F de 65 ans exerçant en milieu urbain anciennement en cabinet avec son conjoint et désormais cabinet seule, AuRA, non-prescriptive) : en réalité, la structure existe toujours, mais a changé plusieurs fois de nom depuis, n'est plus géré par la même association, et s'adresse désormais à tous les publics. Un autre médecin, le Dr Boro, prescripteur et qui connaît bien l'offre locale, souligne que l'arrêt du financement d'un programme destiné aux personnes âgées a compromis la continuité du service et crée une incertitude quant à la possibilité d'orienter les patient·es âgé·es vers une prestation d'APA. Au vu de cette incertitude, un médecin précise : « *dans le doute, je ne fais pas [d'orientation vers le programme incertain], parce que je ne veux pas envoyer des personnes là-bas si c'est pour rien* » (H de 53 ans, exerçant en milieu semi-rural en AuRA dans un « centre médical », spécialisé de mésothérapie et prévention).

La Dr Noël (MG, F, 41-45 ans, exerçant en milieu urbain, MSP, Occitanie, avec une grande proportion de personnes âgées dans sa patientèle dont 80 % sont des femmes, prescriptive) est une médecin qui considère comme importantes les activités physiques et culturelles de sa patientèle âgée, tant au niveau physique que social. Elle incite ces patient·es en particulier à faire du sport, notamment en les orientant vers la salle de sport privée installée à côté du cabinet. Afin d'orienter ses patient·es vers des prestations locales concrètes, elle consacre un temps conséquent pour connaître des clubs et associations, en écoutant ses patient·es et même en se rendant au « forum des sports » chaque septembre. Elle raconte son découragement à prescrire dans les premiers temps, en raison du manque d'informations sur les dispositifs et sur les démarches à entreprendre sur son territoire. Si elle a reçu un fascicule de promotion du « sport-santé » d'une association locale 3 ou 4 ans après la loi, elle considère n'y avoir rien trouvé de très explicite pour engager une prescription. On peut y voir ici encore les effets de la distance entre le monde sportif et le monde médical, aux langages et modes de communication visiblement éloignés. Les informations concrètes dont la Dr Noël aura besoin sont absentes des fascicules et les

récupérer demanderait du temps d'appropriation que les médecins disent ne pas avoir : « S'il faut encore prendre 10 mn pour aller lire les infos sur le site... ! ». Elle se décide, un jour où elle « trouve le temps », à appeler la structure pour comprendre les éléments concrets pour elle : la prise en charge financière, les activités proposées, le document qu'elle doit signer. Rassurée par les informations délivrées et la proximité de l'offre, elle prescrit régulièrement depuis lors.

1.3. L'appropriation d'un bien de santé par ses « destinataires »

1.3.1. Un enjeu pour les structures offreuses d'APA : accroître l'offre par le relais des médecins

Les structures offreuses d'APA qui ont été enquêtées dans le cadre de PrescAPP prennent souvent la loi en son sens strict, et considèrent les MG comme des « relais » entre elles et les patient·es. Il semble ainsi y avoir un relatif consensus sur la centralité des médecins, mais aussi sur « l'implication » jugée insuffisante des médecins généralistes. Alors qu'une partie importante des orientations sont réalisées par des hôpitaux et des SSR, ou encore d'autres professionnel·les de santé comme les kinésithérapeutes ou les infirmières, les orientations par des médecins généralistes – notamment, qui exercent en cabinet individuel – apparaissent plus rares. Structures et médecins critiquant le manque ou les stratégies de « communication », renvoyant à l'autre partie ou aux pouvoirs publics la responsabilité de ces manques.

Sur le site (de l'association), on voit le processus où on est orienté par le médecin, passe un bilan d'évaluation et orienté vers des pratiques. Mais ça existe ? Ou c'est théorique ?

Ça existe dans certaines régions. Dans notre région ça se fait, mais le problème principal qu'on a aujourd'hui et depuis des années, c'est entre guillemets le manque d'implication des médecins. C'est très difficile d'organiser des réunions avec des médecins. Depuis que je suis là, je vois qu'il y a différentes tentatives, différents créneaux d'information, différentes stratégies de communication...

Association chargée par les services déconcentrés de l'État de jouer un rôle de coordination APA dans une région d'enquête

Ce que ces passeur·euses de première ligne (coordonnateur·rices, ou chargé·es de mission, parfois médecins) imputent à des dispositions individuelles des médecins nous apparaît finalement être plutôt **un effet de l'organisation du travail médical**, on le verra *infra*. Cette représentation relève du sens commun professionnel, mettant les médecins au centre du jeu. C'est en tout cas une conception partagée aux différents niveaux et à différents endroits de l'espace social de l'APA — ainsi Jehan Lecocq, Professeur conventionné de l'Université de Strasbourg, Co-président de la commission médicale du Comité National Olympique et Sportif Français ne dit pas autre chose : « L'une des principales difficultés rencontrées par les dispositifs de prescription de "sport-santé", ou de sport-santé sur ordonnance, est le recrutement et l'implication de médecins prescripteurs comme l'ont souligné l'état des lieux de 2019 de l'ONAPS/PRNSSBE et en octobre 2022 les cinquièmes Assises européennes du sport-santé sur ordonnance. » (Lecocq, 2024).

Cette représentation de la centralité des médecins généralistes dans le relais de la PAP, et le fait de devoir essayer de les mobiliser a en tout cas des effets bien concrets sur le travail des passeurs. Au cours de l'enquête, les acteurs de l'APA ont régulièrement mis en avant l'activité et le temps de travail parfois important, mais jugé infructueux, consacrés à des démarches envers les médecins : déplacements aux cabinets individuels ou de groupe, organisation de réunions de présentation des programmes et/ou de formation à la prescription, participation à des événements organisés par des maisons pluriprofessionnelles en lien avec la prévention, production et mise à disposition de documents et d'outils spécifiques pour la prescription d'APA, etc. Un constat généralement partagé est celui d'une petite minorité de médecins qu'on pourrait dire « fortement prescripteurs », contrastant avec un halo de médecins pas ou ponctuellement prescripteurs et que les structures peinent à intéresser à la prescription d'APA.

[Il y a] des médecins qui sont très fortement prescripteurs, on retrouve toujours les prescriptions de certains médecins, on voit sur le département, à peu près 13 médecins qui sont très prescripteurs, où on retrouve souvent les mêmes noms et après il y a en qui prescrivent pas du tout, il y en a qui prescrivent un petit peu.

GE — Coordination départementale d'un dispositif régional

La position dominante des médecins vis-à-vis des professionnel·les d'APA dans la loi se trouve confortée institutionnellement par les critères d'évaluation des structures offreuses d'AP : le nombre de prescriptions entre en ligne de compte dans leur évaluation par leurs financeurs (ARS, communauté de communes...). Cela peut ponctuellement amener à une surévaluation de leur pouvoir et de la capacité de la prescription à faire évoluer le secteur de l'APA.

[Si] votre médecin vous dit qu'il faudrait vous mettre au sport : c'est votre médecin qui vous le dit, et du coup comme on a peur de son médecin et on sait qu'il a raison, on fait un peu de sport.

Responsable d'un service déconcentré du ministère des Sports, chargé de l'opérationnalisation de la PAP au niveau d'un département.

Symétriquement, cette position de dépendance structurale peut également amener une minorité de professionnels enquêtés à dénier toute importance aux médecins : « la prescription ne sert à rien », juge un agent d'un service des sports municipal du Sud de la France, plus disposé à mettre en avant l'importance du travail relationnel effectué par les professionnels de l'APA auprès des pratiquant·es potentiel·les. Plus régulièrement, les enquêté·es mettent l'accent sur les manques et insuffisances des documents de prescription transmis. Les entretiens réalisés auprès d'EAPA par une docteure en médecine, Clara Guilleron, qui a effectué sa thèse d'exercice (2023) sur ce sujet avec le soutien de l'équipe de PrescAPP, permettent de le souligner : « *Parfois c'est juste "prescription d'activité physique adaptée", très souvent après on n'a pas plus d'info* », « *Quand il n'y a pas des points de vigilance quand il devrait y en avoir ça nous manque* », « *régulièrement, il n'y a pas de précision sur les modalités (fréquences, intensité)* ». Une majorité de professionnels de l'APA rapportent la rareté des informations sur la ou les pathologies : « *il n'y a quasiment jamais la pathologie ou le truc enfin la... la spécificité de la personne.* »

L'activité de « lobbying » des « passeurs » des programmes d'APA a néanmoins contribué à développer les pratiques de prescription pendant la période de l'enquête, en dépit des obstacles matériels et des limites subjectivement ressenties (les deux dimensions se renforçant mutuellement). Ce constat de promotion de la prescription nous a d'ailleurs conduit à initier, dans le cadre de ce projet, un travail de comparaison de la prescription de

soins de kinésithérapie et d'APA, avec Jérémy Rollin, spécialiste du groupe professionnel des kinésithérapeutes et de leur mobilisation à l'encontre de la prescription de kinésithérapie (qui a repéré un lobbying syndical allant au contraire dans le sens d'une suppression de la prescription médicale, considérée comme un outil de domination des médecins à leur égard — Rollin, 2022) — article en cours de soumission.

1.3.2. L'appropriation par ses destinataires : « demander » une PAP

Comme pour d'autres biens de santé (par ex. des soins non conventionnels, cf. Fagon et Viens-Bitker, 2012), l'itinéraire thérapeutique des patient·es, et l'ordre négocié de leur maladie, a des effets non négligeables : une partie importante des pratiquant·es interrogé·es s'est avérée à l'initiative de la prescription. Ce qui apparaît assez fortement dans notre enquête a également été mis en évidence par Floriane Lutrat (2022) dans le dispositif strasbourgeois, ou Akim Oualhaci (2023), lequel note que dans les MSS enquêtées « Très souvent, ce sont les publics qui font la démarche de demander à leur médecin traitant de leur prescrire du sport sur ordonnance, plutôt que l'inverse » (p.7).

Malgré l'absence de statistiques agrégées sur la prescription de l'APA et, à plus forte raison, ses modalités effectives, la congruence des travaux menés sur nos terrains respectifs incite à considérer qu'une partie importante des patient·es ont un usage actif de la possibilité ouverte par la loi, et détournent le chemin tout tracé et descendant de l'autorité médicale (jugement du besoin par le médecin et application plus ou moins « docile » de la personne concernée — cf. Axe 3). Pourtant, seule une minorité des médecins rencontrés dans le cadre de l'enquête rapporte que la prescription peut être à l'initiative des patient·es :

Question (portant sur l'unique tentative de prescription effectuée par le médecin au moment de l'entretien) : Mais du coup cette association comment l'avez-vous connue ?

R1 : C'était dans le journal, la patiente m'avait amené un article... c'était une association dans [le département].

Médecin ThèseMG-B-6, H, 58 ans, une tentative de prescription, oriente sur « Cœur et santé », pas de formation complémentaire, majorité de personnes âgées, peu sportif

Donc vous voyez les gens arriver qui vous disent « ha bah ça c'est pris en charge » et pis « il faut faire ça » ha bon ? Euh ! Et nous on sait rien alors on passe pour des cons, premièrement. Et pis deuxièmement on s'énerve parce qu'on ne sait pas comment faire enfin, voilà, c'est... Mais c'est habituel. [les MG] On a l'habitude d'être la dernière roue du char, enfin c'est pas nouveau.

Médecin ThèseMG-I-7, H, 65 ans, non-prescripteur, mais oriente sur « Cœur et santé », médecin coordinateur en EHPAD, activité libérale de groupe, sportif

Vous avez eu des demandes de... de prescription de l'activité physique en dehors du coup du COVID (...) ?

Non prescription d'activité physique jamais. Par contre on a des demandes de certificats pour être autorisé... pour autoriser à faire du sport

MG Guaro, H, 36-40 ans, cabinet de groupe, centre-ville, Sud-Est, pas de spécialité, sportif.

Est-ce que c'est une demande, une attente de leur part, ou bien c'est vous spontanément qui allez leur en parler, aborder le sujet ?

Non je pense que c'est... c'est quasi systématique de ma part. C'est-à-dire que systématiquement je vais leur demander s'ils ont une activité.

MG Charbonnier, H, 61-65, MSP + part salariée en CHU, Sud-Est, spé addicto, sportif

Dans ce dernier extrait on voit pointer l'« expérience de l'illégitimité » et de la fragilité des savoirs qui caractérise l'exercice de la médecine générale (Arliaud, 1987) dont on reparlera infra (2.1.2). Contrairement aux précédents cas, la Dr Noel s'est directement renseignée sur l'offre accessible (cf. 1.2.3), et fait environ 10 prescriptions par mois. On perçoit dans l'entretien à la fois combien, pour elle, la prescription d'AP a pu rentrer dans sa pratique (sous condition d'orientation aux contours concrètes), le fait aussi que d'autres professionnels de santé contribuent à ce processus de prescription, ainsi que des patient·es elleux-mêmes.

Et donc ben maintenant, je prescris. Voilà.

Q : Et vous avez tous les éléments, là, du coup ?

R1 : Et je les [ai mis] dans mon cahier après (rire). Dans mon pense-bête.

Q : Donc une dizaine par mois. Vous sauriez dire, à peu près, sur ces 10, combien viennent de vous et combien ont été demandées par le patient ? (silence)

R1 : Mm je dirais moitié — moitié.

Question : Moitié moitié, quand même ?

R1 : Mm. (silence)

Question : D'accord. (silence)

R1 : Là, il y en a une qui m'a dit qu'elle avait vu, que c'était son kiné qui lui en avait parlé... Parce que les kinés, souvent, maintenant, ils se sont équipés de salles de sports. Mais comme c'est super cher, eh ben là, elle avait dit que c'était trop cher. Donc il l'avait réorientée vers euh... l'association.

Dr Noël, F, 41-45 ans, exerçant en milieu urbain, MSP, Occitanie, avec une grande proportion de personnes âgées dans sa patientèle dont 80 % sont des femmes, prescriptive

Il y a un écart conséquent entre la proportion de personnes pratiquantes rapportant avoir initié la prescription d'une APA par leur médecin (souvent corroboré par les programmes d'AP) et l'absence de discours probants là-dessus par les médecins interrogés. Ce résultat ouvre un ensemble de questionnements sur les conditions auxquelles la contribution des structures offreuses d'APA, et des patient·es, reste généralement invisibilisée, qu'on détaillera juste en dessous.

1.3.3. Une appropriation déniée. Une relation négociée avec les patient·es peu mise en avant par les médecins ; et une invisibilité des interventions des professionnels de l'APA

En dépit du **travail mené par les structures offreuses d'APA et du rôle actif joué par les patient·es**, les médecins rapportent généralement peu l'intervention de ces acteurices, contribuant à **renforcer les représentations dominantes d'une prescription qui serait un pur acte d'autorité**, imposé aux patient·es, et procédant uniquement des logiques internes au champ médical — tout comme il y a des négociations entre les MG et leur patientèle pour l'accès à certains médicaments ou procédures.

Ces résultat nous intéressent ainsi à un double titre dans le cadre d'une analyse de la réception de l'action publique. Outre les questionnements qu'ils ouvrent sur les **conditions sociales de l'appropriation** de cette politique publique par les destinataires, nous montrons **comment les « destinataires » de cette politique publique se trouvent ainsi à contribuer à son institutionnalisation progressive, à rebours de son aspect – virtuel – d'« injonction descendante »**. Sous ce rapport, l'enquête menée dans le cadre de PrescAPP amène à nuancer l'opposition faite par d'autres entre des dispositifs participatifs supposés démocratiques et celui de la prescription d'activité physique adaptée (Genolini, Moralès, 2024). Cette opposition sera discutée plus avant dans le troisième chapitre de ce rapport, tout comme la question des effets à la fois contraignants et habilitants de la prescription pour les publics destinataires (Revillard, 2018), en lien avec les rationalités, socialement situées, des patient·es en matière de santé.

Les différents acteurs et institutions engagé·es dans le domaine d'activité de l'APA contribuent d'ailleurs à renforcer la position hégémonique des médecins — bien que critiques de celle-ci. Leurs actions en ce sens agissent circulairement sur la force de leur représentation à ce sujet : du fait notamment de l'évaluation — au moins partielle — des structures offreuses d'APA par leurs diverses institutions financeuses à partir d'un critère quantitatif de nombre de prescripteurices et/ou d'ordonnances ; également du fait de l'intérêt symbolique des professionnel·les de l'APA à mettre en avant la proximité de leur domaine d'intervention au champ médical, pour montrer notamment leur plus-value comparativement à un autre type d'intervenant sportif.

Néanmoins, cette invisibilisation reflète également les dispositions incorporées par les médecins tout au long de leur socialisation professionnelle, ce qu'indiquent les extraits d'entretien ci-après :

J'ai fait une petite formation l'année dernière enfin il y a plus que ça, il y a trois ans, deux ans ou trois ans, [une FMC]. Le seul truc dont je me rappelle [rire]... Non non non, mais franchement c'est pas la meilleure formation que j'ai faite. Franchement ça m'a pas apporté grand-chose parce que déjà ils nous ont dit : « de toute façon c'est pas remboursé ». Alors... et à partir de ce moment-là je me suis dit : ça m'a un peu bloqué dans la tête. Je me suis dit : « bah c'est pas remboursé, qu'est-ce que tu veux prescrire quelque chose qui n'est pas remboursé ? Personne va le faire. Bah... voilà ». Après j'ai peut-être pas bien retenu le truc, mais... voilà.

Dr Claudel, H, 41-45 ans, cabinet seul – anciennement PH gériatrie –, exerce seulement les matins, zone semi-rurale, Sud-Est, sportif.

Il y avait soi-disant il y a quelques années, possibilité de prescrire et mise en place d'une activité physique remboursée, qui n'a pas été honorée, je trouve. Donc maintenant je fais ma petite sauce toute seule. [...] Verbalement. [...] J'ai jamais fait d'ordonnance. [...] Et quand je m'étais inscrite à une formation [FMC] pour faire justement du sport sur ordonnance, on m'a dit que c'était abandonné donc je suis repartie de la formation. Super (ton négatif) !

Dr Sudat, F, 51-55 ans, MSP composée uniquement de MG, région Sud, a cessé de prescrire l'APA, zone semi-rurale, ostéopathie, ancienne sportive de haut niveau.

Ce dernier extrait d'entretien est d'autant plus révélateur, qu'une affiche d'un dispositif d'AP sur ordonnance – organisé sur le territoire où exerce cette médecin – est placée bien en évidence dans sa salle d'attente, mais comme invisibilisée par les informations reçues dans le cadre de la formation mentionnée. Organisée dans le cadre du DPC destiné aux professionnel·les de santé, cette formation a probablement apporté des éléments sur la

discontinuité du financement des dispositifs locaux d'APA, qui aurait été « abandonnés » (la question des effets du [non] remboursement sera abordée par la suite, notamment *ici*). La présence de l'affiche, pourtant explicite, s'avère insuffisante pour modifier une pratique professionnelle dont les **possibles sont d'abord élaborés au sein du champ médical**. Le cas de ces enquêté·es rend manifeste la **difficile circulation d'informations de l'extérieur du champ médical vers l'intérieur, voire le poids de la socialisation professionnelle comparativement aux informations apportées par des acteurs extérieurs au champ médical**. Il ouvre sur un questionnement qui sera abordé dans les parties suivantes, sur les pratiques effectives puis les déterminants sociaux individuels et collectifs de la prescription.

➔ **Quelques recommandations à l'issue de cette partie :**

- À partir de ces éléments, il nous semble intéressant de noter qu'il ne suffit pas d'améliorer les formations des médecins pour diffuser la prescription d'APA. Il faut aussi pointer, et faire comprendre aux acteurs institutionnels, que cette diffusion est finalement :
- En bonne partie la résultante du travail, sur un temps long, des professionnel·les de l'APA impliqué·es localement dans ces programmes qui en connaissent les délimitations, impliquant l'importance de la stabilisation de leurs financements, qui permet la continuité des programmes qui s'est avérée un point crucial de la reconnaissance de cette offre par les médecins libéraux ;
- Des communautés de professionnels de santé – notamment infirmières, ainsi que parfois kinésithérapeutes – qui s'emparent plus facilement collectivement de cette question que séparément (on va le voir infra) ;
- Et enfin de l'appropriation active par les pratiquant·es de cette possibilité (cf. axe 3), à valoriser dans les évaluations des programmes — en lien avec le travail des MSS de se faire connaître dans le tissu associatif local, auprès des associations et professionnel·les de la santé, du sport, du loisir et du médico-social parfois, auprès des mutuelles parfois aussi.

Partie 2 — Pratiques et déterminants de la prescription.

En rendant possible la prescription d'AP par un médecin traitant, la loi est venue modifier l'état précédent de l'offre, limitée à des initiatives municipales d'une part, et aux hôpitaux, centres de rééducation et soins de suite, de l'autre. Elle visait donc à étendre l'APA à la « médecine de ville ». Alors que nous venons de voir qu'il y a une part importante d'initiative des patient·es, et une diffusion des possibilités de prescription de l'APA par d'autres acteurs d'autres champs professionnels, le discours des acteurices rencontré·es, en 2019, au moment du dépôt du projet était : « ça ne marche pas, les médecins généralistes ne prescrivent pas », comme si la mesure des effets de cette loi pouvait se résumer par la quantification des pratiques de prescription d'APA par les médecins généralistes. Cette seconde partie porte sur les pratiques effectives de prescription d'APA, et sur les conditions auxquelles les MG sont amené·es à se dire ou non prescripteur·rices.

2.1. La prescription et ses ambiguïtés

La matérialité de la prescription est un objet d'enquête en soi. Les entretiens ont visé à déterminer et éclaircir **ce que la notion de « prescription » pouvait recouvrir, s'agissant de l'APA : la « prescription orale » d'une activité physique, un écrit sur une ordonnance, ou bien la rédaction d'un document et/ou l'orientation – orale ou écrite – vers une structure.** De fait, à l'issue des entretiens et en dépit des questions et relances des enquêteurices, les pratiques prescriptives réelles demeurent parfois floues, s'agissant des médecins généralistes peu prescripteur·rices. Dans les entretiens réalisés par les internes de l'équipe pour leur thèse d'exercice, notamment, des médecins se rappellent avoir « peut-être prescrit une fois » par écrit, ou avoir communiqué par téléphone avec une structure. Ce qui correspond à ce qui est rapporté par les professionnel·les encadrant les programmes : les pratiquant·es arrivant sans ordonnance, ou avec un certificat de contre-indication, ou avec un document pas ou peu complété, ou complété par un tiers, etc. Le document de prescription alors produit peut être un certificat de non-contre-indication (plus anciennement intégré aux pratiques) ; un certificat, signé par la ou le médecin, de non-contre-indication sur une « plaquette » produite par la structure, éventuellement apportée par le patient (et parfois déjà remplie en partie par des auxiliaires de santé ou des EAPA) ou possédée par le médecin ; ou enfin, un document produit par les services déconcentrés de l'État ou leurs opérateurs, en charge de la mise en place de l'APA au niveau des régions. L'objet de cette première partie est de dégager les causes de ce flou, et d'en montrer les conséquences sur les pratiques prescriptives des médecins.

2.1.1. L'APA dans l'ensemble des pratiques de prescription des soins physiques

On l'a vu, on peut classer la prescription d'APA dans l'ensemble des prescriptions médicales de « soins physiques », même si elle est spécifique sous différents rapports (formation initiale hors de la sphère d'influence des médecins, non remboursement direct, nouveauté, intervention sur les modes de vie,...). L'extrait d'entretien ci-dessous, entre tâtonnements de

l'enquêtrice et réponses évasives du médecin, reflète l'état de faible connaissance que l'on a souvent rencontré concernant les spécificités de l'APA.

Question : Mais sinon pour revenir à la question des modes de vie et de la sédentarité, par rapport donc... il y a eu un changement de loi ces dernières années qui permet de prescrire l'activité physique. Est-ce que c'est quelque chose que vous faites ? Est-ce que...

Bah je prescris l'entraînement à l'effort. Oui. Mais bon c'est pas... c'est pas ça, ce qu'ils veulent, c'est faire de la... de la dépense physique. Bon c'est encore... c'est encore de la kinésithérapie un peu adaptée, renforcement musculaire, du cardio, des choses comme ça. De toute façon on n'a pas encore le... l'aval pour faire la prescription et prise en charge.

Question : D'accord.

Ça, ce n'est pas... (silence)

Question : D'accord. Mais... mais vous avez fait des prescriptions dans un formulaire spécifique ?

Non.

Question : Non. Qu'est-ce que... qu'est-ce que vous faites ? Vous faites juste du certificat de non-contre-indication ou...

Ah pour l'exercice physique ?

Question : Oui... C'est ça.

Oui ça oui. Bien sûr on va le faire [les certificats à la non-contre-indication], mais ça n'a pas de sens d'ailleurs, mais enfin dans certains cas. Des fois ça peut aboutir à des choses parce que, à un certain âge on fait des bilans cardio, donc on peut avoir des mauvaises surprises. Et sinon... sinon oui je fais souvent en phase secondaire, par exemple des gens qui ont eu des accidents, je fais de la rééducation post opératoire, post...

Question : Donc avec des kinés, je suppose ?

Ouais.

Question : D'abord, avec des kinés. OK.

Ça, c'est vraiment avec le kiné. C'est pas dans les salles de sport : non ça... ce n'est pas pris en charge.

Dr Casti, H, Sud-Est, près de 70 ans, marié avec petits-enfants, cabinet seul, « médecine sociale », quartier modeste, actif

L'enquête menée pour PrescAPP montre la relation circulaire entre la **faible identification**, par les médecins, de l'APA dans l'ensemble des soins physiques d'une part, et de l'autre le **caractère flou de l'orientation vers des programmes spécifiques**, et la difficulté supposée de la prescription, dans sa **matérialité**³⁷.

Ainsi, dans la première vague de l'enquête en 2020-2021, les médecins généralistes mettaient régulièrement en avant leur difficulté à identifier le document adéquat pour la prescription. Une illustration parmi d'autres, un médecin demande à l'interne qui réalise l'entretien s'il « *y a un formulaire [pour la prescription] ?* » (Médecin ThèseMG-Y-7).

³⁷ Sur cette question de la matérialité de l'ordonnance, cf. Sylvie Fainzang (2001) pris du point de vue des patient·es (selon leur culture religieuse) et de leur rapport à l'écrit, et à l'autorité et savoir médicaux ; ou récemment Nils Kessel (2022) sur l'évolution de l'ordonnance comme produit d'un rapport de forces entre corps médical et administrations). Un article en cours d'écriture du collectif de recherche avec Jérémie Rollin portera en partie sur cette question (Titre provisoire : *Recompositions de l'offre de soins et stabilité des frontières du champ médical : le cas de la prescription de soins physiques*).

Un autre médecin, qui a suivi une formation à la prescription d'APA, avoue : « *Alors [je n'ai] pas vraiment [prescrit]* ». Il met d'abord en avant le fait que « *en fait, les assos, j'ai peur qu'ils ne sachent pas trop quoi faire avec cette prescription. Je ne sais pas comment va être utilisée ma prescription, par qui et où, c'est ça qui m'embête* », avant de juger ainsi le dispositif « *pas clair* », nécessitant de remplir des « *grilles pour évaluer la capacité des gens... Encore un machin à remplir* ».

Il oppose la prescription d'APA à la prescription médicamenteuse ou de kinésithérapie, standardisées et donc supposées « *simples* » et « *efficaces* » : « *c'est simple, il y a un problème de genou, bon on met de la kiné, on sait où les gens vont, pour combien de séances* ». Il sait où vont les gens, c'est-à-dire qu'ils restent dans une région du champ médical, où le médecin occupe une position dominante au sein d'un groupe dont les habitus professionnels lui apparaissent cohérents.

Le discours du Dr B-10 dénote, en creux, sa méconnaissance de l'AP relativement à sa routine bien rodée côté kiné, la connaissance de la procédure étant assortie d'une connaissance de la profession : « *Il faut que ce soit plus organisé, comme avec un kiné : on sait ce qu'on fait* ». Pour l'APA le processus de prescription lui semble différer de ce qu'il fait par ailleurs. En leur demandant d'intervenir sur des modes de vie (« *L'activité physique c'est la kiné du sédentaire, du diabétique, du surpoids.* »), la loi ne lui demande finalement pas un diagnostic médical – ce qui est le plus valorisé dans la division morale du travail médical – ; mais une « *grille* » à remplir, c'est-à-dire un acte administratif – activité à classer du côté des tâches dévalorisées –, imposé par un dispositif extérieur au champ (MG-B-10, H, 59 ans, non prescripteur, formations sur l'activité physique, activité libérale, sportif).

Un troisième, qui croyait ne pas avoir prescrit, se rend compte en cours d'entretien que « *Oui j'en ai déjà prescrit en fait. C'est dur de dire si tu en as déjà vraiment fait ou pas* » (Médecin ThèseMG-I-3, H, 44 ans, AuRA, ancien prescripteur, capacité de médecine du sport, cabinet, mais bientôt en MSP, milieu rural, sportif).

Tandis que la prescription de kinésithérapie, plus anciennement intégrée dans l'éventail des thérapeutiques, apparaît quasi naturalisée, le flou mis en évidence reflète la codification récente de la prescription d'APA par des acteurs issus du (quasi) « champ sportif » (Defrance, 1995). La prescription d'APA est ainsi vouée à être perçue par écart avec les pratiques médicales les plus établies, ainsi quant au document de prescription : « *Bon, c'est même pas un cerfa, en plus* » (Dr Martin, H, environ 45 ans exerçant en MSP en milieu semi-urbain, Sud-Est), ou encore « *Le kiné qui nous a fait la présentation de l'APA, là, de l'activité physique adaptée, nous avait donné un formulaire. Donc j'utilise le formulaire de ce Monsieur* » (Médecin ThèseMG-I-11, F, 34 ans, prescripteur, pas de formation complémentaire, cabinet de groupe et médecin en EHPAD, sportif).

Sous ce rapport, les encadrant·es des programmes sont susceptibles de se voir évalué·es par rapport à leurs écarts à la langue médicale légitime, comparativement à la socialisation aboutie des kinésithérapeutes ; aussi à ce que les médecins considèrent comme scientifique versus non scientifique, thérapeutique/curatif, thérapeutique/palliatif, thérapeutique/préventif ; et renvoyé·es à une forme d'indétermination statutaire. Ainsi :

[J'avais une patiente] diabétique, hypertendue, sédentaire, 1m65, 130 kilos, qui était volontaire pour faire quelque chose [...] J'ai essayé de joindre quelqu'un [d'une association offreuse de programmes d'APA sur prescription] qui m'a rappelé, et on n'est pas arrivé à déterminer comment la faire rentrer dans quelque chose. Il ne voulait pas la prendre, car elle avait trop de pathologies et que ça pouvait pas être en individuel... et que de toute façon il n'avait pas de groupe où il aurait pu la faire

rentrer. Après j'ai pas compris parce que c'était une association... et la personne que j'ai eu ne parlait pas très bien sur le plan médical... Je n'ai pas très bien compris qui m'a rappelé en fait.

Médecin ThèseMG-B-6, H, 58 ans, une tentative de prescription, oriente sur Cœur et santé, pas de formation complémentaire, majorité de personnes âgées, 17 % ALD, 15-20 % CMU, peu sportif

On perçoit combien, dès lors que la structure n'est pas connue, si elle se revendique d'une forme de prescription, elle est placée de fait par les médecins sous leur férule, et doit pouvoir rendre compte des compétences de ses membres au prisme de la langue et de la culture médicales. Dans ce contexte, les documents de prescription reflètent l'intégration en demi-teinte de l'APA dans l'ensemble des services de santé (cf. [supra 1.2.2.](#)). Il reflète aussi / renvoie aussi à le travail mené par les « offreurs » de programmes d'APA, qui contribuent à structurer l'offre, et qui sont généralement extérieurs au champ médical.

2.1.2. Les effets des incertitudes administratives et juridiques de la prescription d'AP

Qu'il s'agisse de l'adresse à un autre professionnel de santé, d'un acte ou d'une prescription médicamenteuse, la prescription est matérialisée par l'ordonnance qui est un document administratif, adressé à la sécurité sociale. Or, n'ouvrant pas droit à un remboursement, la prescription d'APA n'est pas destinée à la sécurité sociale — hors de programmes expérimentaux ouvrant ce droit, comme « Cœur et santé » encadré par la fédération française de cardiologie. La prescription, au sens de délivrance d'un document écrit ordonnant la pratique de l'AP, n'aurait selon les acteur·ices aucune utilité probante.

L'intérêt de la prescription c'est qu'il y a le remboursement derrière. Donc il n'y a pas de remboursement, ce que je prescris, ça sert pas à grand-chose. (...) J'essaye de les motiver à ça. Mais il n'y a pas besoin de papier.

MG Guaro, H, 36-40 ans, cabinet de groupe, centre-ville, Sud-Est, pas de spécialité, sportif.

L'entrée dans les programmes d'APA est néanmoins susceptible d'être remboursée partiellement par certaines mutuelles, mais peu de médecins le savent. Le flou quant aux fonctions de l'ordonnance engendre une **incertitude quant à ses destinataires** : est-elle adressée au patient, à la structure, ou aux deux ?

Cette incertitude est parfois susceptible de se doubler d'une incertitude quant au degré d'engagement de la responsabilité des médecins. Par différence avec le certificat de non-contre-indication à la pratique sportive, plus anciennement intégré à la pratique médicale et qui peut exposer le médecin à des poursuites, le degré **d'engagement de la responsabilité** médicale paraît plus incertain. Néanmoins, alors que fréquemment, les médecins interrogés mettent en avant sa nature superfétatoire (« *je ne vais pas prescrire du brocoli !* », Médecin ThèseMG-Y-10, H, 32 ans, non-prescripteur, pas de formation complémentaire, activité libérale, pratique d'AP régulière), un seul médecin enquêté – également disposé à mettre en avant le caractère superflu de cette prescription : « *on va bientôt prescrire des légumes à ceux qui n'en mangent pas !* » – soulève ces questionnements au cours de l'entretien :

Alors après du moment où on va faire une prescription et bien en quoi ça nous engage ? C'est intéressant à savoir ça. Imaginons un patient qui bouge jamais, chez qui je vais faire une prescription de faire du sport. Il fait un infarctus en faisant du

sport. En quoi moi ça m'engage ? Tu vois. Est-ce qu'il faut que, en plus de lui faire la prescription, il faut aussi que je lui fasse un certificat de non-contre-indication ?

Médecin ThèseMG-B-12, H, 47 ans, non prescripteur, formation d'éducation thérapeutique, activité libérale, sportif

Il poursuit en portant ses interrogations cette fois sur l'orientation vers une structure : « *Et puis après, il va aller où, avec son ordonnance ? À quoi il a droit ? Est-ce qu'il faut absolument aller dans un centre spécialisé avec des coachs ? Est-ce que ça s'adresse à une certaine population ? Voilà, tu vois, c'est toutes ces questions que je me pose.* »

Les professions de santé comme infirmières et kinésithérapeutes sont réglementées et permettent une relation de confiance thérapeutique expérimentée depuis longtemps.

L'indétermination administrative et juridique quant à cette prescription d'AP, et en creux l'inquiétude sur sa responsabilité médico-légale, traduisent là encore au moins l'extériorité maintenue des structures offreuses d'APA par rapport au champ médical, voire leur étrangeté. Et, en lien, la méconnaissance répandue de cette offre par les médecins. Le Dr Martin, promoteur de l'AP, le constate :

Il faut qu'on... il faut à un moment donné que les gens se rencontrent, c'est-à-dire que nous, on le voit même nous, entre médecins, c'est en... c'est en prenant un temps à midi, d'aller déjeuner ensemble, de... d'échanger, discuter, voir finalement, on fait la même médecine, qu'on a les mêmes, la même façon de travailler, que les gens vont être bien pris en charge que ça rassure. Le souci, c'est que, on imagine déjà entre médecins déjà qu'on peut... on peut avoir des... des... des inquiétudes, alors sur un des corps de métier que beaucoup de confrères méconnaissent dont ils connaissent pas du tout le... le métier !...

Dr Martin, H, environ 45 ans exerçant en MSP en milieu semi-urbain, Sud-Est

La « prescription kiné » ou d'infirmière semblent néanmoins être réalisées régulièrement aux dépens de l'APA. Il faut ici soulever la question de la tension, caractérisant la pratique de la MG « entre expertise et sollicitude [c'est-à-dire] entre le pôle technique et le pôle relationnel ». Cette tension est au principe « d'enjeux de confiance et de reconnaissance » produits dans la relation thérapeutique (Membrado, 2019, p. 52). Sous ce rapport, il nous paraît que c'est précisément parce que la PAP reste généralement perçue par les généralistes comme agissant sur des modes de vie (qu'ils ne sont pas toutes certain·es de vouloir régir), avec un fonctionnement, des intervenant·es, des règles, dont ils et elles ignorent quasiment tout. Bref elle apparaît comme **extérieure** au champ médical et **étrangère** à son fonctionnement, et qu'elle est, en ce sens, **risquée**.

En effet, prescrire de l'AP en tant que MG lorsqu'on connaît mal l'offre possible, c'est s'exposer au risque de perdre en crédibilité. Or la potentielle « précarité de leurs savoirs » et l'« expérience de l'illégitimité » qui caractérise l'exercice de la médecine générale (Arliaud, 1987) sont justement un point d'inconfort des MG. C'est aussi pour certain·es, s'exposer aux risques de problèmes de santé accrus pour leur patientèle — à qui la faute, alors ? En ce sens, prescrire vers un professionnel paramédical pour un soin physique ou une éducation thérapeutique, qui pourra prendre la forme d'un groupe de marche, relève à la fois d'une **routine bien huilée et d'un report des risques vers celles et ceux-ci**.

2.1.3. « Prescription » orale, conseils écrits, ordonnance avec adresse... les multiples façons de prescrire de l'AP, ou de ne pas le faire

Les médecins ont des pratiques hétérogènes, allant des **conseils oraux peu précis jusqu'à une prescription formelle sur un document *ad hoc* avec des indications précises adressées au programme qui accueillera leur patient·e**.

La **prépondérance des pratiques de conseil oral** reflète d'abord le construit des PNNS successifs, encourageant l'activité physique à des fins de lutte contre la sédentarité en même temps qu'une alimentation équilibrée. Ces pratiques de **recommandations orales** sont généralement rapportées par des médecins non prescripteurs d'APA :

J'en parle régulièrement de faire du sport, de faire une activité donc quelque part le message si tu veux j'ai l'impression qu'il passe. Après il passe un peu comme un conseil, un peu comme la rengaine il faut manger 5 fruits et légumes, il faut faire du sport, voilà je pense que du coup il n'a pas le même impact pour l'instant. [...] Si c'était (...) sur une prescription, peut-être qu'effectivement les gens seraient plus réceptifs.

Médecin ThèseMG-A-10, F, 40 ans, non-prescriptrice sans connaissance sur la MSS, mais oriente vers des assos proches, pas de formation complémentaire, activité libérale, active

Je la prescris, je ne l'écris pas effectivement, ça devrait faire partie de mes prescriptions, je la prescris oralement, probablement une erreur.

MEG, AURA2, non-prescripteur, cabinet de groupe, patientèle âgée avec 30 % + de 80 ans, 35-40 % CMU ou AME, ancien sportif)

Ces pratiques de conseils peuvent occasionnellement être complétées par la **transmission de documents écrits aux patient·es** : « *J'ai des feuilles spéciales que je donne aux patients, je leur imprime une fiche avec des conseils d'activité sportive, des conseils contre la sédentarité* » (Médecin ThèseMG-I-1, H, 31 ans, non-prescripteur, a arrêté la pratique sportive). Les pratiques de conseil oral sont régulièrement associées à une absence de connaissance des médecins des **modalités concrètes de la prescription d'APA** : cela se retrouve parmi les médecins qui considèrent que le passage à l'écrit permettrait une plus grande « *observance* » des recommandations médicales par les patient·es (comme les médecins MG-A-10 et ME2 cités ci-dessus), comme au contraire, parmi celles et ceux qui estiment que la prescription « *ne sera jamais efficace si ça ne vient pas [du patient]* » (Médecin ThèseMG-Y-2, F, 58 ans, non-prescripteur, mais orientation infirmière Asalée, maison médicale, sportive).

Une seconde forme de pratique de « *prescription orale* » combine des **conseils oraux et l'orientation vers une infirmière de santé publique**, alors par des médecins exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle : pouvoir bénéficier de l'aide d'une infirmière de santé publique nécessite d'« *avoir la place [pour l'accueillir] dans le cabinet* » – Dr Buda – qu'iel s n'ont pas toustes, et surtout de pouvoir la salarier pour une partie de son temps de travail, et donc avoir un assez « *gros* » cabinet. Dans ces formes de pratiques, régulièrement, c'est cette dernière qui peut décider d'établir une prescription d'AP, parfois contresignée ensuite par le médecin. À la question de savoir si « *le fait d'adresser les patients à une structure spécifique puisse amorcer ce changement [de mode de vie]* », une enquêtée (MG-Y-2) répond :

Je pense que dans ce genre de situation, l'infirmière Asalée est très bien pour déclencher cette prise de conscience ; d'autant plus qu'elles sont bien formées pour et

qu'elles ont l'habitude. (...) En plus il s'agit de quelqu'un de différent [du médecin] et comme pour les patients, l'activité physique n'est pas exclusivement du domaine du médical, il va falloir aussi que de leur côté, ils s'habituent à ce genre de prescription non médicamenteuse. (MG-Y-2)

Enfin, s'agissant des médecins qui n'ont jamais prescrit l'entrée dans des programmes spécifiques, certain·es rapportent également des pratiques de **conseil écrites**, où il y a une **forme de prescription** aux patient·es, où un **document de prescription est établi** :

- soit qu'ils rapportent « **noter sur l'ordonnance de marcher** » ou de faire une activité physique (« *ça m'arrive de temps en temps de le marquer sur une ordonnance, voilà une heure une heure trente de marche par semaine par exemple au tout début quand ils reprennent une activité* » Médecin Pierre, non prescripteur, cabinet de groupe, ancien sportif ; « *Je marque souvent sur l'ordonnance "faire 2 h de marche par jour"* », Médecin ThèseMG-B-10, H, 59 ans, non-prescripteur, formé à l'AP, activité libérale, sportif)
- soit qu'ils et elles **définissent avec leurs patient·es un programme** – d'activité physique ou de programme de prise en charge plus générale – et les écrivent ensuite sur une ordonnance :

Question : Tu connais la loi qui cadre la prescription d'activité médicale ?

Alors on va dire que non parce que je ne vois pas de quelle loi tu veux parler (...)

Question : Est-ce que ça t'arrive sur des ordonnances, est-ce que ça t'est déjà arrivé de prescrire du sport, en tout cas sur tes ordonnances, faire tel sport... ?

Tu as vu mes ordonnances, tu les connais hein ?? Ce n'est pas que des médicaments, c'est toute la structure, plan de soin de surveillance, plan de soin-conseils et parfois on met les radios et les prises de sang dessus. C'est vraiment la prise en charge globale. Une ordonnance ça sert en globalité, ça sert pas que pour les pharmaciens.

Médecin ThèseMG-A-3, H, 60 ans, cabinet de groupe et médecin pompier, ne connaît pas la prescription, médecine rééducation fonctionnelle, gériatrie, soins palliatifs, AuRA

La médecin MG-Y-2, dont on a vu qu'elle adressait facilement à une infirmière pour déclencher une prise de conscience, rapporte d'ailleurs proposer à d'autres patient·es **d'écrire sur son bloc d'ordonnances, sous leur dictée**, ce qu'ils se prescrivent à elles ou eux-mêmes, et décrit l'engagement et le **contrat tacite** que cela permettrait de nouer :

Il faut que les patients se définissent un objectif et moi j'essaie de les guider et je note ce qu'ils me disent sur une ordonnance, quand ils ont un objectif bien défini.

Question : Sur une ordonnance ? Donc ça vous arrive de prescrire du sport ou une activité physique sur ordonnance ?

Non, d'écrire ce qu'ils m'ont dit sur une ordonnance. En fait c'est une astuce, qu'on voit surtout dans les thérapies comportementales. En fait, c'est au patient de définir ses propres objectifs et ensuite, pour qu'ils puissent les réaliser, le patient doit décrire le scénario. Prenons l'exemple d'un patient qui souhaite faire de la marche. Une fois qu'il a exprimé ce qu'il souhaite faire, il faut lui faire préciser : « Marcher où ? », « Quand est-ce que vous commencez ? »... Pendant ce temps-là, je note les réponses sur l'ordonnance afin d'acter ses objectifs et ses dires. [...] C'est une sorte de contrat entre le patient et moi. Et oui je pense que ça les fait s'investir plus.

Médecin ThèseMG-Y-2, F, 58 ans, non-prescriptive, mais orientation vers une infirmière Asalée, D. U. diététique, exerce en maison médicale, patientèle plutôt jeune, populaire ; sportive

Comme pour elle, pour celles et ceux qui connaissent les structures d'APA, le choix de l'infirmière est tout de même régulièrement fait lorsque la prescription leur semble nécessaire, mais qu'il paraît difficile d'amener directement la personne à aller faire une APA.

Je suis plus à envoyer notamment pour les personnes en surpoids vers l'infirmière Asalée. Je fais peu de prévention primaire à ce niveau-là, je fais surtout de la prévention secondaire pour les patients qui ont eu des problèmes cardio-vasculaires où dans ces cas-là on les intègre au niveau du dispositif Asalée qui essaye de les mettre dans leur session marche. On fait plus de la prévention secondaire, mais les gens tant qu'ils n'ont pas eu leur problème ils ne prennent pas conscience qu'ils ont un problème. »

Médecin ThèseMG-I-8, H, 34 ans, se déclare non prescripteur, mais oriente sur Cœur et Santé, orientation sur infirmière Asalée, DU d'insuffisance cardiaque, formé à l'éducation thérapeutique, médecin en EHPAD et en cabinet libéral de groupe, pas sportif

Enfin, autre cas de figure, il apparaît quelques médecins qui ont prescrit des programmes d'APA et **qui cessent de prescrire**, soit du fait de l'absence de remboursement direct des séances par la sécurité sociale, soit qu'il n'y ait plus de programme localement (ou qu'ils ne les identifient plus, ce qui arrive avec les changements de dénomination ou de responsable des structures) ; et **reviennent à des pratiques de conseil oral** :

Pour être honnête j'attends qu'il y ait un remboursement pour en prescrire à nouveau. En attendant, je leur en parle de sport en leur donnant des conseils très précis avec des objectifs précis de temps et/ou de distance, en essayant de trouver la discipline qui leur plaît, par exemple le vélo d'appartement comme je disais ; il y a des gens qui sont relativement âgés et qu'on arrive à faire pédaler sur des vélos d'appartement, jusqu'à 90 ans, on arrive à les faire pédaler à raison de 20 minutes trois fois par semaine. (...) Je pense que la loi n'a pas été comprise par les médecins généralistes et qu'il n'y a pas eu assez de communication là-dessus. Enfin, je parle pour moi, et peut-être que tout le monde a compris sauf moi, mais je pense qu'il y a une comm' qui n'a pas été faite correctement, et j'ai appris plusieurs années après que ce n'était pas remboursé par la Sécu. Les premières prescriptions, j'étais parti plein pot sur une prescription comme chez le kiné...

Question : Oui, en vous imaginant que la prise en charge était la même... ?
Oui, et au final, c'est le retour des patients qui m'ont dit : « Non, docteur, ça ne marche pas comme ça » Donc ils ont communiqué sur quelque chose, et ils ne se sont pas donné les moyens de le mettre en œuvre. Donc voilà, je trouve que c'est un peu dommage. L'idée c'est on peut le faire.... Mais attendez ! on le fait déjà depuis tellement d'années, c'est-à-dire qu'on a eu l'impression qu'on nous disait vous pouvez faire quelque chose, qu'on faisait déjà... Mais qu'est-ce qu'il y a eu de plus ?? Grossso modo c'était un peu ça.... Voilà il y a eu une loi, mais qu'est-ce que cela à apporter par rapport à ce que l'on faisait déjà ? Parce qu'on le fait déjà, les conseils, etc. Mais si on ne nous donne pas les moyens de faire quelque chose en plus, c'est-à-dire que chez les gens qui en ont vraiment besoin, on peut faire une prescription et puis les gens iront comme chez le kiné et ils auront une activité physique, qui sera encadrée

avec quelqu'un qui leur donnera des exercices à faire, avec les précautions nécessaires ; ça, c'est différent. »

Médecin ThèseMG-Y-6, H, 62 ans, a cessé de prescrire, salarié/et activité libérale, sportif

Bien sûr, la prescription est faite à l'oral, elle n'est pas forcément manuscrite, Manuscrite ça sert à rien, la personne ne voit pas à quoi ça sert s'il n'y a pas un endroit où elle peut donner sa feuille. La feuille, elle vaut ordonnance pour la donner à quelqu'un. Donc de manière orale je peux en prescrire [...] Si la prescription de sport c'est mettre sur une ordonnance moi je ne l'ai pas ici [à A-Ville], c'est Z-Ville ou L-Ville [qu'un dispositif d'EAPA est identifié par l'enquêté]. Mais si la prescription de sport c'est inciter les gens à aller dans cette pratique, oui j'en fais tous les jours. »

Médecin ThèseMG-I-3, H, 44 ans, AuRA, ancien prescripteur (pas de dispositif APA à proximité du nouveau cabinet), capacité de médecine du sport, cabinet, mais bientôt en MSP, milieu rural, sportif

Ainsi, l'adresse à un programme d'APA ne mène pas nécessairement **directement** à la rédaction d'une ordonnance, mais peut être médié par une orientation vers une auxiliaire médicale ([cf. 2.2.3. *infra*](#)), ou bien directement à la structure pour un bilan qui amènera, plus tard, à une prescription écrite selon les termes du bilan et l'échange entamé avec le programme d'AP.

*Si ça passe par l'[E] APA, bah [les patients] le contactent [l'EAPA/la MSS]. Et je leur dis de revenir me voir une fois qu'ils ont fait leur premier contact comme ça, j'ai le bilan des enseignants qui m'envoient via... c'est trop bien ça, via [la messagerie sécurisée], le bilan du patient. Et en fait, moi je reviens... Je reviens pas sur le contenu précis de l'activité qu'il [l'EAPA] va leur préciser. Donc là je... je... je rentre ça dans « la prescription pure », mais je vois plus sur : « comment ils vont le mettre en place ? Où ça va se dérouler ? Est-ce que c'est facile pour eux de mettre ça dans leur quotidien ? Est-ce qu'ils sont contents ? Comment ils envisagent la suite, etc. ? » **Je leur fais le petit papier, là [elle remplit et signe le dépliant de la MSS valant prescription].** Et puis voilà. » -*

MG Lavallière, F, 35/40 ans, AuRA, MGE exerçant en milieu urbain peu favorisé avec une partie addicto, cabinet de groupe (évolution vers une MSP en projet)

La prescription ne se matérialise pas seulement par le document écrit, et elle engage des ressources informationnelles autres³⁸, et une connaissance pratique de l'offre locale d'APA.

Et bien cette patiente diabétique qui est sur « Sport et Santé » à E-Ville, je ne me rappelle plus comment ça s'appelle ; j'ai une plaquette au cabinet, que j'ai reçu par courrier, que je garde précieusement, où tu as le numéro, et du coup, je lui ai donné le numéro.

Question : Et c'est elle qui a appelé du coup ?

Oui (...).

Question : D'accord, donc c'est la seule personne à qui tu en as prescrit ?

Oui, mais je n'ai pas fait d'ordonnance. Moi j'ai juste donné le numéro de téléphone et les coordonnées, et trois mois après, je lui ai demandé si elle l'avait fait et elle m'a répondu que oui, puis voilà.

³⁸ Souvent, l'information est venue d'un-e ou plusieurs passeurs de l'APA (en premier lieu les médecins, puis les EAPA coordos des dispositifs notamment)

Médecin ThèseMG-Y-8, MGE, F, 31-35 ans, prescription/orientation occasionnelle à la demande du patient, cabinet de groupe, activité libérale à temps partiel, sportive

Finalement, à la lumière de l'enquête, **considérer que l'introduction de la prescription d'APA constituerait une rupture dans les pratiques prescriptives des médecins** – qui n'auraient pas les connaissances adéquates, ou seraient freinés par une absence de connaissance de la matérialité de la prescription – **est questionable** et relève au moins en partie d'un point de vue situé des « passeurs » de l'APA, intéressé·es à cette prescription³⁹ : ainsi le Dr Mathieu, qui décrit dans la délivrance de « l'ordonnance » un processus assez peu éloigné de ce que font d'autres praticiens ne considérant pas vraiment prescrire (cf. *supra*). Une partie des médecins enquêté·es relève d'ailleurs la proximité possible de cette prescription à l'établissement d'un certificat de non-contre-indication :

Alors je ne sais pas si on est vraiment bien formé pour le faire, mais on peut au moins signaler les pathologies qui pourraient limiter la réalisation de telle activité physique ou de tel type d'effort, afin de ne pas prendre de risques avec un patient. Mais j'ai envie de dire que c'est notre boulot lorsqu'on fait un certificat de sport, je veux dire par là qu'on fait un électro, un examen clinique, on prend la tension... On donne des limites quelque part... Le patient vient chercher un certificat, on fait un électro et là on dit : « Non doucement.... Faut pas faire de la compét »... » Mais bon quelque part c'est un peu notre boulot de faire ça.

Médecin ThèseMG-Y-6, H, 62 ans, a cessé de prescrire, salarié et activité libérale, sportif

Il apparaît que ceux qui soutiennent qu'il y a une différence entre conseiller et prescrire sont ceux qui ont un **intérêt symbolique à la prescription** (p. ex. les passeurs de la PAP) – souvent plus proches de ce qui est impulsé par les politiques publiques, même lorsqu'ils en sont critiques – ; ou au contraire ceux qui ne voudraient surtout pas intégrer la prescription d'AP à la pratique, **renâclant plutôt aux changements** des modes d'exercice impulsés par le haut et aux politiques publiques des dernières années.

/ ! \ Résumé des premiers éléments. Distinguer typologie des formes et trajectoires individuelles

Pour conclure, il faut, semble-t-il, distinguer deux enjeux lorsqu'on veut étudier la « prescription d'AP » par les médecins généralistes :

- * la typologie qu'on peut effectuer des **différentes formes de prescriptions, orientations ou conseils** (et leur degré perçu de contrainte)
- ** et des éléments d'analyse de la **trajectoire individuelle des médecins** dans leur usage des différentes pratiques en matière d'AP.

* Ainsi, on peut en premier lieu souligner que, lorsqu'on considère toutes les pratiques de l'ensemble des médecins interrogés, il **n'est pas pertinent d'adopter une vision binaire** « Prescrit OU Ne Prescrit Pas » comme ce qui est fait par la majorité des acteur·ices rencontré·es du côté des passeurs de la politique (cf. aussi l'étude de cas *infra*). On pourrait plutôt **situer les pratiques rapportées** selon l'**articulation de deux indicateurs : les usages de l'ordonnance, et les formes de contrôle exercées**. Les médecins peuvent en effet

³⁹ Différentes dimensions peuvent être repérées : du point de vue normatif, présenter la PAP comme plus coercitive, ou jouant davantage sur « l'observance » d'une prescription ; du point de vue symbolique, valoriser sa propre pratique.

privilégier l'**oral ou le papier** d'une part, et **moduler les formes de contrôle médical** perçues comme légitimes ou non d'autre part.

** par ailleurs, il semble nécessaire d'étudier les **trajectoires individuelles** des médecins par rapport à ces éléments et globalement la prescription, qui sont certes susceptibles d'évoluer dans le sens d'une prise en compte progressive de la possibilité de prescrire, mais sans que la stabilité des pratiques soit acquise. Ainsi, l'évolution va aussi dans le sens d'un **arrêt rapide** (on l'a vu, méconnaissance ou insatisfaction concernant l'offre) ou **progressif** (la Dr Sardin par ex., qui diminue la fréquence de son adresse avec l'éloignement de la MSS de sa MSP).

Surtout, ces éléments permettent de rendre compte des manières dont les médecins se saisissent de la PAP dépendent en partie : de leurs **connaissances (plus ou moins fines) des options** relatives à l'activité physique à leur disposition dans « **l'arsenal thérapeutique** » (« *En fait ça fait partie d'un arsenal thérapeutique de mettre les gens à l'activité. Et après on voit si on peut le mettre en place ou pas* » – Dr Lavallière) ; et de leur **conception du travail de soin** et leurs modes de relation à, et de, **catégorisation de leurs patient·es** — dont on parlera dans la partie 2.3. Ces éléments se combinent de manière consubstantielle avec leur évaluation de ce qui leur semble adapté en situation, et en variant sur la durée du suivi. Dans sa forme la plus réflexive, la **prescription d'AP apparaît alors comme un processus dont l'aboutissement n'est pas la prescription en tant que telle**, mais l'établissement, dans la durée, **d'un cadre contraignant et responsabilisant, via ce dispositif de contrôle médical « à distance »** que certain·es patient·es sont prédisposé·es à reconnaître comme légitime et à s'approprier.

Ce dossier médical... [parlant d'une patiente à qui il vient d'être diagnostiqué un cancer] je ne vais pas lui parler d'activité physique tout de suite là maintenant, la prochaine consultation, il faut que je me prépare à prendre le temps de lui annoncer ce qu'il en est ; mais voilà, si je sais son parcours, si c'est marqué dans le dossier, ben je reviendrai, je lui reposerai la question plus tard sur son activité physique ou pas. [...] Vous voyez je suis plus dans ce cadre-là qui permet de faire comprendre un peu les différentes formes d'activité physique et que nécessairement dans ce contexte-là pour elle, ce qu'il lui faut ce n'est pas faire 100 mètres s'arrêter, 50 mètres s'arrêter 10 mètres s'arrêter, ce n'est pas bon, enfin c'est pas bon, si, ça peut être bon, mais voilà. Après y en a d'autres qui me disent, oui, mais docteur, je fais du jardin et je dis le jardin c'est très très bien pour tout ce qui est le mental, mais pour ce qui est de l'activité physique, c'est un travail de manutention et de puissance qui n'est pas du tout le même qu'on peut retrouver dans le cadre des activités physiques d'endurance qui permettent de renforcer différemment les choses. Donc tous ces entretiens-là je les ai avec ces personnes qui ont une activité professionnelle, qui essayent entre guillemets de me dire « je n'ai pas besoin d'activité physique parce que j'en pratique dans ma forme d'activité professionnelle », et je leur dis souvent... c'est pour ça qu'il faut avoir ce temps d'échange pour les orienter et leur proposer autre chose. [...] C'est, je pense, la répétition des entretiens que je peux avoir avec eux, c'est cette relation, quand je sens qu'il est difficile de pouvoir aborder ce genre de sujet – et je reviens toujours sur ce thème qui m'est cher – c'est ce lien de confiance ; quand je sens qu'il y a un frein, un blocage complet, ce n'est pas grave, on le marque dans le fameux dossier médical et puis je lui dis à ré-évoquer. Et là, à ce moment-là, je reviens dessus sur le sujet, quand je me note un petit peu les conclusions pour voir un petit peu les règles d'hygiène diététique, je dis « alors vous en êtes où, un petit peu, dans

*cette activité ? ». Comme vous m'évoquez tout à l'heure, est-ce que je lui repose la question de savoir si au final il s'est garé à côté de l'église pour aller à l'entreprise E***, je note dans le dossier médical, « doit se garer », enfin je dis dois, mais je propose de se garer à côté de l'église pour aller à l'entreprise ***.*

Question : Et justement vous mettez « doit » ou « propose », qu'est-ce que vous indiquez sur le dossier ?

Je pense que des fois sur le dossier médical, je peux être beaucoup plus... comment dirais-je, comment on appelle ça... directif.

Qu : Vous êtes plus directif que ce que vous le seriez à l'oral, c'est ça ?

Oui, toujours, je fais la transposition, parce qu'il faut savoir qu'on fait une « ordonnance », je me trompe ou pas (rire) ?

Question : Eh oui, vous prescrivez, bien sûr.

Donc comment dirais-je, c'est pas directif ça ?

Question : Ben si, si, bien sûr (rire).

Donc oui, mais je reviens sur le sujet pas de manière... je transpose après très rapidement pour que ça puisse être adapté et compris par le patient, et surtout que le patient adhère, cette adhésion elle est essentielle, il faut qu'il articule correctement les choses.

Dr Mathieu, H de 45 ans exerçant en milieu rural, MSP, AURA

On voit ici se déployer, au fil des consultations, une persuasion liée à l'instauration d'un « *lien de confiance* », qui peut permettre progressivement d'augmenter le niveau de contrainte (être plus « *directive* ») tout en maintenant « *l'adhésion* », c'est-à-dire finalement l'auto-contrainte des patient·es. Avoir ce profil ne signifie donc pas automatiquement se trouver parmi les « très gros prescripteurs » repérés par les programmes : parmi celles et ceux-ci, il peut y avoir des gens qui n'adaptent pas leur mode de prescription (ex. Dr Sardin) ; tandis que cette adaptation se retrouve chez plusieurs médecins qui prescrivent peu, mais régulièrement⁴⁰.

2.2. Les déterminants individuels et collectifs de la (non-) prescription

Selon Floriane Lutrat (2022), passer du conseil à la prescription « rompt avec ce spontanéisme pour promouvoir une approche interventionniste [...]. Si la logique du certificat de non-contre-indication s'inverse ici, un “modèle paternaliste d'autorité médicale sur le mode de vie des patients se trouve réaffirmé” (Bloy et coll., 2016) au travers de la prescription d'activité physique. » Il faut d'ailleurs souligner que c'est notamment sur cet argument d'effet de la prescription sur la compliance des patient·es que l'article a été accepté (Favier Ambrosini, 2020). Qu'en est-il effectivement, dans les usages et les représentations ?

⁴⁰ On pourrait positionner les individus dans l'espace en fonction de la modalité tendanciellement préférée, et on peut poser l'hypothèse, qu'on ne peut vérifier pour l'instant sans base quantitative, que ces pratiques reflètent leur position dans le champ médical.

2.2.1. Une pratique qui viendrait interroger les limites de l'autorité des médecins

De fait, l'enquête a mis en évidence que la prescription d'APA venait régulièrement interroger plus ou moins directement les formes de l'autorité médicale :

Dans la prescription de sport, c'est ça qui me pose problème, c'est la PRESCRIPTION, le fait de dire aux gens : « Faites du sport !! ». En fait, je me dis que ça peut pas marcher, enfin, tu peux pas... Dès quand tu prescris un antihypertenseur, et que tu dis : « Prenez un antihypertenseur », le taux de non-observance est énorme. (...) Je ne peux pas m'empêcher d'avoir un doute sur cette façon... plus en termes d'interactions médecin/patients ; c'est ce que je te disais sur le fait de dire : « Il faut faire ça », je trouve ça... Pas moralisateur, mais quand même.... Si, oui si moralisateur un petit peu quand même.

Médecin ThèseMG-Y-8, MGE, F, 30-35 ans, prescription/orientation occasionnelle à la demande du patient, cabinet de groupe, activité libérale à temps partiel, sportive

Le statut incertain de la prescription d'APA suscite régulièrement des interrogations sur les modes d'exercice et les **limites de l'autorité médicale**, sur l'autorité des médecins intrinsèque à l'exercice du colloque singulier. Même si la connaissance pratique de la prescription et des dispositifs dédiés peut parfois atténuer cette représentation subjective :

Je pense que c'est un peu ça la prescription, c'est de relancer les gens dans une pratique régulière, qui est encadrée, régulée, de prendre conscience de ce que l'on peut faire et après une fois qu'on est lancé, hop c'est parti.

Médecin ThèseMG-Y-6, H, 62 ans, a cessé de prescrire, activité salariée et libérale, sportif

On l'a vu plus haut avec le Dr Mathieu, le jeu peut se faire entre ce qui est dit et ce qui est écrit, mais cela contribue à poser néanmoins la question de l'autorité et la persuasion à déployer :

Qu : Vous êtes plus directif que ce que vous le seriez à l'oral, c'est ça ?

Oui, toujours, je fais la transposition, parce qu'il faut savoir qu'on fait une « ordonnance », je me trompe ou pas (rire) ?

Question : Eh oui, vous prescrivez, bien sûr.

Donc comment dirais-je, c'est pas directif ça ?

Question : Ben si, si, bien sûr (rire).

Donc oui, mais je reviens sur le sujet pas de manière... je transpose après très rapidement pour que ça puisse être adapté et compris par le patient, et surtout que le patient adhère, cette adhésion elle est essentielle, il faut qu'il articule correctement les choses.

Bien qu'elle s'inscrive dans un ordre négocié au cours d'interactions singulières lors des consultations (Strauss, 1992), la prescription apparaît néanmoins souvent aux yeux d'une bonne partie des médecins interrogé·es comme un acte d'autorité problématique :

– ou bien elle serait **trop personnelle**, « moralisatrice » : « *encore une fois, c'est le médecin qui dit au patient qu'est-ce qu'il doit faire* » (Dr Fanny, F de 41-45 ans exerçant en milieu urbain, MSP, spécialités santé de la femme et l'enfant, non-prescriptrice, PACA) ; « *Le fait de prescrire... J'ai des doutes sur... Pourtant il y a une efficacité démontrée de la prescription de sport, mais malgré tout, je ne peux pas m'empêcher d'avoir un doute sur cette façon... Mais plus en termes d'interactions médecin/patients ; c'est ce que je te disais sur le fait de dire : "Il faut faire ça", je trouve ça... Pas moralisateur, mais quand même.... Si, oui si moralisateur un petit peu quand même.* » (Médecin ThèseMG-Y-8, MGE, F, 30-35 ans,

prescription/orientation occasionnelle à la demande du patient, cabinet de groupe, activité libérale à temps partiel, sportive).

– ou bien au contraire, elle serait **impersonnelle**, symptomatique d'une **médicalisation jugée peu souhaitable**, et dans laquelle les médecins seraient enrôlés malgré eux : « *Je pense que quand on connaît bien son patient, on personnalise l'affaire (...) Je trouve que ça fait partie des machins [...] qu'on va plus ou moins imposer [...] et puis ça fait partie de la médicalisation de la société que je n'avalise pas du tout* » (Médecin ThèseMG-B-11, H, 62 ans, AuRA, a déjà prescrit selon la MSS sans s'en souvenir, activité libérale en cabinet de groupe, se considère actif plus que sportif) ; « *Est-ce que l'on va prescrire aux gens de manger matin, midi et soir ?? Non, mais il y arrive à un moment où l'on doit tout médicaliser à fond ?* » (« Médecin ThèseMG-A-6, H, 65 ans, cabinet groupe).

En réaction à cette « injonction douce » de la part des pouvoirs publics, une fraction des médecins – qui n'ont pas prescrit d'APA et sont à **distance** des structures qui proposent des programmes – met symétriquement un accent moralisateur sur « **la déresponsabilisation** » et « **l'infantilisation** » des patient·es, supposé·es incapables de réformer leur mode de vie et qui n'assumerait pas de ne pas faire d'efforts⁴¹ : « *ils trouvent des excuses [pour ne pas faire d'activité physique]* » (Médecin ThèseMG-B-10, H, 59 ans, non prescripteur, formations sur l'activité physique, activité libérale, sportif) ; « *moi, je trouve qu'à un moment, il faut aussi un peu s'assumer ; il y a beaucoup de gens qui sont déresponsabilisés pour tout, je trouve, et franchement je ne trouve pas que ça soit forcément notre rôle... Alors c'est bien de leur en parler, mais après de là en prescrire, je trouve que c'est un peu infantiliser les gens !* » (Médecin ThèseMG-Y-10, H, 32 ans, non prescripteur, pas de formation complémentaire, activité libérale, pratique sportive régulière), « *on est vraiment dans un truc infantilisant. Mais bon après s'il faut en passer par là pour remettre au sport certaines personnes* » (Médecin ThèseMG-B-12, H, 47 ans, non prescripteur, formation d'éducation thérapeutique, activité salariée et libérale, sportif).

Il nous paraît que c'est notamment en raison de la **faible légitimité de la prescription d'APA** qu'une partie des médecins est conduite à s'interroger sur les formes d'autorité inscrites dans leur pratique, sur les conditions d'effectivité des actes médicaux ou de leur « non-observance » (on détaillera dans les parties suivantes), soit (surtout) de façon ponctuelle et en lien avec l'APA, soit de façon plus générale. Egalement liée à propriétés sociales et de trajectoire spécifiques d'une fraction des enquêté·es, cette dimension réflexive est aussi induite par les nécessités pratiques liées à la gestion quotidienne de la distance sociale avec la patientèle. Sous ce rapport, le recrutement social de celle-ci produit également des effets sur les pratiques de prescription des enquêté·es (cf. [partie 2.3](#)).

Néanmoins, parmi les médecins enquêté·es qui manifestent des réserves quant à la prescription d'APA **du fait de son caractère supposé trop vertical**, certains rapportent y recourir et semblent entretenir, au moins au niveau du discours, des **rapports très variés au pouvoir médical, à l'accueil de la parole des patient·es, et à leur perception des inégalités de santé**.

⁴¹ Davantage que ce qui peut être trouvé sur la question des médicaments par exemple — p. ex. Vega, 2012.

2.2.2. Comment le problème est posé : Des médecins « contre » la prescription, ou non-prescripteurs ?

« Contre la prescription » ?

Finalement, seule **une minorité de** médecins qui ne prescrivaient pas au moment de l'entretien s'est dit *a priori* plutôt défavorable à la prescription :

- Par **étrangeté par rapport aux logiques médicales** incorporées : « *je ne me suis pas encore fait à l'idée que le sport se prescrive ; l'écrire sur une ordonnance j'ai du mal à le conceptualiser* » (Médecin ThèseMG-B-5, F, 36-40 ans, non-prescriptive, pas de formation complémentaire, cabinet de groupe, quartier urbain et patientèle plutôt populaires, peu sportive)
- Ou du fait de **l'absence de remboursement**. On l'a vu plus haut avec le Dr Guaro (H, 36-40 ans, cabinet de groupe, Sud-Est, zone semi-rurale, pas de spécialité, sportif), sans remboursement, « *pas besoin de papier* », puisque l'ordonnance est faite pour un « *remboursement derrière* » : il parle, « *donne des conseils, consignes* », il « *essaye de les motiver* », mais n'écrit pas (pas de mise en discussion de la plus grande contrainte d'un document papier ici).

Cette prise de position n'a pas toujours un lien avec une inquiétude sur le coût pour les patient·es (dimension qu'on détaillera davantage en [2.4.1](#)), ni concrètement avec une surreprésentation de personnes en situation de précarité dans leur patientèle. Ainsi d'un médecin qui décrit par ailleurs sa patientèle comme ayant « *pas mal de pognon* », s'esclaffant : « *qu'est-ce que tu veux prescrire quelque chose qui n'est pas remboursé ? Personne ne va le faire !* » (Dr Claudel, H, 41-45 ans, cabinet seul – anciennement PH gériatrie –, zone semi-rurale, Sud-Est, sportif).

À contrario de cette position, la Dr Lavallière, une médecin prescriptive ayant une part importante de sa patientèle précaire, soutient que c'est un mauvais argument et qu'il ne faut pas décider à la place des patient·es si le coût est trop important pour elles et eux (on y reviendra [infra : 2.4.1](#)).

- Ou encore du fait d'une **extension jugée exagérée du domaine d'intervention des médecins**. Cette réserve, qu'on retrouve dans plusieurs entretiens, est clairement exprimée par le médecin MG-B-11 comme on l'a vu plus haut, pourtant repéré par la MSS comme occasionnellement prescripteur d'APA : « *Je trouve que ça fait partie des machins qu'on crée, qu'on va proposer au patient, qu'on va plus ou moins imposer, on va me les stresser et puis ça fait partie de la médicalisation de la société que je n'avalise pas du tout. Je ne suis pas du tout là-dedans. Médicaliser mes patients ça ne m'intéresse absolument pas.* » (Médecin ThèseMG-B-11, H, 62 ans, AuRA, a déjà prescrit selon la MSS sans s'en souvenir, cabinet de groupe, se considère actif plus que sportif).

Ce médecin, qui rapporte en revanche conseiller l'AP à toute sa patientèle, se refuse à l'envoyer dans des programmes de prise en charge en dehors du strict champ médical (il cite aussi SOPHIA pour le diabète) : « *j'ai toujours peur des organismes extérieurs qui viennent balancer un peu du doute ou qui sans connaître les patients vont peut-être balancer de l'anxiété ou ne vont pas être adaptés au patient* ». Outre les effets de l'extériorité relative de l'APA du champ médical, on peut aussi voir ici la logique – décrite

par Henri Bergeron et Patrick Castel (2010)⁴² – de la « captation » par le MG, et son inquiétude de l'intervention dans la « chaîne thérapeutique » d'un professionnel ou d'une structure non connu·es, pouvant avoir des velléités de « captation » de l'autorité sur le parcours du patient. Mais outre la question de protection du monopole médical, on peut aussi y voir un souci des patient·es qu'il estime bien connaître et pouvoir mieux conseiller qu'un dispositif ponctuel.

Non-prescripteurices = non formé·es ? Pas si simple

En général la plupart des médecins qui ne prescrivaient pas d'APA étaient plutôt enclin·es à mettre ce constat **en rapport avec une absence de formation**, raison fréquemment rapportée dans les thèses d'exercice sur le sujet (Tchirkov et coll., 2023) comme dans des travaux biomédicaux voire en SHS.

Néanmoins, **même une connaissance volontairement acquise n'implique pas que les médecins intégreraient automatiquement la prescription d'APA à leur palette prescriptive**. Ainsi une médecin, elle-même sportive, dont la thèse a porté sur les bénéfices de l'activité physique dans le parcours de soin de plusieurs pathologies, connaît-elle la possibilité de prescrire de l'APA sans pour autant prescrire, et préfère orienter sur une prescription de réentraînement à l'effort chez un kinésithérapeute :

En systématique pour tous les patients, j'évoque l'activité physique même si ce n'est qu'une phrase, je l'évoque systématiquement. Pour les patients chroniques il n'y en a pas un qui ne ressort pas avec une prescription de kiné, une prise en charge et une réadaptation à l'entraînement et pour les patients diabétiques je leur explique que tant qui ne feront pas de sport ils auront des glycémies élevées. Pareil pour mes patients qui ont un cancer ou qui sont en cours de chimiothérapie, ce sont les patients auxquels je parle le plus d'activité physique, mais ça grâce à ma thèse.

Médecin ThèseMG-B-3, F, 41 ans, non-prescriptive, remplacement en libéral, reste sportive

Les cas de plusieurs médecins enquêtés **formé·es à la prescription, mais ne prescrivant pas** en dépit de la présence de dispositifs d'APA proches de leurs lieux d'exercice (par ex. Dr Sudat, Dr Claudel, Dr Medecin ThèseMG-A-4, Medecin ThèseMG-B-9 ou encore Medecin ThèseMG-Y-7), nous ont incité à porter **la focale sur d'autres déterminants de la prescription dont, en premier lieu, les effets de l'organisation du travail médical**.

2.2.3. L'effet des transformations des modes d'organisation du travail médical

Étude de cas : les effets de la proximité avec les professionnels d'APA au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur les pratiques de prescription des médecins

Pour permettre de mieux saisir en quoi les cadres du travail médical contribuent à la réorientation des pratiques, on se propose d'analyser le cas d'une médecin enquêtée (femme, 36-40 ans, DU de gériatrie et d'infectiologie, patientèle, ancienne sportive). L'enquêtrice la rencontre, car elle prescrit fréquemment vers la MSS étudiée. Cette médecin exerce depuis un an et demi dans une MSP (située dans un QPV) où des EAPA ont eu une

⁴² Selon ces auteurs, on peut penser que les médecins généralistes qui se considèrent comme responsables du suivi global de leurs patients peuvent être réticents à orienter ces derniers vers des professionnels de santé qu'ils ne connaissent pas, de peur de perdre le contrôle sur la prise en charge par la « captation » d'un nouveau professionnel qui revendiquerait la mainmise sur cette prise en charge.

activité régulière avant de la quitter pour d'autres locaux. **Cette étude de cas permet de rompre avec l'idée d'une bipartition stricte entre des médecins « prescripteurs » et « non-prescripteurs »** (à ce sujet cf. aussi [supra 2.1.3](#), où on a vu qu'il y avait toute une variation de pratiques et de perception de celles-ci).

Avant son arrivée dans cette MSP, cette médecin formée à la gériatrie exerçait dans un cabinet de médecine collectif composé de plusieurs médecins, où elle ne prescrivait pas : « *ce n'est pas un truc du tout... Je ne m'étais pas du tout saisie de ces trucs-là.* ». Elle rapporte alors avoir plutôt conseillé aux patient·es de pratiquer une activité physique. Elle intègre la prescription d'APA à sa pratique lors de son arrivée dans la MSP et rapporte avoir prescrit plus d'une centaine de fois l'entrée dans des programmes d'APA, ce qu'elle associe à la présence des encadrants : « *le fait qu'on connaisse, moi, je dis toujours, il y a Jean Pierre et Elsa, voilà, on les connaît, ça se passe bien* ». Elle rapporte également qu'un autre médecin, qui exerce dorénavant dans cette MSP après une quinzaine d'années d'exercice dans un cabinet individuel du même quartier, a également commencé à prescrire de l'APA à ses patient·es, quoique de façon plus sporadique.

Pourtant, lors de l'entretien, elle remarque que sa pratique de prescription se fait plus rare, ce qu'elle impute d'abord à la stabilisation de sa patientèle : « *Alors, là, ça change un peu mes prescriptions, effectivement. (...) Ça se calme un peu. (...) Quand on connaît [les patients] depuis un peu plus longtemps, parfois, on y pense moins. Et je pense que j'en fais moins ces derniers mois, là, des prescriptions d'APA parce que, justement, j'ai moins de nouveaux patients, aussi.* »

S'interrogeant en fin d'entretien sur les évolutions de ses pratiques de prescription, elle remarque enfin : « *C'est vrai que ça fait longtemps qu'on ne les a pas vus. Il faudrait que [les encadrants d'APA] viennent manger ici de temps en temps, mais ils ne le font plus. Du coup, on ne les voit plus.* »

On peut penser que, outre les effets évidents de la proximité immédiate et de la fréquentation quotidienne, la présence des EAPA dans une maison de santé n'a pas été sans effet sur la légitimation de ce groupe professionnel, et du recours à l'AP sur prescription.

Mais il faut souligner que la fréquence initiale des prescriptions n'implique pas une modification durable de ses pratiques : si elle prescrit encore de l'APA, c'est « *moins souvent* », à la fois du fait de sa stabilisation au sein de la MSP et par conséquent, de celle de sa patientèle, mais aussi de la moindre fréquence des interactions avec les encadrants d'APA qui travaillent dorénavant dans d'autres locaux. Cette baisse quantitative reflète l'intégration en simili des professionnel·les de l'APA à l'organisation du travail médical. Favorisée par la coprésence de ces professionnels, elle ne se maintient pas dans la durée du fait de l'absence d'étayage institutionnel (au cours de la formation, notamment) de cette prescription.

Des effets de la réforme de l'organisation des soins

Au cours de l'enquête, il est apparu que les **médecins engagé·es dans un exercice pluriprofessionnel s'avéraient relativement surreprésenté·es parmi l'ensemble des prescripteurices d'APA** (repéré·es notamment via les dispositifs d'APA partenaires). La prescription d'APA paraît liée aux **transformations de l'organisation du travail médical qui se sont récemment accentuées**. « Le rôle des médecins généralistes est en cours de redéfinition et de transformation », indiquaient récemment Noémie Morize et Vincent Schlegel (2023). La médecine générale est devenue une spécialité à part entière, avec des enjeux sur le fait de se dégager un champ légitime et un monopole de pratiques et rendre

« universitaire » la recherche en médecine générale (celle-ci penche vers des études qu'elle nomme qualitatives – quoiqu'assez éloignées des pratiques qualitatives des SHS – pour valider leur spécificité vis-à-vis des autre spécialités – Hardy, 2015). Jusqu'à peu en effet, la forme d'organisation libérale solitaire ou entre médecins était largement majoritaire (et ce sans même que « l'ensemble des praticiens soit viscéralement attaché à la forme libérale de l'exercice » : Bloy, 2010, p.24 ; cf. aussi Schweyer, 2010b). Les médecins généralistes récemment formé·es sont de plus en plus nombreux·ses à s'installer en maisons de santé pluriprofessionnelle (Vezinat, 2019).

L'extension de l'offre de soins de support, que constitue l'ajout de cette pratique physique encadrée et médicalisée, se trouve ainsi associée à un mouvement de réorganisation des **parcours de soins, d'injonction à la pluriprofessionnalité, et de délégation d'une partie des pratiques médicales** qui relevaient auparavant des prérogatives des médecins, à des paramédicaux. Symétriquement, par la réorganisation de la division du travail sous incitation des pouvoirs publics, c'est aussi **l'activité des médecins qui se trouve réorientée**, autant que **les modalités par lesquelles leur autorité s'exerce sur le champ médical**. Fanny Parent montre bien – concernant une forme de légitimation de pratiques de la médecine chinoise dans le cadre de la délégation de soins, aux kinésithérapeutes notamment (2014) – comment cela peut s'opérer tout en conservant les **hiérarchies professionnelles existantes**.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

Introduites dans le code de la santé publique par la loi de financement de la Sécurité sociale du 19 décembre 2007, les MSP sont un des instruments des réformes de l'organisation des soins primaires, encourageant l'organisation pluriprofessionnelle des soins primaires dans un contexte de pénurie de l'offre médical. Liées aux ARS et/ou aux CPAM⁴³ sur objectifs de santé publique d'organisation des soins et d'amélioration des prises en charge, elles contribuent à la diffusion des objectifs de prévention et de santé publique, en lien avec la redéfinition des modes de division du travail médical. Ces structures apparaissent comme une rupture avec la bipartition stricte des modes d'exercice libéral ou salarié, différent des cabinets de groupe par leur labellisation par l'ARS et/ou leur contractualisation avec la CPAM.

Les communautés professionnelles territoriales de santé

C'est la même loi de 2016 instaurant la PAP qui introduit les CPTS, dont l'objectif est d'améliorer, particulièrement dans les zones sous-dotées en professionnels médicaux, « la coordination des professionnels de santé et médico-sociaux autour des soins de proximité et de premier recours, dans une démarche volontariste visant à réduire les inégalités de santé, d'accès aux soins et de vulnérabilité socio-sanitaire » (De Fontgalland et Rouzaud-Cornabas, 2020).

La CPTS est définie dans la loi comme un groupe de professionnels de santé désirant « assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé. [Elle] est composée de professionnels de santé regroupés, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours [...] et d'acteurs sociaux et médico-sociaux » (art. L. 1434-12 du Code de la santé publique). Les CPTS doivent formaliser un projet de santé et le soumettre (sans obligation de validation) auprès de l'agence régionale de santé (ARS). « L'outil a pour objectif d'être aux mains des professionnels, utilisé à partir

⁴³ voir par ex. <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-établissement-de-santé-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir> : mission 3 ; <https://www.femasif.fr/laci-accord-conventionnel-interprofessionnel/>

de leur propre initiative, mais aussi de se concentrer sur un territoire, ses enjeux de santé et sur les besoins de sa population » (Rist et Rogez, 2020). Cela veut participer en même temps à des améliorations pour les patient·es (coordination des soins ambulatoires) et pour les professionnels de santé (améliorer les conditions d'exercice des professionnels, l'interconnaissance, la communication), sur un territoire délimité (et augmenter son attractivité sur le « marché » des installations médicales).

Avec la création des CPTS, pour les pouvoirs publics, « Il s'agit donc de confirmer la bascule dans un mode d'exercice médical groupé, avec une forme nouvelle d'exercice coordonné de la médecine de ville, mais juridiquement moins intégrée que les centres de santé ou les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), sans unité de lieu, et respectant les équilibres historiques entre médecine libérale et médecine salariée » (Babinet et Isnard Bagnis, 2021).

Cette surreprésentation des médecins exerçant en Maison de Santé Pluriprofessionnelle conduit à interroger les **affinités structurales** entre la position de ces médecins dans le champ médical et la prescription d'APA, c'est-à-dire entre **les transformations des modes d'organisation du travail médical et l'intégration progressive de nouveaux biens/services de santé**.

L'argument de « l'absence d'utilité » des ordonnances d'AP du fait du « non remboursement », avancé par plusieurs médecins, peut être analysé sous ce rapport. La prescription d'AP échappe au contrôle de l'assureur public sur l'activité des médecins, lesquels tirent argument du non-remboursement pour mettre en question cette contrainte sur leur activité. Cette contrainte devient en revanche **autocontrainte** pour celles et ceux qui ont intégré la question de l'AP ou de l'ETP dans les parcours privilégiés, et dans les cahiers des charges de leur MSP d'exercice ou éventuellement dans la CPTS dont iels sont membres. Cette hypothèse issue du travail d'enquête qualitative nécessiterait d'être confirmée par une enquête quantitative, qui avait été travaillée dans le cadre du projet, mais n'a pu trouver de relais de diffusion adéquats auprès d'un échantillon suffisamment large et représentatif de la population des médecins.

Dans l'enquête d'Akim Oualhaci (2023), les coordinateurs de MSS opposaient relativement une conception curative et préventive de la médecine — selon eux les médecins resteraient « pris » dans une conception curative. Le travail réalisé dans PrescAPP permet de pointer que cette opposition faite par les enquêté·es de Akim Oualhaci, qui recouvre une certaine réalité, n'est pas liée tant à des dispositions individuelles, mais plutôt aux effets d'organisation du travail. On peut y voir la délégation des tâches préventives dont on a parlé, qui est fréquemment associée au temps compté des médecins qui se focaliseraient de ce fait, en premier lieu, sur ce qu'il y a à traiter de manière urgente pour la ou le patient-e ; mais essayant assez systématiquement d'y adjoindre des éléments de prévention. Dans nos entretiens, quel·le que soit le médecin interrogé·e, les MG apparaissent rarement dans une logique purement curative. En revanche, ils et elles font des choix selon ce qui leur semble le plus important éthiquement, cliniquement ou en fonction d'autres présupposés alors peu explicités en entretien, à aborder sur le plan de la prévention.

De manière intéressante, l'étude de la DREES (Metten et coll., 2021) permet de souligner que les médecins généralistes exerçant en MSP déclarent plus fréquemment que les autres avoir participé à l'organisation d'actions de prévention, et de manière particulièrement marquée l'avoir fait en lien avec d'autres médecins et professionnels de santé ; tandis qu'ils et elles indiquent moins souvent que les autres l'intervention d'autres types d'acteurs, comme les associations locales ou les partenaires institutionnels ». Tout se passe comme si pour les premiers, les actes de prévention restaient plus facilement cantonnés à la MSP, fonctionnant en vase clos, quand les médecins exerçant seul·es doivent nécessairement aller

chercher les ressources à l'extérieur, et peuvent alors se fier à des structures non médicales⁴⁴. Concernant l'AP, cela paraît en tout **cas conduire à une plus forte propension à prescrire ou tout du moins à entrer dans un « processus de prescription »**, introduisant **un ou plusieurs intermédiaires proches dans la chaîne**.

L'enquête a ainsi permis de mettre en évidence deux modalités de prescription, s'agissant des médecins exerçant en MSP :

- une prescription directement effectuée par les généralistes, susceptibles de modifier leurs pratiques prescriptives lorsqu'ils ou elles intègrent un cadre d'exercice pluriprofessionnel comme dans l'étude de cas présentée (Dr Sardin) ;
- ou **médiée par un paramédical ou un professionnel de l'APA** (on poursuivra *infra* sur cet allongement de la « chaîne » de prescription par la délégation à un intermédiaire), souvent dans le cadre d'un **parcours « cadré » par le projet** de santé de la CPTS (le territoire) ou celui de la MSP — projets qui valorisent souvent les actes préventifs davantage que la cotation habituelle (Metten et coll., 2021 ; Morize et Schlegel, 2023).

Question : Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu du dispositif Prescrimou' comment ça se passe ? Comment ça s'organise ?

Alors (rire), c'est simple et à la fois compliqué, dès qu'on a un patient pour qui ça peut être intéressant – surtout maladie chronique, âge, voilà – on va les orienter. Nous on le fait surtout dans le cadre du parcours qu'on a sur le territoire et dans le cadre de la maison de santé, c'est un parcours obésité diabète. Quelqu'un qui a un diabète et qui a un souci de surpoids, et d'obésité avec, on va forcément lui mettre au moins le bilan de prescrimou' donc il voit le kiné qui fait tout le bilan, et derrière le kiné juge : est-ce que ça vaut le coup de faire des séances de groupe ? Je crois qu'il y a des choses qui sont prises en charge sur T-ville (ville moyenne à proximité).

Question : Donc c'est vous qui faites la prescription ?

Pour le kiné, ensuite le kiné fait le bilan. Ouais nous on a un kiné ici qui fait des bilans, mais après [le patient] peut aller faire ça n'importe où, chez n'importe quel kiné de coin qui est habilité. Et puis ensuite le kiné, en fonction du bilan il faudrait faire ci ou ça, et puis soit la personne prend conscience elle-même ou elle s'inscrit dans une salle de sport et elle y va, soit après il y a des choses organisées il y a le parcours 1, le parcours 2 et le parcours 3.

Dr Louis, 35 ans, Grand-Est, MSP, orientation/prescription orale et au kiné pour bilan, PrescriMouv », Formation en ostéopathie et médecines naturelles.

Le rôle des intermédiaires et l'allongement des chaînes de prescription

Récemment, plusieurs travaux ont analysé la prescription médicale comme un **processus qui engage un ensemble d'acteurs plus large que le seul médecin et son patient**

(médicamenteuse : Legrand, 2020 ; de soins physiques : Rollin, 2022). On vient de le voir, la recherche menée dans le cadre de PrescAPP a montré que la prescription d'APA engageait effectivement régulièrement des professionnels hors du colloque singulier : des médecins, des auxiliaires médicaux, mais également, ce qui est une spécificité de ce terrain d'enquête, **des acteurs qui n'appartiennent pas au champ médical**. Ainsi des kinésithérapeutes ou des infirmières Asalée, mais aussi des encadrant·es d'APA, peuvent être à l'origine de la prescription, voire l'avoir rédigée pour la ou le médecin.

⁴⁴ Une médecin, Dr Sainmaur, nous indique ainsi renvoyer vers le Secours Populaire ou la Croix Rouge les personnes à la retraite dont elle pense qu'il leur manque une occupation.

L'enquête a mis au jour une diversité des configurations de prescription selon les régions étudiées, que ce soit bien sûr dans les régions où le dispositif n'est pas régionalisé (ex. Pays de la Loire, Occitanie, PACA) ou même dans celle où le dispositif a été assez cadré au niveau régional ou départemental.

Parmi les premières, on assiste à l'échelle locale à un premier cas d'**allongement de la chaîne de prescription** assez habituel pour d'autres pathologies, car **engageant des médecins exclusivement**. L'organisation municipale du dispositif de séances d'APA et d'orientation vers des programmes passerelles repose sur un **centre médico-sportif** : les médecins généralistes qui y travaillent font des prescriptions afin que les patient·es puissent intégrer le dispositif. La communication auprès des médecins généralistes sur le territoire comprend la possibilité d'orienter leurs patient·es vers ce centre, afin d'obtenir une ordonnance dans un espace dédié aux tests et évaluations de la santé des personnes atteintes de maladie chronique. C'est le cas des Dr Fernanda (F de 44 ans exerçant en milieu semi-urbain, PACA) et Dr Martin (Dr Martin, H, environ 45 ans exerçant en MSP en milieu semi-urbain, Sud-Est). S'étant formé·es volontairement sur le sport à l'université pendant leur internat, elle et il font partie des quatre médecins généralistes, toustes avec une « *double casquette* » médecin du sport et généraliste, « *à accepter de prendre une demi-journée par semaine* » dans ce centre dédié, afin de jouer ce rôle d'évaluer l'état de santé et « *prescrire* » l'APA auprès de personnes atteintes de maladie chronique. Toutefois, le Dr Martin souligne que malgré ce travail dédié, « *la prescription en tant que telle, ça reste un certificat d'absence de contre-indication oui, oui, à peine amélioré, c'est ça, voilà sur lequel on a mis des petites préconisations de pratiques. Donc c'est... on est... c'est juste qu'on a un formulaire spécifique, que moi je vais utiliser uniquement si le patient il va solliciter sa mutuelle pour un remboursement ou si la mutuelle risque de le... de lui demander* », mais qu'il va aussi utiliser afin de pallier la demande du dispositif.

En AuRA, un MCPH « passeur » de l'APA dans son département peut jouer le même rôle dans un service dédié à l'AP et au sport pour prescrire vers des programmes ou des clubs affiliés à la MSS départementale. Néanmoins on remarque aussi d'autres types d'allongement de la chaîne, avec les infirmières de santé publique, les kinésithérapeutes parfois, et pour une enquêtée, l'EAPA faisant les bilans pour la MSS. Si iels et elles sont sollicité·es, il semble qu'il n'y ait pas de réorientation systématique à partir des infirmières Asalée ou des kinésithérapeutes, mais que les infirmières Asalée font parfois des groupes de marche, vers lesquels sont dirigés les publics considérés comme les plus vulnérables (le grand âge notamment, ou les difficultés de mobilité sur le territoire), ou devant être pris en charge de manière très globale.

Alors oui, nous, nous travaillons avec une infirmière Asalée. Elle organise des séances de marche collective un après-midi par semaine. Alors c'est une possibilité et c'est pas mal, parce que les patients font de la marche, puis ils sont en groupe de niveau adapté ; donc cela leur permet de reprendre une activité physique avec d'autres personnes qui sont, globalement, dans la même situation physique. Cette manière de faire permet de lutter également contre l'isolement et de remettre les patients en confiance. (...)

Question : Pour résumer votre pratique en termes de prescription d'APA ?

Dans un premier temps, il s'agit surtout de conseiller et d'évaluer la motivation du patient ; et quand cela est possible d'établir ce contrat « moral », par voie écrite, sur une ordonnance. Mais pour être franche, la plupart du temps, j'adresse à l'infirmière Asalée, quand il s'agit de patient en ALD.

Q : Comment les adressez-vous du coup à cette infirmière ?

J'ouvre la porte du cabinet et je vais toquer à la porte située juste en face de la mienne. [Rires]

Médecin ThèseMG-Y-2, F, 58 ans, non-prescripteur, mais orientation infirmière Asalée, D. U. diététique, MSP, sportive, AuRA

*On passe par l'infirmière Asalée et ça se fait ensuite avec le prof APA. Les deux créent des activités physiques. On n'a pas forcément besoin de les prescrire. Par exemple, ils font une demi-heure de marche deux fois par semaine avec les patients de la rue de V** [ville du Grand Est] donc c'est vrai qu'on ne passe pas forcément par la prescription. Je suis un peu biaisée là-dessus. Vu qu'il y a une structure qui est assez facilitée à la maison de santé, j'en parle facilement aux patients. Si je devais faire une moyenne, c'est peut-être 3 fois par semaine que j'en guide vers cette structure. C'est facile pour nous. Une personne qui me dit « j'aimerais bien marcher, je veux faire une AP, mais je n'ose pas y aller seule » je la fais passer par le prof APA. Au moins il y a du monde avec eux, ils ne sont pas tout seuls.*

Médecin ThèseMG-I-2, F, 28 ans [GE], prescription, orientation sur infirmière Asalée, DU médecine et traumatologie du sport, libérale en MSP, sportive

Ainsi, sur nos terrains, on ne voit pas forcément les conflits de territoires professionnels notamment qui ont pu être montrés par ailleurs dans certains services hospitaliers, ou au niveau national de représentation entre kinésithérapie et APA (Jacolin-Nackaerts, 2016 ; Favier-Ambrosini, 2020 ; Rollin, 2022). Cela renvoie au fait que la prescription d'AP peut être initiée en dehors des médecins. Ainsi, en Occitanie également, la délimitation entre kinésithérapie et APA et l'orientation peuvent être réalisée par les acteurs paramédicaux connaissant mieux l'écosystème que les médecins :

Là, il y en a une [patiente] qui m'a dit qu'elle avait vu, que c'était son kiné qui lui en avait parlé... parce que les kinés, souvent, maintenant, ils se sont équipés de salles de sports. Mais comme c'est super cher, eh ben là, elle avait dit que c'était trop cher. Donc il l'avait réorientée vers euh... l'association...

Dr Noël, MG, F, 41-45 ans, exerçant en milieu urbain, MSP, Occitanie, prescriptrice En revanche, la « chaîne » de prescription apparaît un peu plus formalisée dans le Grand Est, avec des **accords EAPA/Asalée dans le cadre de la mise en place des programmes d'ETP (réorientation à partir des infirmières Asalée) ou du circuit de prescription PrescriMouv' (bilan chez un kinésithérapeute** qui oriente ou non vers un programme adoubé par le dispositif au niveau départemental).

*L'infirmière Asalée elle me sert de levier, euh... pour recontacter les gens pour savoir s'ils sont bien inscrits à APS V***. Euh... et ça n'empêche que parallèlement à ça, elle elle peut en même temps, elle peut en même temps euh... comment, aider dans la prise en charge du surpoids, ou d'là bronchite chronique ou de... euh... C'est, c'est deux choses. Dans un premier temps l'infirmière Asalée, elle est utilisée pour vérifier que la personne elle a bien pris contact avec APS V*** (Programme d'AP départemental).*

Question : Donc c'est un peu une personne intermédiaire euh ?

Oui, c'est ça ! c'est... c'est une personne intermédiaire, et une personne qui sert de levier. Beaucoup d'gens disent oui, mais sont très timides et ne téléphonent pas quoi. Euh... alors que si l'infirmière téléphone pour dire, « est-ce que vous avez bien pris contact ou est-ce que vous voulez que j'le fasse pour vous », c'est... c'est un levier.

MG Triat, H, 50-55 ans, GE4, en MSP, ancien hospitalier dans une autre spécialité, prescripteur, suit actuellement une formation de médecine du sport et ostéopathie, formateur en IFIS, sportif intensif.

Dans ce cadre d'intermédiation fréquent, l'exercice pluriprofessionnel semble tout particulièrement favoriser la prescription d'APA. Il y a déjà le fait, on l'a déjà vu, que les projets des MSP insistent souvent sur les actes de prévention (les valorisant même financièrement) et les parcours de soins pour les malades chroniques. Il y a aussi bien sûr la coprésence (*« je vais toquer à la porte située juste en face de la mienne »*) et puis l'organisation du travail médical au sein des MSP, qui facilite aussi les pratiques de prescription. Plus globalement, il a été montré que l'organisation du travail au sein des MSP voire des CPTS contribue à redéfinir les modes de division du travail médical. Il est à noter que l'exercice pluriprofessionnel, s'il semble horizontaliser les rapports entre professionnel·les dans le cadre du collectif de travail, contribue aussi à renforcer les hiérarchies entre compétences et de ce fait entre médecins et paramédicaux (Vézinat, 2019).

Question : Quand vous prescrivez du sport, comment matérialisez-vous votre prescription ?

Sur une ordonnance. En réalité j'en fais très peu parce qu'on est un peu perdu et puis c'est vrai que ça se rajoute à la consultation et encore une fois... pfff, l'administratif te pèse un peu... On doit encore expliquer, il faut aller à tel endroit... C'est lourd quand même. C'est pour ça que je trouve intéressant le fait d'avoir une infirmière Asalée dans la maison médicale. Car quand j'ai besoin, je peux adresser un patient facilement pour une activité physique comme la marche. Il est vrai qu'on a envie de se décharger de ça.

Médecin ThèseMG-Y-1, H, 63 ans, prescripteur occasionnel, infirmière Asalée, CES médecine du sport, médecin fédéral et activité libérale en MSP, sportif

Ces pratiques se trouvent inscrites en partie dans une logique générale de « délégation du sale boulot » (Hughes, *op. cit.*), voire de « relégation » (Sarradon-Eck, 2010, p. 260) des actes pénibles ou de publics posant problème, ici tout du moins des tâches jugées chronophages, hors diagnostics cliniques, et éventuellement associées à de l'administratif.

On peut rappeler ici à profit les analyses de Mariette et Pitty (2021) sur les acteurices qu'elles désignent comme « relais » des politiques locales de santé, notamment les différenciations entre ceux et celles qu'elles nomment les acteurices de « première ligne », « en particulier entre les groupes professionnels non cadres, tels les agents d'accueil et les infirmières des centres de santé » — pour nous des intermédiaires de prescription : les coordonnateurs notamment, les infirmières de santé publique voire les kinésithérapeutes —, « et ceux en position de cadres, tels les médecins des mêmes centres, dont les marges de manœuvre sont bien plus étendues et qui peuvent quitter “le front” pour “l’arrière”, notamment en délégant » (p. 64). On voit que concernant la PAP, le fait de déléguer le travail en allongeant ainsi la « chaîne » thérapeutique (Bergeron, Castel, 2010), apparaît quasiment comme une condition *sine qua non* pour que la PAP soit opérationnalisée, sinon routinisée.

Pour la prescription il y a un texte de loi qui a changé tout récemment en plus. [...] Après il faudrait voir. Pour nous ce que l'on souhaite il faut que ça soit une prescription pluripro. On a déjà une logique comme je vous l'ai dit tout au départ, il y a une logique de travail d'une médecine coordonnée, de la pratique coordonnée entre professionnels interpro, pluripro au sein de la maison de santé. On a un dossier

médical partagé, on peut échanger facilement, les kinés, les infirmiers, les pharmaciens on échange. Et quand bien même il y a des problèmes encore plus complexes on peut se réunir, ce temps-là est valorisé pour les professionnels de santé par ce qu'on obtient au sein de la maison de santé. On décide, on prend une décision, on la prend de manière collégiale et le médecin prescrit parce qu'il fait confiance à ses équipes. Je vous parle beaucoup de ce lien de confiance qui est essentiel. Je le vois aussi également à l'échelle d'une CPTS (...)

Dr Mathieu, H de 45 ans exerçant en milieu rural, MSP, AURA, sportif

Cette délégation se trouve ainsi encouragée par les évolutions des cadres légaux encadrant l'activité : s'agissant de l'APA, le décret 2023-234 du 30.03.2023 a institué une possibilité de renouvellement de la prescription par les masseurs kinésithérapeutes⁴⁵. Elle se trouve également encouragée par la position subordonnée des infirmières de santé publique dans les MSP, notamment quand celles-ci sont salariées de la MSP⁴⁶, et par l'utilisation du dossier médical partagé qui permet une délégation des tâches, dans certains cas de la signature de la prescription. Enfin et en lien, elle est enchaînée dans les évolutions de l'organisation du travail impulsées par les réformes des 20 dernières années.

2.2.4. *Quid des effets de la socialisation sportive : les médecins du sport, favorables ou à distance de la prescription d'AP ?*

Au-delà des effets de l'organisation du travail médical, nous avons également cherché à dégager les déterminants « individuels » de la prescription.

De la même manière que le rôle, décrit par Maud Gelly (2017), des « schèmes de perception hérités de la socialisation primaire, familiale, religieuse ou militante » dans les pratiques contraceptives médicales, le rapport à l'activité physique paraît intervenir dans les conseils et (non) prescriptions d'APA.

Étant déjà sportive, oui je les incite [à faire de l'activité physique], surtout pour les diabétiques. Ça fait partie de... je le marque presque sur l'ordonnance déjà, mais c'est pour les inciter à faire du sport. Pour les obèses, à maigrir. [...] Ils me voient courir dans le village. Il y a plus de crédibilité. Surtout pour les gens en surpoids quand ils me regardent... disons que je fais ma pub. Alors que je mange beaucoup !

Dr Sudat, F, 51-55 ans, MSP composée uniquement de MG, région Sud, a cessé de prescrire l'APA, Milieu semi-rural, ostéopathie, ancienne sportive de haut niveau.

Dans cet extrait, cette médecin met en exergue sa pratique personnelle et l'image de son propre corps comme instruments pour mobiliser ses patient·es à l'AP. C'est le cas de plusieurs médecins sportifs, ou à la mobilité active, qui vont alors vanter leurs déplacements en vélo dans les rues de la ville comme moyen de montrer qu'ils font ce qu'ils disent (« *on donne l'image qu'il faut savoir se prendre en charge quoi* » : MG Triat, H, 50-55 ans, GE4, en MSP, très sportif). La socialisation sportive des médecins a néanmoins des effets variables. Si la socialisation sportive favorise un intérêt a priori pour l'APA – cette enquêtée comme d'autres ayant suivi une formation DPC sur la prescription d'APA sans prescrire par la suite –,

⁴⁵ L'hypothèse que la révision de la loi en faveur du primat des kinésithérapeutes serait un effet du lobbying du syndicat des kinésithérapeutes au niveau national (Cf. Vieille-Marchiset 2024), est d'autant plus plausible que dans l'enquête on retrouve beaucoup plus d'adresse via des infirmières de santé publique.

⁴⁶ Ce qui est légalement possible lorsque les MSP sont constituées en Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA), et qui est le cas pour plusieurs lieux d'exercice de nos enquêté·es.

elle n'engendre pas systématiquement son inscription effective dans l'ensemble des pratiques prescriptives des médecins.

Alors que les travaux antérieurs pointent qu'une partie d'entre eux ont été, au niveau national, très actifs dans la fabrique de la loi (p. ex. Perrier, 2022 ; Vieille-Marchiset, 2024), une surprise de l'enquête est de n'avoir finalement pas interviewé une majorité de **médecins spécialistes de la question sportive prescripteurs**. Les MG libéraux avec une capacité en médecine du sport semblaient sur nos premiers terrains s'être plutôt dessaisis de cette prescription d'APA après un essai : très peu dans les entretiens de la première vague continuaient à prescrire, iels étaient plus nombreux·ses parmi la deuxième salve menée autour des prescripteurices désigné·es comme tel·les par les programmes, mais avec souvent une part non libérale dans leur exercice. Une telle ligne de tension concernant la PAP, entre médecins spécialistes mobilisés sur le sport, et médecins libéraux du sport pouvait ceci dit déjà être repérée lors de la fabrique de la loi⁴⁷. Mais les choses se reconfigurent un peu différemment lorsqu'on étudie, non pas les représentant·es nationaux des médecins, mais les discours sur leurs pratiques concrètes de praticiens « de terrain », « *de famille* » comme le disent plusieurs d'entre eux.

Des travaux ont déjà exploré les effets de la socialisation sportive (Pia Henaff-Pineau, 2014), en mettant en évidence les effets sur les pratiques de prescription. Dans la population que nous avons enquêtée il y a, **quelle que soit leur position quant à la PAP**, une très forte proportion de médecins qui sont sportifs ou rapportent une activité physique. On peut voir à cette faible inactivité un effet de position sociale, ainsi qu'une sursélection probable du fait du thème de l'enquête, du mode de sélection des enquêté·es et enfin un effet de la relation d'enquête (non dicibilité de la sédentarité dans le cadre d'une enquête sur la prescription d'APA). Seuls 5 médecins ne se considèrent pas ou que peu actifs ou sportif·ves (et ne sont en réalité pas toustes inactifs au sens biomédical).

⁴⁷ La thèse de Clément Perrier (2022b) montre en effet que, en préalable du travail autour de l'écriture de la loi et du décret d'application, ce sont des médecins spécialistes exerçant en médecine du sport plus que de « simples » médecins du sport généralistes qui se sont emparés du sujet de l'activité physique dans les années 2000 et 2010. Une position dominante qui les plaçait en interlocuteur privilégié des pouvoirs publics. Au sein des directions du ministère de la santé, C. Perrier note des oppositions « professionnelles » entre des médecins épidémiologistes et de santé publique de la direction générale de la santé, favorables à l'activité physique et voyant les questions d'AP sur prescription comme centrale dans le champ de la santé publique, notamment dans une perspective de prévention ; et des médecins généralistes et spécialistes de la directions générales DGOS, qui considèrent l'activité physique comme un médicament, pas si important. Autour du travail d'écriture du décret, il relève aussi les représentants des médecins du sport attachés au caractère réglementé des professionnels de santé en comparaison au monde sportif.

Plus généralement, étudiant les blocs d'influences, il intègre les médecins du sport à un bloc d'influence composé de l'ensemble des professionnels de santé et paramédicaux, tout en indiquant que le groupe est « peu cohésif », en partie car les médecins du sport voient d'abord dans l'activité physique un moyen de construire une carrière. Il intègre les représentants des médecins généralistes à un bloc qu'il compose avec les institutions de la sécurité sociale. L'objectif de ce groupe est de faire en sorte que seul le médecin traitant puisse prescrire de l'activité physique contrairement à ce que réclament les paramédicaux, en expliquant qu'il s'agit de leur cœur de métier (on a vu que cela ne rejoignait pas, loin de là, des préoccupations concrètes d'un certain nombre de médecins interrogés, et allait contre leurs pratiques). Le second objectif est « de veiller à ce que les coûts soient les plus limités possible pour la sécurité sociale, étant donné que la prescription est potentiellement extrêmement coûteuse ». Ils cherchent ainsi à maintenir le statu quo et éviter une « dérive financière ».

Néanmoins nous ne trouvons pas de corrélation directe entre le type de pratique d'APS et la modalité ou la fréquence de prescription⁴⁸, même si globalement la pratique favorise généralement une conviction concernant l'intérêt de l'activité physique et de la prescription d'APA.

Dans notre échantillon, on peut ainsi opposer relativement (1) les médecins engagés dans un exercice pluriprofessionnel (2) à des médecins libéraux installés dans un cabinet individuel qui ont un intérêt pour le sport souvent lié à leur propre socialisation sportive, régulièrement valorisée institutionnellement par l'obtention d'une capacité de médecine du sport, mais qui ne sont pas particulièrement intégrés dans un réseau pluriprofessionnel.

Alors que, pour les premiers, la prescription d'APA relève plus souvent des **pratiques possibles**, tendanciellement les seconds font plus souvent état d'avoir **tenté de prescrire quelques fois, mais d'avoir renoncé faute d'avoir trouvé les relais satisfaisants**.

Le capital sportif des médecins, et le poids de la **socialisation sportive** – qui est **notable dans le fait d'obtenir une capacité en sport : Viaud, 2009** – ne jouent apparemment pas de manière aussi directe dans la PAP. S'ils paraissent rendre les médecins interrogés (quasi toustes sportifs·ves de toute manière) particulièrement **sensibles à l'intérêt du sport et parfois aux apports sanitaires de l'AP**, il ne façonne pas de manière uniforme leur approche face à la **prescription**, et leur rapport aux programmes d'APA. Par ailleurs, pour les prescripteurices médecins du sport interrogé·es, leur mode d'implication n'est pas forcément directement liée à leur socialisation sportive, et relève davantage d'enjeux professionnels et symboliques : c'est plus souvent une manière de **valoriser leur double casquette** dans un espace du champ pouvant être relativement concurrentiel.

Si nous y avions vu au départ un effet de générations qui ne peut en l'état être vérifié faute de données quantitatives, on fait l'hypothèse que ces deux modalités de considération de la PAP s'opposent, et continueront de s'opposer relativement : une **partie de médecins libéraux « du sport »** (plutôt proches d'une définition traditionnelle du sport, fédéral, organisé et compétitif) **prescrivent à partir de représentations dérivées du champ sportif** (le « sport-santé »), **versus des approches sociosanitaires de l'AP, souvent davantage portées par des médecins plus réceptifs aux injonctions récentes à l'interprofessionnalité et à la morale santé**, formés dans un état ultérieur du sous-champ de la formation à la médecine ou ayant une spécialité historiquement plus sensible à une approche de santé globale ou à l'ETP (par ex. diabéto, endobiogénie, phytothérapie ou homéopathie, addicto, santé environnementale...). Sous ce rapport, il est logique que les médecins formé·es à la médecine du sport paraissent surreprésentés dans l'ensemble de ceux qui ont tenté quelquefois de prescrire et ont cessé par la suite — en lien avec l'hypothèse d'une différenciation progressive entre des offres de « sport santé » plus proches d'un modèle sportif classique, et d'activité physique sur prescription réalisée dans une perspective de santé publique et dans laquelle les logiques médicales sont prépondérantes.

Enfin, la socialisation sportive doit être mise en rapport avec celle professionnelle. Ainsi, on a vu plus haut le discours de la Dr Allègre sur une formation professionnelle continue : « *quand je m'étais inscrite à une formation [DPC] pour faire justement du sport sur ordonnance, on m'a dit que c'était abandonné donc je suis repartie de la formation* », ou le Dr Claudel « *Ils nous ont dit : "de toute façon c'est pas remboursé"* ». Le cas de ces enquêtés

⁴⁸ L'enquête quantitative qui n'a finalement pas pu être menée visait notamment à tester l'existence ou non d'une corrélation, et à qualifier plus finement la relation selon le rapport au sport et les modalités de pratique passées et présentes.

sportif·ves montre le poids de la socialisation professionnelle relativement à celle sportive, et relativement aussi aux informations apportées par des acteurs extérieurs au champ médical. Accréditée par un cadre institutionnel, cette formation suivie a des effets durables sur leur pratique. L'une se remet à conseiller (énormément d'après elle), l'autre établit une prescription de kinésithérapie, pour que les paramédicaux en question décident ou non d'envoyer vers une salle de sport (hors PAP) jouxtant le cabinet — on ne comprendra pas si les kinésithérapeutes sont partie prenante de cette salle, mais leur caution semble suffire au Dr Claudel qui ne se demande pas si d'autres voies d'orientation sont possibles.

Ca m'arrive quand même d'envoyer des gens à... à des kinés sur [moyenne ville proche], qui... je sais qu'ils ont une salle de sport à côté et qui accompagnent les gens, qui les envoient à la salle de sport des fois et c'est un peu encadré. C'est pas pris en charge, mais... enfin le kiné est pris en charge comme de la kinésithérapie et après souvent ils... ils les orientent vers la salle de sport.

Enfin, on peut relever qu'à l'inverse, l'intégration de la prescription d'APA à la palette thérapeutique des médecins peut parfois modifier leur propre mode de vie, ainsi pour le Dr Buda, sportif à l'adolescence, mais qui « *[s'est] calmé un petit peu* » après une blessure. Ayant commencé à prescrire de l'APA il y a quelques mois, il dit « *[faire] surtout du vélo d'appartement, et de la marche* », et ajoute : « *j'essaye de me mettre des objectifs par rapport à ça, parce que (silence) je dois pratiquer aussi ce que je prêche, non ? (rire)* ».

2.2.5. Pour conclure sur les déterminants de la PAP et sur le processus de prescription

Dès le départ de l'enquête, on a constaté empiriquement **une grande diversité de parcours d'AP sur prescription** ; où la production d'un document signé par le médecin généraliste advenait à des moments divers, lorsqu'elle advenait « réellement » (selon les conditions fixées légalement).

La prescription apparaissait, *in fine*, rarement comme un acte simple, sans intermédiaire et sur une séquence unique : nous avons été amené·es à retravailler nos prénotions concernant une consultation généraliste classique, pour mieux comprendre les logiques sociales de la PAP. À l'image de ce que Julia Legrand (2022) a pu récemment montrer pour le domaine de la prise en charge hospitalière psychiatrique (donc dans un autre cadre que celui de la consultation généraliste), nous en sommes peu à peu venu·es à analyser **la prescription d'AP comme étant, en réalité, un processus engageant plusieurs espaces, temps et acteur·ices**. En effet, elle s'inscrit la plupart du temps **dans la durée** – commençant régulièrement bien avant l'obtention d'un formulaire spécifique contresigné par le ou la médecin – ; et s'inscrit dans plusieurs **espaces** de soins, engageant régulièrement un ensemble « **d'intermédiaires** » du monde de la santé ou du médico-social, et de structures et d'acteurices de l'APA. Ces professionnel·les de santé ou du médico-social, ou encore encadrant·es ou enseignant·es d'APA peuvent d'ailleurs être à l'initiative la prescription d'AP. Cette initiative peut aussi venir des patient·es, ce que d'autres travaux avaient déjà pointé à une échelle plus locale (p. ex. Lutrat, 2022), incité·es par l'entourage, un support d'information ou, là encore, des professionnel·les de santé ou de l'APA.

Ainsi, les médecins interrogé·es orientent le plus souvent les pratiquant·es potentiel·les vers des **intermédiaires de prescription** – un autre médecin plus spécialisé ou un·e professionnel·le du paramédical (infirmière de santé publique, kiné) – pour aboutir à des dispositifs balisés, un programme d'APA *ad hoc* ou encore un·e professionnel·le de l'activité physique ; certain·es, de manière beaucoup moins fréquente, acceptent de déléguer la

rédaction d'une prescription et de ratifier une ordonnance ou une orientation faite en dehors d'elleux – **délégant leur responsabilité en même temps qu'une tâche chronophage, ou jugée hors de leur juridiction** professionnelle, p. ex. Dr Lavallière.

La possibilité que l'une ou l'autre situation adviennent apparaît corrélée à la **socialisation professionnelle des médecins et leur contexte d'exercice et, de manière dérivée, à leur connaissance de l'état de l'offre d'APA** : expériences vécues au cours des études (notamment lors des stages hospitaliers ou en établissement de rééducation), puis lors/depuis de leur installation. Ainsi, l'installation en cabinet de groupe, à plus forte raison **en MSP, l'engagement dans le cadre d'une CPTS** où l'APA peut faire partie du projet, ou encore la partition de l'exercice entre un service de généraliste enseignant à l'Université et l'installation dans un cabinet, apparaissent comme des déterminants de la prescription. La génération peut jouer un rôle (notamment dans l'installation en MSP), mais ne paraît pas si décisive. Maud Gelly (2017) a montré que, réciproquement, les conditions d'exercice du métier sont corrélées aux modes de socialisation non professionnelle des médecins. En l'absence d'une enquête quantitative, à ce stade on ne peut pas faire malheureusement d'association certaine entre des socialisations non professionnelles et le choix du mode d'exercice avec les déterminants de la prescription d'AP.

Le fait de déléguer le travail à ces intermédiaires de prescription en allongeant ainsi la « chaîne » thérapeutique apparaît quasiment comme **une condition *sine qua non* pour que la PAP soit opérationnalisée, sinon routinisée**. Ces pratiques d'élaboration collective de l'ordonnance d'APA, qui plus est engageant des acteurs qui ne sont pas exclusivement des professionnels de santé, semblent possibles dans la mesure où elles demeurent à **la marge du champ médical**. Ceci nous semble refléter le **caractère interstitiel de ce bien, situé à l'intersection entre la santé et l'espace sportif**, et dont l'inclusion dans l'ensemble des pratiques médicales légitimes demeure en demi-teinte.

Le processus selon lequel l'APA est prescrite reflète la **hiérarchisation des domaines d'activité médicale et de l'APA, et la distance sociale entre les médecins et les encadrant·es d'APA**. Il faut néanmoins souligner que le fait que la prescription d'APA soit *in fine* un processus faisant appel à différent·es professionnel·les, et se déployant sur un temps possible long, ne réduit pas pour autant systématiquement les effets de l'asymétrie de la relation médecin-patient pour les médecins plus normatifs, relation qui peut alors être « renforcée par le fait d'être tout entière **encastrée dans un ensemble de rapports de pouvoir plus larges**, qui prend ses racines en dehors de la consultation et qui incorpore par conséquent des éléments sur lesquels le patient n'a pas ou peu de prise » (Eberhart & Legrand, 2022). Comme on l'a dit plus haut, les pratiques des médecins en matière de prescription dépendent de leur **conception du travail de soin** et leurs modes de **relation à, et de catégorisation de leurs patient·es**, et de leurs **connaissances (plus ou moins fines)** de « **l'arsenal thérapeutique** » relatif à l'activité physique à leur disposition, sans que ces relations soient univoques.

La socialisation professionnelle au sens large, et ainsi notamment les effets des conditions d'exercice, semble donc favoriser la prescription d'APA. Pour autant, celle-ci apparaît aussi déterminée par le système de formation aux métiers de la santé, par l'état de l'offre, et par la socialisation sportive des médecins. Cependant le capital sportif des médecins, et le poids de la socialisation sportive – qui est notable dans le fait d'obtenir une capacité en sport : Viaud, 2009 – **ne jouent apparemment pas de manière aussi directe dans la PAP**, même si globalement la pratique d'une AP favorise généralement une conviction concernant l'intérêt de l'activité physique voire de la prescription d'activité physique. Parmi les médecins

intéressé·es à la prescription d'AP, il semble se dégager deux modalités de considération de la PAP qui s'opposent, et continueront vraisemblablement de s'opposer relativement : **une partie de médecins libéraux « du sport » (plutôt fédéral) prescrivent à partir de représentations dérivées du champ sportif (le « sport-santé »), versus des approches sociosanitaires de l'AP, souvent davantage portées par des médecins plus réceptifs aux injonctions récentes à l'interprofessionnalité et à la morale santé**.

2.3. La prescription dans ses relations avec le tri des ressortissant·es et les inégalités sociales de santé

À qui les médecins prescriraient-ils, à qui ne prescriraient-ils pas ? Ou plutôt, quel type d'orientation et quelles modalités de prescriptions tendent-ils adopter en fonction de quels profils sociaux et cliniques des patient·es ? Les choix d'orientation vers des activités adaptées, et leur adaptation aux caractéristiques individuelles des patient·es, incorporent non seulement des savoirs cliniques et médicaux, mais aussi certains « savoirs sociaux », de sens commun ou parfois scientifiquement constitués (Schuft, Sauvegrain, et coll., 2023). À travers ces choix et pratiques différenciés, participant à une « opération de tri » (Gelly, 2023) les médecins contribuent à la régulation des flux des pratiquant·es potentiel·les, en écartant celles et ceux dont ils pensent ne pas correspondre aux programmes d'APA. Cette régulation tient-elle à la « valeur sociale des patient·e·s » (Glaser et Strauss, 1968, cités par Paillet, 2021) ?

2.3.1. La question du vieillissement : les seniors (in) actifs et le grand âge

« Travailler » au concret avec les âges (et les sexes)

L'âge est un indicateur clinique (plus ou moins pertinent) chargé de représentations sociales. Il fait consensus sur son importance pour adapter la prescription d'APA, souvent croisé explicitement avec le sexe ou le niveau d'activité perçu par le médecin — la classe en revanche, qui produit pourtant des inégalités fortes face à l'avancée en âge, n'y est que peu associée (cf. [infra 2.3.3](#)). On retrouve ici des résultats d'autres travaux, qui montrent qu'en dépit de la désinstitutionnalisation des âges sociaux, il y a une persistance « d'une “police des âges” (Percheron, Rémond, 1991) dans les politiques de santé, et notamment de santé publique », dont dépend la **manière de caractériser les patient·es** ; laquelle dépend aussi « de la manière dont les professionnels “travaillent” en actes et au concret avec les âges » (Benallah et Vézinat, 2024, p.39).

Travailler en actes avec les âges, c'est notamment connaître les modes de prise en charge auxquels peuvent prétendre leurs patient·es selon leurs caractéristiques, notamment d'âge. Or, la propension des médecins à grouper leur patientèle par classes d'âge fait **écho aux ciblages spécifiques par les financeurs des soins physiques** reproduisant la division par âges (selon les âges, des limitations spécifiques) qui demeure de ce fait « un régulateur de la distribution des individus et le principe majeur de réglementation des activités de toute nature » (Percheron, Rémond, 1991, p. 5). Avec ces choix politiques concernant la santé, « les pouvoirs publics ont régi peu à peu – quand ils ne les ont pas inventés – la prime enfance, la jeunesse, le troisième, le quatrième âge, bref tous les âges de la vie, sauf l'âge

adulte » (*ibidem*, p.111). Ainsi, à la question des différents soins physiques pouvant être considérés pour sa patientèle, la Dr Lavallière évoque la question des ergothérapeutes et des psychomotricien·nes, et explique en creux comment elle écarte ces professionnel·les du fait de l'absence de :

En gros l'ergo, si tu veux c'est pas moi qui le sollicite directement. Moi je sollicite par exemple, si on est sur du vieillissement, la filière troubles cognitifs ou je sollicite la filière handicap, machin, etc. et dans ce cadre-là l'ergo est mobilisé. Mais moi j'appelle pas l'ergothérapeute directement ou j'adresse pas à l'ergothérapeute, sinon il y a aucune prise en charge. Donc ça, c'est pas possible. Et le psychomot c'est pareil, adulte en ville les prises en charge, c'est zéro. Donc en gros ils interviennent, soit pareil dans les réseaux, troubles cognitifs, vieillissement, machin, etc. soit chez l'enfant, mais pareil via les PMI, les services comme ça. C'est sûr que la prise en charge, ça a du sens. Enfin, c'est important et ça dépend, mais là, la psychomot, on n'parle pas de petits coûts. C'est... c'est des coûts énormes, pour les patients.

MG Lavallière, F, 35/40 ans, AuRA, MGE exerçant en milieu urbain peu favorisé avec une partie addicto dans un cabinet de groupe (évolution vers une MSP en discussion)

Néanmoins, les groupes d'âge sont régulièrement mentionnés par les médecins en dehors même des questions de remboursement. Si les patient·es adultes sont souvent caractérisé·es de manière plus ou moins explicite par leur appartenance de sexe (et le fait d'être, ou non, en emploi), les personnes plus âgées, et plus jeunes, le sont moins souvent. À ces caractéristiques sociales sont assorties des manières de diriger ou non vers de l'APA. Ainsi, une médecin prescriptive d'APA oppose aux hommes quadragénaires les femmes et les personnes âgées, à qui elle est plus disposée à prescrire, le dispositif local d'encadrement d'APA lui semblant davantage adapté à ce dernier groupe :

On a des gens qui font un infarctus à 40, oui, 45 ans (...) voilà, ils sont pères de famille, actifs... Je pense que ça va être un frein. Rapidement, ils ne vont pas adhérer forcément (...) Et surtout les horaires, ce n'est pas compatible, quoi [le programme] c'est le matin, en semaine (...) Voilà (ce programme) n'était pas adapté à tous.

Dr Fernanda, F, environ 45 ans, exerçant en milieu semi-urbain, PACA.

La « motivation » (et la compliance) des patient·es aux alentours de la retraite

Les personnes « âgées », mais pas « très »/ « trop » (c'est-à-dire généralement autour d'une retraite « active »), sont souvent pris en exemple lorsque les discours mettent en avant des publics jugés « compliants » et conscients des bénéfices variés qu'apporterait l'AP et l'APA. Ces exemples sont régulièrement pris par opposition à d'autres qui ne le seraient pas — de manière souvent assez homogénéisante, même si certain·es se reprennent par la suite :

Oui, ça ça... la personne âgée est très réceptive, enfin je n'ai pas dit TRÈS âgée, les personnes âgées, j'ai envie d'dire une fois 60 ans. Elle est très réceptive, d'une part euh... Euh... elle a conscience que ça peut lui faire du bien, euh... surtout on sent une connotation de lien social derrière, un moment d'échange avec les autres, euh qui est hyper important. Et puis on joue facilement la carte de... de... de l'intérêt d'avoir de l'activité physique par rapport à la prévention de tout c'qui est les chutes, euh... retravailler l'équilibre, et euh... et là effectivement ils... ils ont conscience que c'est un bienfait pour eux quoi.

MG Triat, H, 50-55 ans, GE4, en MSP, ancien hospitalier dans une autre spécialité, prescripteur, suit actuellement une formation de médecine du sport et ostéopathie, formateur en IFIS, sportif intensif

Le Dr I-1, qui ne prescrit pas, mais parle beaucoup d'AP avec toute sa patientèle, note que :

Par contre la motivation va être plus grande sur les patients en préretraite ou alors juste au début de leur retraite (...) C'est eux qui vont être le plus motivés pour faire une activité physique, même minimale du genre faire plus de marche ou marche un peu plus rapide. Entre 55 et 65 ans, ils vont être très motivés pour le faire parce que pour le coup c'est eux qui soit vont commencer à avoir une pathologie chronique, soit ils connaissent de plus en plus de personnes avec des pathologies chroniques et ils se rendent compte de l'importance d'avoir une activité physique. (...) Les personnes plus âgées, leur activité physique c'est simple c'est « moi je me promène », ils baladent le chien, ils sortent faire leur marché et pour eux c'est l'occasion de faire leur activité sportive. Je ne dis pas hein, elles font leur petite demie heure de marche 2-3 fois par semaine quoi.

Médecin ThèseMG-I-1, H, 31 ans, non-prescripteur, activité hospitalière et libérale, a arrêté la pratique sportive au moment de l'entretien

Pour un autre médecin, qui a arrêté de prescrire du fait du non-remboursement, on peut même « *arrive [r] à faire pédaler sur des vélos d'appartement, jusqu'à 90 ans, on arrive à les faire pédaler à raison de 20 minutes trois fois par semaine* ». (Médecin ThèseMG-Y-6, H, 62 ans, a cessé de prescrire, salarié et activité libérale, sportif). Les médecins sont cependant plutôt disposés à **opposer relativement les personnes autour de la retraite et celles au « grand âge »**.

Une opposition entre âges proches de la retraite et grand âge

La Dr Sainmaur (F de 31-35 ans exerçant en milieu semi-rural, AuRA) réserve ainsi la prescription d'APA aux personnes dont elle pense qu'elles y prendront plaisir, notamment des « *femmes autour de la cinquantaine* » souffrant de maladies chroniques telles que l'obésité ou la fibromyalgie, tandis qu'elle prescrit plutôt des séances de kinésithérapie aux personnes estimées « *âgées* », ou alors leur recommande des « *petites sorties* ».

Durant l'entretien, elle se fait d'ailleurs la réflexion qu'elle ne pense sans doute pas assez à l'APA pour sa patientèle plus âgée, et se promet de davantage le faire. On voit transparaître ici une caractéristique assez fréquemment relevée chez les médecins les plus jeunes prescriptrices d'APA. Ils et elles apparaissent comme de « **bon·nes élèves** » — peut-on, sans galvauder le concept, parler de « bonne volonté professionnelle » (Masclat et al., 2020) pour ces médecins, apparemment plus régulièrement issu·es de familles modestes ou de pays étrangers que le reste du corpus ? Toujours est-il qu'elles et ils sont souvent bien disposé·es à l'égard des normes hospitalières ou des réformes de la santé, et utilisent sans la grande « conviction » ou « implication » d'un Dr Mathieu ou d'un Dr Laurent, mais avec « application »⁴⁹, un dispositif dont la promotion a été faite par d'autres.

C'est ainsi le cas aussi du Dr Buda (originaire d'un pays de l'Est). Même s'il les base sur des questions de limitations de capacités, il sépare – un peu malgré lui – les prescriptions APA (qu'il se rend compte avoir rédigé uniquement pour quelques femmes de 50-60 ans), des prescriptions de kinésithérapie pour des personnes plus âgées avec des incapacités.

⁴⁹ Les termes entre guillemets sont des adaptations du vocabulaire sur les passeurs, Jobard et coll., 2020, et sur les acteurices relais de l'action publique, Mariette et Pitty, 2021

*En fonction des situations, je montre le dépliant euh.... J'en ai, quelques dépliants comme ça, là. Et donc soit je (silence) fais avec la partie euh... la partie ici, par rapport aux recommandations, etc., soit je fais via le site ***. (silence) Mmh. (silence), Mais aller jusqu'à l'ordonnance, ce n'est pas (silence) quelque chose qui arrive... (silence) assez euh... (silence) J'aimerais que ça arrive un peu plus souvent. (Rire) (silence). Au final, même si j'ai été impliqué dans ça, même si j'étais euh... (silence) sensibilisé, c'était pas quelque chose qui euh... (silence) que je fais au final tellement souvent. (Silence) » (...)*

Là il y a plein de choses qui nous intéressent [dans ce qui vient d'être dit] ; est-ce que, justement, pour des personnes qui... où tu sens que ça va être un peu compliqué, l'Activité Physique Adaptée euh... avec un intervenant APA, etc., est-ce que... dans ces cas-là, tu envoies plus vers un kiné, ou autre ?

Oui. Pour les patients... C'est surtout les patients âgés, qui ont des troubles de la marche euh... ou qui ont des troubles de l'équilibre ou de l'arthrose, ou pour lesquels euh... (silence) L'accompagnement (APA), c'est assez important pour euh... à la fois pour la partie de santé par rapport à leurs troubles.... Et euh... mais aussi pour un lien social, des fois, il est très difficile. (silence) Je trouve qu'il y a un double tranchant euh... un double avantage [de l'APA] par rapport au kiné. Mais je sais que si les limitations sont importantes, effectivement, c'est le kiné. (silence) »

Dr Buda, H, 31-35 ans, AURA, cabinet de groupe, généraliste enseignant et maître de stage, milieu urbain

Son « Je sais que » est à relier au fait qu'il nous a décrit s'être renseigné activement sur des sites d'aide à la prescription d'AP dans le cadre d'un groupe informel de collègues souhaitant savoir mieux comment prescrire, et ont monté un site de ce type. Cela est à rapporter à cette utilisation appliquée, qu'on pourrait qualifier de « bonne volonté » professionnelle⁵⁰, qui se reflète dans d'autres pratiques de ce médecin comme certain·es autres enquêté·es, et qui correspond vraisemblablement à des propriétés de position (ici sa nationalité étrangère – émigration pour les études de médecine en France –, sa jeunesse, et sa volonté de stabiliser son statut de MEG semblent prégnantes).

Plusieurs autres médecins mobilisent la distinction entre seniors et personnes âgées de manière encore plus explicite. Ils et elles peinent alors à penser à l'APA, lui préférant aussi la **kinésithérapie**, en lien avec des problématiques liées au « maintien de l'autonomie » ou le passage d'une infirmière à domicile ; ou parfois, une **activité en autonomie** comme la marche — fréquemment proposée aux personnes âgées (Collinet & Delalandre, 2015).

En général, le problème c'est que c'est chronophage et que tenter d'expliquer à une personne de 80 ans qu'il faut se motiver, on n'aura pas forcément le temps. Moi ce qui m'intéresse le plus c'est le cardio-vasculaire, c'est moins les chutes donc j'ai moins d'impact à ce niveau-là. Ça m'intéresse moins, mais c'est vrai que pour la prévention des chutes ça serait beaucoup plus intéressant, mais dans ces cas-là je prescris aussi beaucoup de kiné pour ces patients-là.

⁵⁰ Nous utilisons ce terme en écho à son usage, suite à Pierre Bourdieu, par Anne-Marie Arborio et Marie-Hélène Lechien (2019) concernant la « bonne volonté sanitaire » d'une fraction des classes populaires. La notion y est mobilisée pour indiquer « l'effort de conformité à des normes peu atteignables », et aussi « une maîtrise relative de certaines de ces normes et les usages spécifiques qui peuvent en être faits parmi les enquêtés », ayant partie liée avec une logique de distinction et de volonté d'ascension sociale.

Médecin ThèseMG-I-8, H, 34 ans, se déclare non prescripteur, mais prescrit sur Cœur et Santé, orientation sur infirmière Asalée, DU d'insuffisance cardiaque, formé à l'éducation thérapeutique, médecin en EHPAD et en cabinet libéral de groupe, pas sportif

Les personnes âgées par exemple, je les envoie chez le kiné. Et je demande une réadaptation à l'effort. Donc ça leur permet déjà de sortir et d'avoir au minimum 2 séances avec un kiné comme ça je sais qu'ils ne sont pas tout seuls et bien pris en charge... Et puis ils aiment bien, après ils reviennent ils sont contents.

Médecin ThèseMG-B-3, Medecin ThèseMG-B-3, F, 41 ans, non-prescripteur, remplacement en libéral, reste sportive

« Tu as dit que tu avais une patientèle plutôt âgée, t'arrive-t-il d'aborder, avec eux le thème de l'activité physique et/ou du sport dans le cadre de la prévention du risque de chute ou lors de troubles de la marche ?

Avec les "petits vieux" ? Vraiment les personnes âgées de plus de 75 ans ?

Question : Oui, voilà

La marche, oui. Ils sont tous pétris d'arthrose, etc., et je leur dis que pour l'arthrose, il n'y a pas de médicament et qu'il n'y a rien pour les sauver et qu'il faut juste garder les amplitudes, qu'il faut garder de la musculature, tout et donc je leur dis que pour cela, il faut qu'ils restent actifs le plus possible, et donc il faut marcher, marcher, marcher. Mais au-delà de la marche, pas tellement en fait.

Médecin ThèseMG-Y-8, MGE, F, 30-35 ans, prescription/orientation occasionnelle à la demande du patient, cabinet de groupe, activité libérale à temps partiel, sportive

Une tension entre vieillissement en santé et fragilité

D'autres, plus précis, ou mettant davantage en avant une césure entre un vieillissement en santé, actif, et la vieillesse proche de la dépendance, le Dr Boro (H, 53 ans, exerçant en milieu semi-urbain, dans un "centre médical" au statut indéterminé, AuRA) dit intégrer le niveau d'activité perçu, en opposant par comparaison des "personnes âgées qui sont en pleine santé et qui appartiennent à des clubs seniors" à "la petite mamie, qui a 92 ans et qui a une activité limitée". Pour ce dernier profil, le Dr Boro encourage plutôt de marcher ou d'accroître ses mouvements dans le cadre des activités quotidiennes, ce qu'il justifie par l'instabilité des programmes locaux d'APA. Pour la Dr Sudat (F, 50 ans, exerçant en milieu semi-rural, Occitanie), il s'agit aussi de distinguer entre des personnes âgées identifiées comme inactives et repliées sur elles-mêmes, pour qui elle conseille la marche, allant même jusqu'à "les encourage [r] à prendre un chien" ; et "les petites grand-mères" dynamiques, qui peuvent s'inscrire elles-mêmes à des activités "douces" afin de répondre à des besoins de sociabilité :

Alors les personnes âgées, c'est la marche. Je les incite vraiment à marcher, déjà lutter contre l'arthrose, lutter contre la sédentarité. Travailler la sarcopénie [...] Et après s'aérer pour le moral. Je les encourage à prendre des chiens, et aller les promener. [...] Les petites grand-mères [actives] elles vont même faire du Pilates. Elles vont faire de la gymnastique douce. Il y en a qui ont besoin d'être stimulées par des copines ; donc je n'aurais pas le même discours que là, de promener un chien. Il y en a qui ont peur de sortir toutes seules. Donc les personnes âgées souvent... ça dépend à qui je m'adresse. C'est toujours du cas par cas. (Dr Sudat)

Par différence, le Dr Mathieu, “passeur” de l’APA qu’on a déjà présenté (H de 45 ans exerçant en milieu rural, MSP, AURA, sportif), oriente volontiers les personnes plus âgées vers un groupe de marche constitué et encadré par l’infirmière Asalée de la MSP, ce qui contribue tout à la fois à valoriser l’importance de l’encadrement, faire travailler l’infirmière de la MSP et médicaliser la marche.

Finalement, malgré ces légères différences dans les discours sur leurs pratiques, on remarque que **les schèmes de perception sur l’activité physique** (qu’on a détaillés en [1.1.1](#)) **s’articulent de manière assez homogène avec les représentations médicales usuelles concernant les personnes âgées** – sur leurs besoins et incapacités, sur la difficulté à changer leurs comportements, mais aussi sur leur conformation aux préconisations médicales –, et **les modes de la prise en charge de la vieillesse** : tensions sur les conceptions de l’autonomie, nécessité de la pluriprofessionnalité⁵¹, prise en compte de la “fragilité” (parfois à l’encontre des pratiques réelles des personnes concernées) et des problématiques de mobilité, à la fois géographique (comment se déplacer sur le territoire) et corporelle (comment faire bouger son corps et se déplacer à pied).

Question : Et pour les personnes âgées ? Vous parlez aussi d’activité physique est ce que vous les envoyez vers Prescrimouv’ ? Comment ça se passe avec ce type de public ?

Alors j’ai un peu moins le réflexe parce que souvent il y a de gros problèmes de mobilité et souvent à la campagne, c’est quand même des gens justement qu’il faut plutôt freiner dans la vie ! (...) c’est souvent que les petits papis mamies il faut les freiner dans les activités, car ils sont toujours dans le jardin et toujours à faire des trucs après il y en a d’autres qui ne bougent pas non plus, mais il y a de tout c’est pareil. L’activité physique ne s’aborde pas pareil parce que faire son ménage en fait on se casse plus qu’autre chose c’est pas aller marcher quoi, sauf qu’aller marcher bah c’est des gens qui ont mal et ils se sentent obligés de faire leur ménage et en fait bah aller marcher ils ont mal dont ils n’y vont pas. (...) En fait on essaie beaucoup de faire le maintien à domicile, on a des kinés qui vont quand même encore à domicile, mais c’est compliqué parce qu’ils ont beaucoup de demandes, mais globalement on essaye de toujours maintenir une autonomie et donc ça passe par de l’activité physique. Dès que le patient est alité on essaie de le remettre tout de suite debout, l’objectif c’est qu’il ne s’arrête jamais en fait

Question : Et ça passe par quels moyens et outils ?

R1 : Bah les infirmières qui vont passer à la maison, qui vont les stimuler, la famille on dit bah il faut qu’il bouge, dès qu’on peut on va mettre en place le réseau de l’autonomie avec les infirmières du conseil général qui vont passer à la maison. Les kinés on va les mettre sur le coup, et l’objectif c’est maintenir une activité et que ça ne s’arrête pas parce que si ça s’arrête ça ne reprend plus quoi.

Dr Louis, H, 35 ans, Grand-Est, MSP, orientation/prescription orale et au kiné pour bilan, PrescriMouv », Formation en ostéopathie et médecines naturelles

⁵¹ ce qui est à rapprocher de l’évolution des recommandations concernant la prise en charge sous forme de parcours, qui prend justement en exemple celui des personnes âgées, plus complexe et nécessairement pluriprofessionnel — cf. Aubert, Kletz et Sardas 2022)

Un contre-exemple : se servir de la « *médicalisation* » de l'APA pour leur « *sortir l'âge de la tête* »

Dans notre échantillon, il y a néanmoins une médecin, Dr Lavallière, qui semble ne pas faire cette partition entre seniors et plus âgé·es. Elle compose en revanche avec les représentations des personnes âgées et de la vieillesse « *compliante* » (cf. *supra*) pour leur *proposer* de l'APA, lorsqu'elle pense que cela pourra être accepté : elle n'aime pas prescrire, on l'a vu, donc elle conseille/oriente/signe l'ordonnance quand les personnes se sont décidées à aller faire le bilan à la MSS. Elle a un profil particulier, étant généraliste enseignante, et ayant fait une thèse en sciences sociales en plus de sa thèse d'exercice. Dans cet extrait long, on perçoit d'ailleurs sa réflexivité sur sa pratique :

*Pour beaucoup [de personnes âgées], ils ne se considèrent comme pas la cible parce qu'on fait pas d'activité quand... il y a toujours cette confusion activité sport là. On fait pas de sport quand on est vieux en gros. C'est un peu ça l'idée. Et « j'ai trop mal aux articulations donc je ne peux pas faire »... enfin voilà. Donc je dirais que c'est un public... moi, j'adore, c'est un public hyper intéressant parce que c'est les plus réticents, mais alors, une fois qu'ils y ont mis un orteil dedans je trouve que c'est les plus assidus. C'est super marrant. En fait, il faut arriver à les convaincre que, être vieux, ce n'est pas un état. Enfin voilà, il faut sortir l'âge de la tête et les convaincre qu'ils peuvent... enfin, voilà que, on peut faire de l'activité même si on a des douleurs articulaires. Et ça pour ça, l'APA c'est chouette parce qu'il y a ce côté médical. Et alors pourtant moi qui ne suis pas très *médicalisation*, voire même qui suis plutôt contre, chez ces personnes-là, il y a le côté : « ah bah ils vont me comprendre parce que si c'est fait pour les gens qui ont des problèmes de santé, ils vont comprendre que j'ai mal au dos et que j'ai mal au genou et ils vont pas me demander de faire un truc que j'arrive pas à faire, parce que la prof de Pilates elle me fait tordre sur le côté et je n'arrive pas à faire cette position ». Voilà. Donc le fait d'avoir cette étiquette médicale chez les patients âgés, j'ai l'impression que c'est positif. Et ça résonne un peu en : « on va comprendre mes soucis et on ne va pas me faire faire un truc inadapté » au sens où l'activité pourrait représenter quelque chose de non bénéfique pour eux, « parce que j'aurais plus mal », « parce que j'aurais plus de soucis ». Donc c'est... c'est peut-être un peu ça les spécificités, c'est que ce n'est pas la même façon de présenter. Un jeune de 35 ans, il te... il t'évoquera très rarement le fait que, aller faire du sport ça va lui causer des problèmes. Enfin voilà c'est... c'est... ça vient rarement sur le tapis. Alors que chez les sujets âgés, c'est quand même assez prégnant, cette inquiétude de dire : « oui, mais docteur si j'en fais trop, je vais encore avoir plus mal. J'aurai encore plus d'arthrose ». Donc... donc là j'aurais tendance à utiliser le côté médical pour leur dire : « mais non justement c'est que, il faut trouver la juste activité et cette juste activité elle existe pour vous aussi, quelle que soit votre situation. Voilà. À partir du moment où vous êtes volontaire pour la faire ». Et donc voilà... donc c'est pas tout à fait la même façon de leur présenter. C'est aussi une façon de leur... de leur dire... il y a aussi ce côté « bah de toute façon maintenant, vous savez, j'ai quatre-vingts ans, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse » ? « Bah, si justement on peut faire des trucs et on peut essayer de faire des trucs qui soient moins délétères que de vous filer des médocs, à 80 balais ». Alors après ils accrochent ou ils n'accrochent pas, mais moi je trouve que ça... il y a des patients qui sont quand même hyper... alors c'est... bien évidemment que c'est bourré de biais, ce que je te raconte parce que déjà les patients s'ils viennent me voir, ça veut*

dire qu'ils acceptent d'avoir un médecin généraliste jeune, qui a une façon de travailler différente de la génération qu'ils ont connue. Donc ça veut dire que déjà ils ont un état d'esprit qui n'est peut-être pas le même que ceux qui vont voir mes collègues. Mais moi je trouve qu'ils sont vachement demandeurs... enfin que ça fonctionne assez bien. Une fois que tu as déconstruit les... les préconçus et que tu as présenté le truc différemment, ça fonctionne assez bien je trouve, mais pas forcément pour tous. On en revient à la question de tout à l'heure de s'adapter à ce qu'ils sont prêts à faire.

MG Lavallière, F, 35/40 ans, AuRA, MGE exerçant en milieu urbain peu favorisé avec une partie addicto dans un cabinet de groupe (évolution vers une MSP en discussion)

Cet extrait d'entretien suit une logique peu commune parmi les médecins interrogé·es. La grande majorité, qu'elles et ils soient prescripteurices ou non, contribue régulièrement à écarter les personnes les plus âgées des programmes d'APA, pour leur proposer d'autres formes d'accompagnement, en raison de leur fragilité ou manque de motivation supposé·es. De fait, on verra dans le dernier chapitre de ce rapport que les pratiquant·es de plus de 75 ans sont peu présents dans les dispositifs d'APA (quoique beaucoup plus que dans les clubs sportifs traditionnels), par différence avec les personnes entre 50 et 75 ans (elles aussi peu engagées dans les sports fédéraux, cf. chapitre axe 3). Or, la Dr Lavallière a identifié les barrières à la pratique d'AP chez les personnes âgées ou plus largement les personnes dont les capacités physiques sont selon elles réduites, et qui – au contraire – peuvent contribuer à leur adhésion à un programme d'APA sur prescription et médicalisé, comme identifié aussi dans la littérature (Maillot et coll., 2018 ; Morales et coll., 2018). Ce discours rejoint celui sur la compliance des personnes vieillissantes dans les actions en faveur de leur santé, mais, de manière plus réflexive, la met en regard avec les stratégies de présentation des options thérapeutiques selon les caractéristiques sociales et non seulement cliniques de ses patient·es.

2.3.2. Ciblage des pathologies ou focus sur la corpulence ? Un lien systématiquement fait entre surpoids et inactivité

Jusqu'en 2022 une trentaine de pathologies entraînait dans le champ de la prescription d'AP sous condition d'ALD. Les praticiens, interrogé·es dès les premiers entretiens sur les situations où iels étaient le plus susceptibles de prescrire, évoquaient le diabète, les cardiopathies, ou aux cancers (« *les patients à risque cardio-vasculaire* », « *les dames opérées du sein* ») : des pathologies pour lesquelles l'usage de l'APA est plus ancré, et liées tendanciellement aux conditions de vie, perçues souvent au prisme des modes de vie des patient·es⁵².

Les diabétiques, bon effectivement il y a des diabétiques qui sont là, ils ont un peu plus décompensé. Moins marcher et plus bouffer donc évidemment que... c'est un ensemble qui ne donne pas exactement... quand on a du diabète, bah on fait un peu le régime. On prend le traitement peut-être, mais c'est en dernier lieu. Et la deuxième chose c'est on bouge.

Dr Cabral, H, 61-65 ans, cabinet de groupe depuis 2010, sportif, non-prescripteur.

L'écart entre « le savoir biomédical » (Bloy, 2008) concernant ce qui est cliniquement démontré comme bénéfique à la santé, d'un côté, et les réalités individuelles de l'autre,

⁵² cf. Loretti, 2021 notamment sur le tri dans les considérations médicales des causes des cancers

nécessite des compromis et adaptations qui se reflètent dans différents extraits d'entretien. Le Dr I-3 formule par exemple l'écart entre l'intérêt sanitaire d'activité physique et la difficulté pour lui de l'aborder ou de la voir adoptée :

Le plus important pour le soin du diabète de type 2, en number one c'est l'activité physique. Donc bien sûr, quand c'est mon premier traitement je ne vais pas le négliger. [...] Mais je ne la vends pas forcément de but en blanc comme ça (...) C'est des maladies chroniques, des fois ils veulent, des fois ils ne veulent pas, y a la motivation, c'est lent, c'est long, c'est compliqué. [...] On est avec des malades, c'est pas des machines. Donc, oui, on l'aborde comme on peut avec les moyens qu'on a, mais les moyens on n'en a pas. Enfin, pas plus avant 2018 qu'après !

Médecin ThèseMG-I-3, H, 44 ans, AuRA, ancien prescripteur, capacité de médecine du sport, cabinet, mais bientôt en MSP, milieu rural, sportif

Peu de médecins enquêtés mobilisaient des catégorisations très précises, à l'inverse de cet universitaire passeur de l'APA qui rapporte prescrire notamment pour « *une population de sujets masculins qui ont une problématique de cancer de la prostate donc ça c'est après soixante, soixante-cinq ans, des sujets féminins qui ont un problème de fibromyalgie donc c'est plus de quarante ans, en moyenne plus de quarante ans et puis pas mal de cancers* » (Médecin équipe 1, H, 35-40 ans, 2^e thèse, MCPH, prescripteur et passeur de l'AP sur prescription). Des médecins se revendiquant prescripteurs rapportent d'autres possibilités d'orientation et de prescription selon les pathologies, ainsi des patient·es qui ont de « *gros problèmes d'arthrose, d'articulations* », population qui ne fait pas consensus pour une prescription d'AP (d'autres rapportent les envoyant dans ce cas vers un kiné). Comme la Dr Lavallière, un certain nombre vont aussi pointer (entre beaucoup d'autres situations dans cet extrait) les questions d'isolement voire de troubles psychiques ou psychiatriques :

On va dire les grands champs d'action pour moi c'est le sujet âgé, le vieillissement, la psychiatrie et les effets secondaires de pathologie psychiatrique, l'isolement, c'est un critère social, mais c'est un très bon vecteur de reprise d'activités sociales, parce que c'est du groupe, parce que ça oblige à aller dans une association parce que ça oblige à rencontrer du monde, etc. Donc il y a aussi toute cette question de sortir les gens de l'isolement. Il y a les maladies métaboliques, diabète, hypertension. Enfin voilà, de toutes... toutes les pathologies chroniques métaboliques. Après il y a toutes les... les modes de vie à risque dedans je mets les sédentaires, les obèses, les tabagiques, enfin voilà tous ceux qui ont un mode de vie considéré comme à risque. Grosso modo... après une fois que tu as balayé ça, tu as balayé une grosse partie de la patientèle quand même !

MG Lavallière, F, 35/40 ans, AuRA, MGE exerçant en milieu urbain peu favorisé avec une partie addicto dans un cabinet de groupe (évolution vers une MSP en discussion) Une majorité de praticiens pointait avant tout leur ciblage sur le surpoids et à l'obésité, parfois reliés à une pathologie associée. La raison souvent sous-jacente était l'idée commune que le poids serait une conséquence de modes de vie sédentaires, et donc à relier à la question de la volonté et de la responsabilité potentielle des personnes ciblées (cf. Carof, 2021). Sous ce rapport, **de manière troublante, les discours des médecins qui disent n'avoir jamais prescrit d'AP ne semblaient pas différer beaucoup de ceux qui prescrivent ou ont déjà prescrit.** On peut ainsi mettre en miroir les extraits d'entretien d'un médecin prescripteur d'APA et d'un non-prescripteur :

Q. Et qu'est ce qui t'amène à prescrire à certains patients et à d'autres non ? Est-ce qu'il y a quelque chose en particulier ?

Parce qu'ils sont sédentaires. Ceux-là ils sont en ALD donc je sais que ce sera pris en charge donc ça ne va pas être un frein. En général, ça va être un diabétique, hypertendu, en surpoids, un mec qui ne va pas bouger de lui-même de toute façon.

Médecin ThèseMG-I-12, H, 41 ans, prescripteur, capacité de médecine du sport et autres formations, cabinet de groupe, sportif

Les gens ayant une forte surcharge pondérale, ils ont déjà une mentalité... enfin voilà quoi tout le monde ne fait pas du trail tous les dimanches ! (...) Je marque souvent sur l'ordonnance « faire 2 h de marche par jour » ça je le marque.

Question : Et c'est suivi ?

Non, ils trouvent des excuses... enfin tout ce qu'on veut. Donc il faudrait pour que ce soit efficace une prescription comme les kinés. C'est la seule façon pour que ce soit moins vague pour tout le monde. Déjà les gens qui sont motivés faut qu'ils cherchent l'asso, faut qu'ils payent... alors vous imaginez quelqu'un qui n'est pas motivé, qu'on force, en surpoids, prendre un cachet c'est facile de se motiver, mais enfiler son short.. Là les gens c'est compliqué.

Médecin ThèseMG-B-10, H, 59 ans, activité libérale, non-prescripteur, sportif

S'agissant de patient·es supposé·es incapables de réformer leur mode de vie (conception très communément répandue concernant les personnes « grosses » — Carof, 2021), la prescription **peut être d'un côté utilisée en raison même de son aspect pensé comme coercitif, elle est de l'autre jugée parfois vaine et « inutile »**, de manière comparable avec ce que Anne Vega montrait déjà concernant le jugement des médecins sur la prescription de médicaments, **sur l'incapacité présumée de leurs patient·es démunis·es ou de milieux populaires « à comprendre les logiques médicales et, plus globalement, à se prendre en charge »** (Vega, 2012, p. 85). Comme d'autres travaux le montrent bien sur les parcours de prise en charge (p. ex. Arborio & Lechien, 2019a & 2019b), notamment ceux qui touchent aux styles de vie (Regnier, 2018; Schlegel, 2022a), la prescription d'AP reflète les hiérarchies sociales dans lesquelles les interactions médecins/patient·es sont prises (Boltanski, 1971 ; Fainzang, 2006 ; Loretti, 2021 ; Darmon, 2021), cela même lorsque les médecins essayent de limiter la (re) production des inégalités de santé (Bloy & Rigal, 2023).

Sans être conscient·es de ces enjeux de classe (ment), un certain nombre de praticien·nes, notamment parmi les médecins passeurs de l'APA, parlent d'ailleurs « **d'épidémie** » pour parler de l'obésité et la sédentarité, poursuivant le travail d'entreprise de morale (Vieille-Marchiset, 2019) initiée à partir du travail de constitution de l'obésité comme problème public dans les années 2000 (Génolini et Clément 2010).

Quelques rares médecins, alors plutôt des praticiens spécialisé·es dans la nutrition et les troubles alimentaires engagé·es dans des unités spécifiques, et par ailleurs prescripteurices réflexives d'AP, défendent une autre conception du surpoids :

Alors, je sais qu'il y en a qui aiment reconnaître que l'obésité est une maladie. Moi, j'ai du mal à trancher, mais je ne peux pas dire que toutes les personnes en situation d'obésité sont malades. Il y a des gens qui sont obèses et qui sont en super santé et des fois même en meilleure santé que des gens de poids normal. En fait, il y a des obésités saines, et des obésités actives au niveau métabolique et, en effet, ces personnes-là vont avoir un diabète, de l'hypertension, de l'apnée du sommeil, toutes les complications de l'obésité ; et autant il y a des obésités, des personnes atteintes

d'obésité qui font des footings, n'ont aucune maladie à côté. J'ai du mal à leur mettre une étiquette « malade » et je pense que ça serait pas « rabaissant », mais presque en fait.

MG Laborde, H, 31-35 ans, Occitanie, PH, service de diabétologie

Néanmoins, si ce médecin est attentif à différencier les cas d'obésité « saines » de celles associées à des limitations de capacité, il ne le connectera pas, dans notre entretien, avec la question des conditions de vie et du milieu social d'origine. Cette distribution sociale non aléatoire de l'obésité a pourtant été amplement soulignée dans la littérature scientifique des 20 dernières années, par ex. par Faustine Régnier – notamment 2005, 2009 –, Thibaut de Saint Pol – 2010 – ou encore les travaux de médecins et géographes de la santé avec nutrinet, par Feuillet et coll. 2020 concernant le niveau de précarité de l'environnement du lieu de résidence). Symétriquement, et parce que la pression à se forger un corps mince et tonique s'exerce d'autant plus qu'on s'élève dans la hiérarchie sociale, Solenn Carof a pu montrer combien la stigmatisation du « corps gros » touchait particulièrement les femmes des milieux les plus favorisés. On va voir toutefois qu'une conception du surpoids comme lié aux conditions de vie peut finalement conduire à la médicalisation du surpoids et du corps des femmes de milieux populaires.

2.3.3. Les effets des catégories de classe ou statut social attribuées aux patient·es

Concernant l'activité physique, on a déjà vu que le taux de pratique co-varie avec le milieu social — les classes populaires pratiquant globalement moins. Le fait de pratiquer à des fins de santé est également beaucoup plus le fait des milieux sociaux dotés en capital culturel⁵³, éventuellement dans une logique globale de soin et « contrôle de soi » comme le montre le travail de Marie-Carmen Garcia et collègues (2023). Certains médecins ont intériorisé ce constat :

Plus les gens sont éduqués, plus ils ont cette conscience-là qui les travaille depuis longtemps, plus ils vont systématique au club de marche ou à la randonnée ou au bridge, etc. J'ai ce sentiment encore une fois que plus on est éduqué, et plus on a ce sentiment-là, et plus on l'a développé tout au long de sa vie. Après celui... il y a aussi le gars qui a été maçon ou même maçon ou ouvrier agricole toute sa vie, qui enfin à la retraite, dit : « Stop. J'en ai assez fait. Donc terminé. Je vais pas faire le con dehors. J'ai été dehors toute ma vie, là je me fous la paix ».

Dr Gomez, H, 60-65 ans ; généraliste enseignant ; Occitanie ; MSP, sportif

La question qui se pose alors est : (qu') est-ce que cela produit un effet de tri ? De nombreux travaux, récents ou plus anciens (Carde, 2020 ; Fainzang, 2006 ; Gelly & Pitti, 2016 ; Loretti, 2021), ont montré que la classe sociale attribuée aux patient·es, ou leur « valeur sociale » (Paillet, 2021) joue un rôle dans la manière dont les médecins perçoivent la réception de leur discours, et ainsi dans la production du gradient social de santé. Ces derniers ont tendance à considérer les patient·es socialement proches comme plus enclins à comprendre et adopter leurs recommandations ; tandis que la distance sociale tend à être interprétée comme un obstacle à la transmission de l'information médicale et à son appropriation.

⁵³ Cf. notamment la publication [Les pratiques physiques et sportives en France. Résultats de l'enquête nationale 2020](#) publié en 2023 par l'INJEP (tout particulièrement les chapitres 6 – Gymnastique, fitness et wellness (plutôt des femmes diplômées) et 14 – Les pratiques utilitaires : faire du sport pour se déplacer au quotidien – plutôt des hommes jeunes et diplômés).

Une médecin remarque ainsi qu'elle a longtemps **conseillé** l'activité physique en priorité aux patient·es « *qui n'avaient pas d'autres soucis en tête (...) Quand vous avez des personnes [pour] qui leurs problèmes, c'est plus de se procurer de quoi manger ou de quoi souffler à la fin du mois, j'étais très loin de leur proposer de l'activité physique.* » (Dr Alegro, F de 45 ans exerçant en milieu rural et semi-rural, AuRA). Lorsqu'elle passe d'une pratique de médecin généraliste en libéral, à un exercice au sein d'un SSR centré sur la « prise en charge de l'obésité », quelques années plus tard, elle participe en revanche au recrutement d'une professionnelle de l'APA et rapporte prescrire préférentiellement l'entrée dans le programme dédié, qui est gratuit, aux patient·es qu'elle juge plus précaires.

Certes on peut y voir la volonté de réduire les inégalités sociales de santé par cette prise en charge globale. Mais il est aussi possible de rapprocher ce processus de médicalisation de l'APA, et du corps des femmes de milieux populaires, de ce que rapporte Dominique Memmi (2003) sur le gouvernement médical des conduites, et les disparités de classes dans la moralisation des pratiques quotidiennes que décrit Elsa Boulet chez les femmes enceintes selon leur milieu social (2022). Avec toute la bonne volonté dont elle fait preuve, cette médecin devient finalement une « *gardienne des normes* », du contrôle du corps de ces femmes et leur « *bonne volonté sanitaire* » (Arborio et Lechien, 2019a). Dans les unités de prise en charge du surpoids telles que décrites, tous les pans de vie deviennent jugés à l'aune de leur poids hors-norme, mais aussi de leur milieu social et trajectoire — notamment leur volonté de s'en sortir⁵⁴. Les effets à la fois contraignants et habilitants de la prescription d'AP sont ainsi particulièrement perceptibles dans ce type de distinction entre profils de patient·es lors du recrutement dans des programmes d'APA de personnes de sexe, de classe et de corpulence divers.

Par ailleurs, dans notre enquête, seule une minorité de médecins, eux-mêmes d'origine populaire, mobilise directement des catégories descriptives combinant le sexe, la situation familiale (le statut de mère), l'âge, l'ethnicité, la corpulence et le statut socioéconomique pour minorer l'intérêt des **conseils** liés à la prévention par l'AP et, *a fortiori*, du cadre de la prescription d'APA pour une partie de leur patientèle :

Je ne te cache pas que la « mama » maghrébine de 50-60 ans qui fait 90 kg, mon conseil elle me dit « oui, oui », tu vois. Après je n'ai pas de difficultés à en parler, mais très clairement tu vois que soit ça ne les intéresse pas, soit ils ne sont pas venus là pour ça. Ils sont très sympathiques certains, ils te disent « non je ne fais pas de sport et je n'en ferai pas »

Médecin ThèseMG-I-1, H, 31 ans, non-prescripteur, activité hospitalière et libérale, a arrêté la pratique sportive au moment de l'entretien.

Une seconde médecin enquêtée oppose à la globalité de sa patientèle – qu'elle juge « *généralement réceptive* » –, « *certaines patientes CMU enceintes ; quand je leur dis qu'il faudrait marcher au moins 30 minutes par jour tous les jours, que ça leur ferait du bien ; et bien je sens qu'elles ne sont pas du tout ou peu réceptives* » (Médecin Ysoline, F, 34 ans, activité libérale et salariée, non-prescriptive en libéral, sportive).

Plusieurs autres médecins mobilisent ces mêmes catégorisations sociales, mais de façon euphémisée, au travers des jugements quant aux dispositions individuelles censément

⁵⁴ Plusieurs programmes de recherche (ANR ChiBarAPS) et thèses sont en cours qui nous éclaireront plus avant sur la pratique de l'APA en contexte de surpoids. Dans PrescAPP, nous ne nous sommes intéressé·es à la question du surpoids qu'au travers des discours des médecins, des encadrant·es des programmes ou des personnes usagères pour des programmes sur prescription, et seulement lorsque cela concernait des personnes vieillissantes.

associées aux conditions physiques et aux états de santé — et notamment, s’agissant des patient·es en surpoids et en obésité, qui sont souvent supposés, on l’a vu avoir, un mode de vie déviant, « sédentaire » et/ou manquant d’hygiène ou d’effort (sur les grossesses cf. Schuft, Sauvegrain et coll., 2023). **Malgré cet accent mis sur la responsabilité individuelle, régulièrement sous-tendu d’une biologisation du social, ces médecins n’en tirent pas des conclusions contraignantes : ce n’est vraisemblablement pas à ces patient·es-ci qu’est prescrit de l’APA.**

Encore une fois, les effets du travail ou de la précarité sur les conditions d’existence, et en conséquence sur l’état de santé sont généralement absents des discours de la plupart des médecins enquêté·es, bien que largement documentés dans la littérature scientifique (Hu et coll., 2021). La question est plus souvent prise sous un angle dépolitisé des « modes de vie », plutôt pris comme des choix, indépendamment des contraintes qui pèsent sur ceux-ci. En revanche, un certain nombre aborde, on va le voir, la question du coût, ou plutôt du remboursement (ou de la prise en charge), mais pour arriver à des conclusions parfois opposées concernant l’AP sur prescription. Ces constats amènent à poser la question des conditions sociales auxquelles la prescription d’APA (plutôt que les pratiques de conseil, qui contribuerait à augmenter le gradient de santé — Bloy et coll., 2016) pourrait contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, ce qui fera l’objet du dernier point de ce chapitre.

2.4.4. En conclusion, catégorisations des patient·es = *gate-keeping* ?

Pour résumer, l’analyse des pratiques de prescription d’activité physique adaptée révèle une **opération de tri réalisée par les médecins, largement structurée par des représentations sociales, qui interfèrent avec les considérations cliniques**. Si l’âge est considéré comme un critère pertinent par la majorité des médecins, la classe sociale – bien qu’elle conditionne très fortement les capacités d’accès à la santé et à l’activité physique – est rarement prise en compte.

Ainsi, les **personnes âgées font l’objet d’un ciblage différencié, au sein duquel se dessinent deux figures** : les « seniors actifs » jugés réceptifs et motivés, notamment autour de 60-70 ans, souvent des femmes atteintes de pathologies chroniques ; et les **personnes plus âgées**, fragiles, généralement réorientées vers la kinésithérapie ou la marche autonome, perçues comme moins capables ou moins disponibles pour entrer dans un programme structuré d’APA.

Les analyses mettent ainsi au jour le rôle de classement des médecins, qui se fondent sur des arbitrages cliniques mais aussi sur des jugements sociaux, souvent implicites, sur la « motivation », la « compliance », « l’éducation » ou la capacité supposée des patient·es à changer de mode de vie ; pour proposer l’option de soin qui leur paraît convenir, parmi un « arsenal thérapeutique » : celui-ci est de fait moins étendu lorsqu’ils ne connaissent pas l’APA.

Cela contribue à l’éviction implicite des jeunes, des hommes adultes – surtout ceux aux métiers durs physiquement –, et des plus âgé·es, ou des personnes perçues comme limitées physiquement ou peu motivées (souvent en lien avec des propriétés sociales particulières) ; et ce, quelles que soient leurs considérations sur les effets d’une activité encadrée pour ces publics.

Aussi la « prescription d’AP » apparaît-elle comme **révélatrice de logiques médicales de classement**. Elles consistent en la **mise en adéquation**, à partir de modes d’ajustement variables de la pratique de la PAP, à leur **conception du soin et leur éthos professionnel**,

entre l'**offre** vers laquelle orienter – **existante ou supposée** (modalités, horaires, accessibilité, professionnel·les encadrant, coût) –, et des **profils de patient·es imaginé·es « compatibles »**. Le traitement différencié est d'autant plus marqué que les médecins, même celles et ceux sensibilisé·es au dispositif, **peinent souvent à le mobiliser au quotidien, dans leurs « routines » de travail et à l'incorporer à leurs cultures professionnelles**, à part les plus « impliqué·es », et vont de ce fait mobiliser des catégorisations plus spontanées, davantage empreints de leurs stéréotypes.

Mais notre enquête permet aussi de montrer la **limite de l'angle d'analyse du gate-keeping pour saisir les mécanismes d'inégal accès à la « prescription d'APA »**. En effet, en revenant sur l'aspect processuel de la prescription, on a vu **combien les ressortissant·es (et parfois leur entourage) et les autres professionnel·les de santé coproduisent également la politique, en demandant, proposant ou prescrivant, l'accès à ce bien de santé**. Or ce n'est pas vraiment par hasard si ces parcours hors « stricte » prescription verticale sont rendus possibles par les médecins, qui peuvent être dans d'autres cas de figure des agents de contrôle beaucoup plus zélés (e.g. Schuller, 2021). Lorsque l'on parle de *gate-keeper*, ou de l'activité discrétionnaire d'un *street-level bureaucrat*, on parle généralement de **l'ouverture ou la limitation de l'accès à un bien rare, convoité**, à un soin remboursé, à un service qui implique en même temps pour les *gate-keepers* **d'engager leurs conceptions éthiques, pour juger de ce qui est juste, moral, normal** comme comportements individuels et donc comme situations pouvant ouvrir l'accès, le droit à un remboursement.

Or on est ici dans un cas où on est face à un **bien de santé non connu** (il n'est vu comme rare car il est souvent pensé comme tout simplement inexistant...) ; souvent perçu comme « juste », légitime pour tous les publics (au contraire de l'IVG, la FIV ou la PASS) ; et surtout pensé par les médecins comme non remboursé donc **ne pesant pas sur les fonds publics**. En réalité, sans remboursement, pas de porte à garder de leur point de vue... C'est ainsi qu'on peut comprendre pourquoi certains médecins ne se rappellent même pas avoir « prescrit », c'est-à-dire finalement probablement signé un certificat de non-contre-indication d'une MSS permettant l'accès à un bilan et in fine l'entrée dans un programme.

Les médecin passeurs, eux, savent mieux les possibilités ouvertes par les dispositifs existants ; connaissent souvent bien les financements et modes d'évaluations des dispositifs, ainsi que le travail mené par les « coordos » (Collectif PrescAPP, 2023) et la nécessité de faire venir du monde dans les ateliers passerelles (ils ne le considèrent pas, au stade actuel, comme un bien rare). Et surtout, **pour eux l'important est, dans un premier temps, que s'imposent la norme santéiste et la pratique de la PAP**. Cette « entreprise de morale pratique » non aboutie ne peut s'articuler avec un travail de « fermeture » des portes. Il n'apparaît pas dans leur intérêt de fermer l'accès, en tout cas dans ce premier temps de structuration. Il n'empêche que **cela transfère aux programmes la charge d'écartier ou d'accepter les individus en leur sein**, via notamment les échanges téléphoniques et le moment de cadrage du bilan (cf. [chapitre 3. Partie II.1](#)), ou la transfère **aux intermédiaires de prescription** comme l'infirmière ou le kinésithérapeute, dont les intérêts ne sont pas toujours les mêmes que ceux de ces médecins.

Y a ce front de la sensibilisation des professionnels de santé, à prescrire du sport santé, l'activité physique adaptée, comment on peut le prescrire. Pour l'instant il faut ouvrir toutes les vannes, c'est pas trop se cadrer les choses (...) Donc pour moi c'est limite j'ouvre les vannes, je ne spécifie pas encore les choses [sur] la prescription. Ça viendra peut-être. Pour l'instant les passerelles ne sont pas, les parcours passerelles ne sont pas au complet, ne sont pas encore complètement débordés.

(...) Là on essaie de s'impliquer en disant on ouvre les vannes, prescrivez pour l'instant puis après on ciblera un petit peu mieux, on commencera à orienter par l'intermédiaire de l'augmentation des compétences des acteurs de terrain

Dr Mathieu, H de 45 ans exerçant en milieu rural, MSP, AURA, sportif

Aussi, il apparaît que si un premier tri de la patientèle est opéré – souvent par méconnaissance de l'offre ou des possibilités offertes par la loi – les médecins ont tendance à déléguer, en même temps que la prescription, le travail de *gate-keeping* aux autres professionnel·les impliqué·es dans la chaîne thérapeutique. Les intermédiaires de prescription sont en même temps des agents de classement ; et le tri des potentiel·les bénéficiaires de la PAP est ainsi soumis à des systèmes de perception et logiques de catégorisations potentiellement hétérogènes. Il est à noter que dans la majorité des programmes auxquels nous avons pu avoir accès, le seul tri observé se réalisait sur le caractère jugé trop sérieux des limitations fonctionnelles (là encore, celles et ceux qui orientent vers l'APA sur prescription ont pour l'instant intérêt à ce que les ateliers « fonctionnent »).

Le tri s'opère enfin aussi par les patient·es qui s'approprient la politique et sollicitent la PAP auprès de leur médecin. On le verra en chapitre 3, leurs profils sociaux sont assez spécifiques.

Ces analyses posent des questions fondamentales pour l'action publique, que l'on n'a pas résolues en décrivant les déterminants de la prescription : finalement, la prescription peut-elle réellement contribuer à réduire – plutôt qu'à reproduire – les inégalités sociales de santé, comparativement au conseil ?

2.4. L'activité physique sur prescription, un vecteur de réduction des inégalités sociales de santé comparativement au conseil ?

Eu égard aux résultats du travail de Géraldine Bloy, Laetitia Moussard Philippon et Laurent Rigal (2016), nous nous sommes en effet questionné·es sur l'effet de réduction des ISS que pouvait avoir la prescription en regard avec un simple conseil, tout en posant la question du renforcement du pouvoir médical dans les interactions qu'elle pouvait supposer, ainsi que sur le mode de sanitarisation qu'elle implique qui peut conduire à des formes de contrôle démultipliées sur les styles de vie des patient·es.

Au regard des parcours d'entrées dans les programmes, l'hypothèse du renforcement du pouvoir médical *via* la prescription d'AP ne nous semble pas validée, eu égard au nombre potentiellement important de ce qui est perçu comme des « non observance » de la prescription (en tout cas des cas rapportés par des soignant·es et des professionnel·les des structures d'APA), et à l'inverse de demandes par les patient·es d'une prescription (on le verra dans la partie relative au parcours des participant·es aux programmes d'AP sur prescription).

Pour autant, cette nouvelle possibilité légale a ouvert la voie à des stratégies censément plus contraignantes de certain·es médecins dans la réforme des conduites de certain·es patient·es, pour des domaines qui ne relevaient pas du domaine médical auparavant. On

peut percevoir là encore la tension mise en avant par Anne Revillard (2018), entre effet contraignant des politiques publiques et appropriation par ses destinataires.

Nous examinerons successivement la question soulevée de la réduction des coûts ; la réflexivité de certain·es sur la pratique médicale et les contraintes concrètes dans lesquelles les patient·es sont pris·es, et enfin le constat d'une labilité des usages, qui débouche sur une exclusion relative des hommes de milieux populaires, pourtant désavantagés du point de vue des ISS.

2.4.1. Aborder la réduction des ISS par la question de la gratuité ou du coût des programmes

Dans la population des médecins enquêté·es, malgré un rapport varié à la verticalité de l'acte de prescription, et une prise en compte peu fréquente de la classe sociale d'origine et des contraintes associées sur les conditions d'existence, une majorité de celles et ceux qui abordent le sujet du remboursement des programmes de reprise de l'activité physique l'approuve — et même le réclame parfois. Cela permettrait de mieux « motiver » les patient·es, ou tout simplement de leur permettre d'accéder à une offre : « *On essaie de motiver du mieux qu'on peut. C'est vrai qu'on aurait des structures avec des coachs payés par la sécurité sociale, on prescrirait* » (Médecin ThèseMG-I-3, H, 44 ans, AuRA, ancien prescripteur, capacité de médecine du sport, cabinet, mais bientôt en MSP, milieu rural, sportif). Ainsi, la Dr Fanny (F de 45 ans exerçant en milieu urbain, PACA) note par exemple que si « *le côté ordonnance* » la gêne, car, « *encore une fois, c'est le médecin qui dit au patient qu'est-ce qu'il doit faire* », elle est favorable à des démarches qui faciliteraient l'accès aux pratiques de personnes issues de milieux défavorisés : « *Après, accueillir des personnes qui ont plus de difficultés à accéder à certaines infrastructures [...] Pour ces gens-là, avoir un accès facilité euh... financièrement... ou autre, je ne suis pas contre.* ».

Comme exprimé très explicitement par le Dr Guaro ci-dessous, on comprend qu'ils et elles considèrent souvent que, sans remboursement, la prescription (le document papier) n'est pas utile (à relier avec les incertitudes administratives de la PAP, [cf. 2.1.2](#)). Ces mêmes médecins ne savent souvent pas qu'il existe des programmes sur leur territoire d'exercice dont une partie au moins est prise en charge financièrement, même si ce n'est pas directement par l'Assurance maladie ; et ne connaissent pas les modalités de pratique et d'encadrement de l'APA.

Il faudrait que ce soit remboursé parce que sinon la prescription ne sert à rien. En fait moi je parle des affections longue durée, je leur parle d'activité physique très souvent sans forcément le prescrire. Bon c'est peut-être une faute de ma part, mais sans forcément le prescrire. L'intérêt de la prescription c'est qu'il y a le remboursement derrière. Donc il n'y a pas de remboursement, ce que je prescris, ça ne sert pas à grand-chose.

MG Guaro, H, 36-40 ans, cabinet de groupe, centre-ville, Sud-Est, pas de spécialité, sportif.

C'est carrément mon rôle [de prescrire]. Maintenant, le côté financier de la chose pose problème. Sur la population que j'ai pris en charge dernièrement, si ça avait débouché sur une prescription d'activité physique (natation, aquagym, aquabike ou n'importe, en dehors de la marche dans la rue qui est gratuite) je n'aurais pas pu leur prescrire une activité physique avec prise en charge de leur part, c'est sûr. Ils

n'auraient pas eu les moyens de se payer une salle de sport ou des séances en piscine ou même de se payer du matériel comme un vélo.

Médecin ThèseMG-I-1, H, 31 ans, non-prescripteur, activité hospitalière et libérale, a arrêté la pratique sportive au moment de l'entretien

On peut d'ailleurs noter qu'une bonne partie des médecins ayant arrêté de prescrire (majoritairement les médecins du sport étudié·es *supra*) disent avoir stoppé après avoir appris que les programmes d'AP sur prescription n'étaient pas forcément pris en charge ; dans une « formation » – comme la Dr Sudat ou le Dr Claudel, vus *supra* –, ou par un·e patient·e comme pour le Médecin ThèseMG-Y-6 :

Pour être honnête, j'attends qu'il y ait un remboursement pour en prescrire à nouveau. (...) j'ai appris plusieurs années après que ce n'était pas remboursé par la Sécu. Les premières prescriptions, j'étais parti plein pot sur une prescription comme chez le kiné...

Question : Oui, en vous imaginant que la prise en charge était la même... ?

Oui, et au final, c'est le retour des patients qui m'ont dit : « Non, docteur, ça ne marche pas comme ça »

Médecin ThèseMG-Y-6, H, 62 ans, a cessé de prescrire, salarié/et activité libérale, sportif

En revanche, très peu s'avèrent favorables à la totale gratuité des programmes d'APA. Un hospitalier défend néanmoins l'idée d'une gratuité, limitée dans le temps, pour favoriser la reprise d'une activité physique : « *dire aux gens c'est bon pour vous, vous allez avoir des séances découvertes pendant trois mois c'est gratuit, c'est un peu comme Canal+* » (ME1) – son activité professionnelle incluant effectivement la recherche de financements garantissant la gratuité de l'inscription dans des programmes. Mais la question des ISS est assez peu présente dans son discours, c'est plutôt l'angle de l'amorçage qui l'intéresse. Un autre médecin généraliste (non-prescripteur) remarque toutefois que cette gratuité permettrait peut-être de réduire les inégalités genrées de pratique d'AP à l'âge adulte : « *les hommes ils vont payer leur carte pour aller à la salle de sport. Il y a certaines femmes effectivement, si elles avaient accès à des activités sportives, dans un centre totalement gratuit, je pense que ce serait intéressant.* » (Médecin ThèseMG-A-2, F, 45 ans, non-prescripteur, pas de formation complémentaire, activité libérale, pas sportive, mais pratique la randonnée).

La question de la gratuité de l'accès aux programmes d'APA est néanmoins souvent considérée à partir de celles liées aux **conditions d'accès aux biens de santé**, et au fait que les patient·es « ne voudraient pas payer », quitte à minimiser les coûts indirects de l'accès à la pratique comme ci-dessous :

*Tout est gratuit sauf pour aller aux séances, des fois les gens se plaignent un peu, mais on dit « vous savez tout n'est pas gratuit » parce que des fois les séances c'était à T** (ville proche) les gens disaient « ouais il faut que j'aille à T-Ville et que je me gare » et les personnes payent le parking, mais bon « attendez ! » enfin voilà.*

Dr Louis, 35 ans, Grand-Est, MSP, orientation/prescription orale et au kiné pour bilan, PrescriMouv », Formation en ostéopathie et médecines naturelles

Une loi qui permet la prescription d'activité physique adaptée dans un pays qui veut tout gratuit pour sa santé ne sert à rien, voilà !

Médecin ThèseMG-I-8, H, 34 ans, se déclare non prescripteur, mais prescrit sur Cœur et Santé, orientation sur infirmière Asalée, DU d'insuffisance cardiaque, formé à

l'éducation thérapeutique, médecin en EHPAD et en cabinet libéral de groupe, pas sportif

C'est vrai que la population qui vient de l'hôpital, c'est très compliqué parce qu'eux ils ont des maladies chroniques et on a l'impression que l'investissement temps c'est une chose, mais l'investissement argent aussi c'est quelque chose et que comme ça fait partie de leur maladie, on devrait pouvoir prendre en charge, payer. C'est vrai que c'est un premier, là c'est gratuit, écoutez, c'est un premier et si vous voyez un bénéfice, peut-être que c'est intéressant sur une année, 120 euros dans un centre sportif est-ce que c'est quelque chose de déraisonnable ou pas ? (...) il ne faut pas forcément vouloir tout le temps du tout gratuit, non heu... les psychologues vous le disent bien, heu... le fait de rendre gratuites huit séances par an heu... ça ne renforce pas l'adhérence et la guérison des patients en fait »

Dr Fernanda, F, 44 ans, exerçant en milieu semi-urbain, PACA.

On ne plaide pas pour le tout gratuit ; sinon « je ne paie pas, je ne viens pas, je ne préviens pas... ».

DRDJSCS Bretagne Sophie CHA Médecin Conseiller

Même une médecin qui remarque que les patient·es risquent de décrocher à l'issue des séances gratuites prévues par le dispositif, car ce serait « vraiment l'argent » qui pourrait les empêcher de poursuivre, précise par ailleurs : « *Leur dire de bouger c'est possible, gratuitement c'est possible et quand il faut payer et qu'ils ne sont déjà pas trop motivés c'est plus compliqué.* » (Dr Sylvaner, MG, F, 31-35, Grand Est, MSP, Prescriptrice, sportive)

Certain·es médecins adaptent néanmoins leurs orientations **en fonction des moyens économiques supposés** de leurs patient·es, privilégiant pour certain·es des prestations (quasi) gratuites. **Le coût (connu ou supposé) de l'offre locale est en cela source de tri (social) des destinataires par les médecins.** Là où les programmes d'APA sont inexistant, inconnus ou jugés trop éloignés ou trop chers, ces médecins adoptent d'autres stratégies : en prescrivant des séances de kinésithérapie afin d'assurer le remboursement par la sécurité sociale, ou alors en incitant à adopter des activités quotidiennes en autonomie, comme l'emprunt des escaliers ou des trajets à pied. Ainsi le Dr B-11 (H, 62 ans, AuRA, cabinet de groupe) estime-t-il beaucoup parler de l'activité physique avec toute sa patientèle (mais ne pas vouloir prescrire pour ne pas la « médicaliser », on l'a vu *supra*). Il assure : « *Chez les patients de faible niveau socio-économique, je l'aborde en même proportion ; tout le monde peut aller marcher ou faire un peu d'activité physique chez soi* ». Ça a aussi été le cas de la Dr Alegro (F de 45 ans exerçant en milieu rural et semi-rural, AuRA), anciennement généraliste en cabinet [individuel], ayant depuis rejoint un SSR, évoquée dans les pages précédentes.

Alors qu'elle se remémore son activité huit ans auparavant, où il n'y avait « *pas de professionnel de l'activité physique adaptée dans notre secteur* », elle rapporte s'être renseignée auprès de kinésithérapeutes qui tenaient une salle de sport à côté de leur cabinet, mais « *c'était rarissime que j'envoie les gens là-bas parce que c'était très cher* ». La Dr Bensaci, on va le voir, ancre ses propositions dans les interstices de la vie familiale des femmes d'origine immigrée de sa patientèle.

Cas intéressant, la Dr Lavallière (F de 35-40 ans, MGE exerçant en milieu urbain peu favorisé avec une partie addicto, AuRA) s'intéresse plus précisément à la « lutte contre les discriminations », qui était la thématique d'un diplôme universitaire sur l'accès à la santé qu'elle a préparé en formation continue. Elle rapporte prioriser la prescription d'APA pour

les personnes potentiellement discriminées et éloignées des pratiques sportives, car « *plus les patients [vont] mal, plus ils [ont] des problèmes de santé et plus ils [ont] besoin de soins* ». Néanmoins, selon elle, le coût présumé ne devrait pas mener à un tri, par la ou le médecin, de ses patient·es pouvant être orienté·es vers l'activité physique adaptée :

J'ai des patients hyper précaires qui y sont allés [à la MSS départementale, pour laquelle il y a un reste à charge]. En fait c'est compliqué, cette... ce rapport à l'argent. Il y a toujours cette image que, s'ils n'ont pas les sous, ils ne vont pas y aller. Alors oui, évidemment si ça leur coûte 900 balles par mois, ils ne vont pas y aller. Ça, on est bien d'accord. Mais après la question de la participation financière, si elle est, on va dire, jugée acceptable, ils y vont. Ils y vont même s'ils sont très précaires. Un patient, là, que je vois, qui ne travaille pas, qui doit avoir un minimum de ressources, mais je ne sais même pas de quoi il vit... Enfin voilà, et il y est allé, et il a payé le reste à charge parce que... alors je sais plus combien c'est, je crois que c'est 40 euros pour, je sais plus combien de séances. Mais c'est toujours pareil en fait. Il y a peut-être des médecins qui psychologiquement se mettent la barrière aussi en se disant : si ce n'est pas pris en charge, je n'en parle pas, il n'ira pas. Il faut laisser tomber un peu cette idée en fait. Déjà ce n'est pas à nous de juger ce qu'ils font de leur argent, d'un. Et de deux, oui, alors, il y a peut-être des gens pour qui 40 balles, ça va être injouable et ils vont te le dire, et ce n'est pas grave. En gros c'est : je ne peux pas les mettre. C'est pas possible machin, etc., mais y a pas mal de gens pour qui bah ça pose pas de problème parce qu'il y a un bénéfice, parce que j'entends, parce qu'OK il y a un reste à charge, machin et, etc. parce que c'est pas 900 balles par mois que je ne peux pas sortir et... et voilà. Donc c'est... c'est... c'est toujours pareil, mais enfin... ce n'est pas un frein pour moi et en tout cas pour avoir une population extrêmement précaire, moi ça ne me bloque pas du tout dans le fait de promouvoir ça. Et je n'ai encore eu aucun refus au motif du coût. Pour le moment. Je n'ai personne [parmi les patient·es adressé·es à la MSS] qui m'a dit : je n'y vais pas parce que ça coûte trop cher.

Ces médecins, réflexif·ves quant aux effets des contraintes qui pèsent sur le quotidien de leurs patient·es, rapportent ainsi s'adapter aux particularités socioéconomiques des patient·es, sans pour autant prôner la gratuité des programmes. Les mêmes caractéristiques de précarité deviennent, pour les un·es, une raison d'effectuer un tri et de restreindre les modalités d'orientation envisagées, et pour les autres une raison d'accroître les efforts d'accompagnement. Ceci illustre encore une fois la nature complexe des logiques d'orientation des patientèles vers les programmes d'APA sur prescription.

2.4.2. Quelles relations entre l'engagement social des médecins et la prescription d'APA

La volonté explicite de compenser les inégalités sociales de santé est minoritaire dans notre enquête, et mise en avant principalement par trois médecins femmes engagées selon différents registres (plutôt militant, ou plutôt philanthropique), en lien avec leurs « *convictions politiques et personnelles* » (Dr Lavallière, Dr Bensaci, et Dr Fanny). Deux d'entre elles sont disposées à expliquer leur sensibilité aux contraintes qui pèsent sur leurs patient·es par leurs trajectoires d'expériences et de socialisations de femmes issues de « *milieu modeste* » (Dr Lavallière), ou venant d'un milieu populaire et « *d'origine maghrébine* » (Dr Bensaci, F de 65 ans exerçant en milieu urbain, AuRA). Ces deux ont

d'ailleurs suivi, après leur cursus de médecine, un master en sciences sociales de la santé — pour l'une, suivi d'une thèse.

Les trois ont pour caractéristique commune d'avoir une forte proportion de personnes précaires dans leur patientèle. Cette proximité permet d'interroger, à partir des cas de ces médecins, les relations possibles entre les positions et trajectoires sociales au sein des rapports sociaux imbriqués et intersectionnels (Collins & Bilge, 2020 ; Mazouz, 2015), et les logiques de (non —) prescription d'APA. De fait, leurs rapports à la prescription sont hétérogènes. Mettant en avant l'inutilité d'une prescription autoritaire, et le fait que cela ne rentre pas dans son mode d'exercice de la médecine, la première rapporte ne jamais rédiger d'embrée de prescription. Elle préfère parler du programme et des possibilités d'insérer l'APA dans leurs habitudes de vie, et attendre que les patient·es aient réalisé le bilan dans la structure offreuse d'APA pour établir l'ordonnance à partir du contenu du bilan envoyé par la MSS via sa messagerie sécurisée.

La seconde ne prescrit pas. Elle n'a d'ailleurs pas suivi la reprise de l'ancienne structure réservée aux diabétiques par une structure issue du monde sportif, et pense qu'il n'existe plus d'offre localement. Elle rapporte s'appuyer sur la structure des relations familiales et sur les activités quotidiennes réelles des femmes de sa patientèle, pour les amener à pratiquer de l'activité physique. Elle dit ainsi encourager et accompagner plus particulièrement les femmes voire les « mamans » issues de milieux populaires, notamment issues de l'immigration, qui se trouvent dans l'ensemble plus éloignées de la pratique d'activité physique (tendance confirmée par les enquêtes en France — Guérandel, 2016 ; INJEP, 2023). Elle estime que ses propres origines maghrébines et sa maîtrise de la langue arabe permettent une relation de confiance et de proximité culturelle avec sa patientèle, et donc rend possible de les encourager à avoir une activité physique.

Enfin la Dr Fanny (F de 41-45 ans exerçant en milieu urbain, MSP, spécialités santé de la femme et l'enfant, non-prescriptive, PACA), proche de la description engagée dans d'autres pratiques de prévention, rapporte que « *j'ai l'impression qu'à chaque fois qu'on m'a réexpliqué [la prescription d'APA], je me suis dit : "Ah oui, bon. Pff. Ouais bof." (...) je n'ai jamais trop compris quel était l'intérêt, en fait, de leur prescrire (silence) en fait, pour être franche* ». Ce qu'elle explique à la fois par l'absence de remboursement des programmes, par son absence de savoir spécifique, et l'absence de pouvoir intrinsèque de la prescription. Notant des tensions au moment des confinements, avec certaines patientes qui lui demandaient une prescription (qu'elle a effectivement réalisée), elle remarque encore que « *ça fait encore partie de ces trucs où on nous donne un pouvoir (...) qu'on n'a pas du tout demandé* ».

Ainsi, même si ces trois médecins se montrent également critiques quant à l'établissement d'une ordonnance comme manifestation d'une autorité médicale, et qu'elles rapportent accorder une attention à la pratique d'activité physique, leur rapport à la prescription d'APA continue de différer, engageant d'autres facteurs liés à la socialisation professionnelle de ces médecins — et notamment leur proximité au fonctionnement hospitalo-universitaire et leur expérience de l'exercice non autoritaire de la PAP — et de leur connaissance de l'offre locale.

2.4.3. La libilité des usages de la prescription d'APA

Pour conclure, la prescription d'APA apparaît extrêmement labile, et peut aussi bien accompagner des assignations liées à la place présumée de la ou du patient·e dans les

rapports sociaux (notamment concernant le genre), que contribuer à des ciblages correctifs des inégalités, y compris de façon préréflexive.

Ainsi, une médecin fortement prescriptrice rapporte prescrire majoritairement à ses patientes, pour agir sur leurs modes de vie, et limiter à des cas très restreints les possibilités de prescription à ses patient·es (à un homme « éduqué ») — et ce, alors que les hommes de milieu modeste sont particulièrement désavantagés sous le rapport des ISS :

Les femmes, finalement, c'est peut-être prioritairement par rapport à un mode de vie que par rapport à des pathologies ou des limitations fonctionnelles.

Q-Et pour les hommes que vous orientez vers l'APA, c'est sur quels [critères]...

C'est plus des femmes, en fait. Les hommes... Si, je pense à un monsieur qui a fait ses séances...

Qui avait quel profil, vous diriez ?

Lui, c'était postopératoire. Il ne s'en sortait pas d'ailleurs. Il ne s'en sort toujours pas. Il a des problèmes de dos. (...) Après, lui, il est éduqué, comme monsieur. Donc c'est assez clair pour lui, quoi.

Médecin Sardin, MSP située dans un QPV, femme, 36-40 ans, prescriptrice, ancienne sportive

Symétriquement, un médecin qui met en avant son approche « clinicienne » de la pratique médicale, découvre avec nos relances son ciblage : les quelques prescriptions qu'il a réalisées ne concernent que des patientes précaires.

Ben les patients qui sont arrivés [à la prescription d'APA] sont des patientes... Je pense que ce sont toutes de patientes CMU [à qui j'ai prescrit], au final. Mais c'est pas forcément parce que j'en ai euh... (silence) (...) Si je fais une statistique avec les gens qui sont arrivés jusqu'au [dispositif APA], ils sont surtout.... Apparemment, ils sont majoritairement des CMU. Mais euh... c'est pas quelque chose que euh... à quoi j'avais pensé auparavant. (silence)

Dr Buda, H, 31-35 ans, AURA, cabinet de groupe, généraliste enseignant et maître de stage, milieu urbain

Sur une pratique préventive comme peut l'être l'APA, les hommes issus de milieux populaires (les origines ethnoraciales n'ont pas été mentionnées pour les hommes dans nos entretiens), rares dans notre échantillon de personnes usagères des programmes interrogées, et aussi lors de nos observations, restent a priori les moins orientés, quel que soit l'outil utilisé. Supposés moins réflexifs et réceptifs (cf. Fainzang, 2006 ; Gelly et Pitty, 2016 ; Memmi, 2003 notamment), et donc moins informés par du conseil précis sur l'AP que des patient·es de milieu favorisé ou que les femmes (cf. Bloy et al., 2016 ou Hénaff-Pineau, 2014), ils sont à la fois ceux qui ont été a priori les moins socialisés à une pratique physique effectivement adaptée pour maintenir en bonne santé (pour un état de l'art récent, cf. Gally, 2024) ; et ils ne sont quasiment jamais cités comme destinataires d'une forme de prescription d'AP.

Certains enquêtés néanmoins (cf. Pascal, participant à un programme d'AP, chapitre 3), démontrent par leur parcours post-retraite les possibilités d'appropriation de normes sanitaires assez éloignées des comportements repérés chez les hommes, jeunes et adultes. Il faut dire que l'avancée en âge est susceptible de rebattre les cartes pour les personnes concernées, qui peuvent vivre des ruptures biographiques déclenchant des prises en main de soi drastiques (et ici à partir de l'action d'infirmières et d'un travail d'ETP — cf. chapitre 3).

L'âge rebat aussi peut-être les cartes pour les médecins — comme c'est le cas pour l'entourage des hommes au grand-âge d'après Ingrid Voléry et Monique Legrand (2012) (leurs proches les jugeant facilement plus « fragiles » et « moins autonomes »). Plusieurs des médecins interrogé·es nous ont dit explicitement qu'ils écartaient les hommes adultes dans leur ciblage notamment ceux aux métiers physiques (parce que faisant sûrement déjà du sport, parce trop occupés, parce que faisant des métiers trop durs) ; en revanche le fait est que, dans leurs discours, ils homogénéisent très fréquemment le groupe des personnes âgées et leur prétendue compliance. Est-il alors possible qu'ils se mettent à davantage à prescrire aux hommes âgés, et, peut-être quelle que soit leur classe ? La littérature à ce propos, et l'exemple des ciblages plus ou moins inconscients opérés par la Dr Sardin ou le Dr Buda laissent ceci dit planer peu de doutes sur les effets des représentations des unes et des autres sur le tri opéré en amont concernant les ressortissant·es d'une prescription d'AP.

On l'a vu plus haut, les logiques à l'œuvre concernant la PAP contribuent à l'éviction implicite des jeunes, des hommes adultes et des plus âgé·es, ou des personnes perçues comme limitées physiquement ou peu motivées (souvent en lien avec des propriétés sociales particulières) ; et ce, quelles que soient leurs considérations sur les effets d'une activité encadrée pour ces publics. La question du coût des programmes fait percevoir que les mêmes caractéristiques de précarité deviennent, pour les un·es, une raison d'effectuer un tri et de restreindre les modalités d'orientation envisagées, et pour les autres une raison d'accroître les efforts d'accompagnement.

Le traitement différencié de la patientèle paraît d'autant plus marqué que les médecins peinent souvent à le mobiliser au quotidien, dans leurs « routines » de travail et à l'incorporer à leurs cultures professionnelles, à part les plus « impliqué·es » — implication fortement corrélée, on l'a vu, aux organisations du travail dans lesquelles iels sont insérés·es. Elles et ils vont alors de ce fait mobiliser des catégorisations plus spontanées, davantage empreints de leurs stéréotypes. Mais on a pu souligner que leurs schèmes de perception des patient·es jouent également pour les médecins qui sont plus actif·ves dans la prescription. L'exemple de la « petite » mesure de santé publique qu'est la PAP nous semble à ce titre permettre d'explorer ce que Anne Paillet préconise dans son article de 2021 : « l'analyse de ce que nous proposons d'appeler les “différenciations des différenciations” (ou, si l'on veut, des “différenciations au carré”), autrement dit des façons *variables* dont s'opèrent, d'un·e médecin à l'autre ou d'un contexte à l'autre, les différenciations des pratiques d'un·e patient·e à l'autre. Car il n'y a pas de raison de supposer que le travail de différenciation soit opéré de manière uniforme par l'ensemble des médecins ni dans tous les contextes. Est-il plus ou moins accentué, prend-il les mêmes formes, s'appuie-t-il sur les mêmes critères et les mêmes arguments, selon les caractéristiques et trajectoires sociales des médecins, selon leurs parcours professionnels, selon leurs contextes d'exercice ? » (p. 39). À notre manière, si nous n'avons pas directement observé les pratiques, nous pouvons poser l'hypothèse que « les différent·e·s médecins sont *différentiellement* disposé·e·s à *différencier* » concernant la prescription d'AP et cela du fait de plusieurs aspects : en premier lieu, la nature de l'AP sur prescription elle-même (le caractère labile et interstitiel de ce bien, situé à l'intersection entre la santé et l'espace sportif, toujours moins légitime que l'offre paramédicale aux yeux de la plupart des médecins). En deuxième lieu, à des caractéristiques individuelles et collectives : l'offre d'AP sur le territoire d'exercice des médecins et ses caractéristiques, les propriétés locales de formation aux métiers de la santé, ainsi que des éléments des

socialisations professionnelle et non professionnelle des médecins (types de formations complémentaires, contextes d'exercice, conception du travail de soin, relation aux patient·es, à l'autorité, au savoir médical, intériorisation du discours santéiste...), et de manière dérivée, leur connaissance de l'état de l'offre d'APA.

Finalement, la connaissance des différentes possibilités permises par le déploiement de la politique publique, si elle est mise en cohérence avec sa conception de l'exercice médical, sert un triage peut-être plus fin des patient·es, mais qui ne va pas nécessairement dans le sens d'une réduction simple des ISS. L'ethos professionnel joue de manière variable. Pour celles et ceux qui connaissent la PAP et qui s'accommodent d'un modèle paternaliste et recherchent le ressort de « l'observance traditionnelle » (Bloy et al., 2016), on perçoit une valorisation de l'outil pour les femmes de milieux populaires devant être encadrées pour faire évoluer leur mode de vie sous l'œil de l'EAPA et du groupe ; et éventuellement les hommes avec du capital culturel aux problèmes de santé marqués nécessitant un encadrement technique (mais au budget éventuellement trop serré pour « *se payer un coach* » — Dr Mathieu) (par ex. la Dr Sardin ou la Dr Fernanda). Pour d'autres, c'est parfois le même public qui est ciblé mais selon des dispositions éthiques sensiblement différentes, de manière consciente ou non : donner accès à cette pratique de soin à des femmes en situation de précarité (ex. Dr Alegro, Dr Buda).

Il n'est donc ni correct ni totalement faux de penser que la prescription d'AP peut réellement à réduire les inégalités sociales de santé, comparativement au (seul) conseil en AP — il est tout aussi approximatif de dire qu'elle contribue davantage à les reproduire. Si l'on confronte les discours des médecins aux chiffres d'entrée dans les dispositifs qu'on a pu obtenir (cf. Chapitre 3, partie : Entrer dans un programme « sur prescription »), on perçoit que la population ayant finalement recours, après un parcours de PAP, est majoritairement celle des femmes autour de la retraite, de fractions stables des classes populaires ou de petites classes moyennes peu dotées en capital économique, à la « bonne volonté sanitaire par nécessité » (Masclet et al., 2020). Lorsqu'on confronte cet élément aux données sur les déterminants sociaux de la santé, aux taux de mortalité et morbidité et aux évolutions des taux de pratique d'une activité physique avec l'âge, on peut augurer que la mise en place de la PAP pourrait amenuiser la surmortalité féminine (Cousteaux, 2021 : 682) et le différentiel d'activité physique encadrée en défaveur des femmes de plus de 50 ans (cf. chapitre 3) ; mais surtout creuser le différentiel dans le taux de mortalité entre hommes et femmes de milieux populaires, et tendanciellement la morbidité entre hommes suivant la fraction de classe d'appartenance.

Les conditions sociales et organisationnelles, qui peuvent faire pencher les choses d'un côté ou d'un autre, notamment du fait du rejet ou de l'appropriation de la PAP, doivent encore être approfondies. Le travail sur l'accès aux programmes et leurs « bénéficiaires » en sera l'occasion.

Conclusion

Pour conclure, nous proposons de faire une comparaison avec un travail définitionnel, et de délimitation d'une population, bien connu dans le monde de la sociologie du sport : dans l'enquête de 1985-87 menée par Paul Irlinger, Michèle Métoudi et Catherine Louveau, il et elles avaient fortement élargi la population se déclarant sportive, par une définition restée

dans les annales : « *Le sport, c'est ce que les gens font quand ils pensent faire du sport* ». Alors, **est-ce que la prescription d'AP, c'est ce que font les médecins quand ils disent faire de la prescription d'AP** ? L'enquête menée montre que cette définition, quoiqu'extensive, est encore trop restrictive pour saisir un certain nombre de pratiques menant à l'AP sur prescription. En témoignent notamment le nombre significatif de médecins déclarés comme médecins prescripteurs par les programmes auprès desquels nous avons enquêté, et qui n'avaient pas le souvenir d'avoir prescrit de l'APA et qu'une maigre connaissance de la loi ; et a contrario, les quelques médecins déclarant avoir prescrit, et qui n'étaient pas recensé dans les bases des dispositifs d'AP (parce qu'il y avait eu un intermédiaire, parce que le patient n'avait pas donné le document signé lors du bilan, ou autre).

L'enquête a permis en tout cas de constater empiriquement une grande diversité de parcours vers un programme d'AP « sur prescription », où la production d'un document signé par le médecin advenait à des moments divers, et où **elle n'était, in fine, que rarement un acte simple et descendant entre médecin et patient·e, et sur une séquence unique de consultation**. La prescription d'AP est en réalité **processuelle**. En effet, au moins jusqu'à aujourd'hui, elle peut être à l'initiative des patient·es, ou bien de professionnel·les de santé, ou encore d'encadrant·es ou enseignant·es d'APA. Elle s'inscrit la plupart du temps **dans la durée, commençant régulièrement avant l'obtention d'un document spécifique** contresigné par le ou la médecin : parce que cette « prescription » assortie d'une orientation – ou cette orientation assortie d'une prescription – a été **précédée par une série de questions, commentaires, conseils, lors des consultations antérieures**, qui sont autant de petites étapes qui amènent les médecins à considérer, pour certain·es patient·es, que la prescription pourrait être acceptée ; et parce que la signature du médecin arrive régulièrement aussi à **la fin d'une série de démarches de la ou du patient·e et d'interventions de professionnel·les du soin**. Car enfin, la PAP s'inscrit dans **plusieurs espaces**, engageant régulièrement **un ensemble « d'intermédiaires » du monde de la santé ou du médico-social** (infirmières Asalée, kinésithérapeutes, parfois assistantes sociales), **et de structures et d'acteurices de l'APA, et requérant un rôle actif des « ressortissant·es »**. En dernière analyse, la prescription d'AP apparaît finalement comme un processus dont **l'aboutissement n'est pas la prescription en tant que telle**, mais l'établissement, dans la durée, **d'un cadre contraignant et responsabilisant, via un dispositif de contrôle médical « à distance »** (Laurens, 2009) que certain·es patient·es sont prédisposé·es à reconnaître comme légitime et à s'approprier.

Élaborée **en dehors du champ médical, promue par des acteurs qui n'y appartiennent pas nécessairement, faiblement institutionnalisée et à l'offre disparate selon le territoire, la « prescription d'APA » se trouve très inégalement intégrée aux pratiques quotidiennes des médecins, notamment selon leurs organisations et conditions de travail, et leurs pratiques et réseaux professionnels.**

– Les médecins exerçant dans un cadre pluriprofessionnel (MSP, CPTS notamment pour les libéraux, ou avec une partie de leur exercice en salarié dans une structure de type hospitalier) apparaissent davantage disposés à prescrire de l'APA – au sens de déclencher un processus qui aboutit à la signature d'un bilan actant l'entrée dans un programme d'AP sur prescription – dont les formes et les sens sont variables.

* Parmi celles et ceux-ci, on repère des « **passeurs** » comme le médecin décrit par Jérémie Geeraert (2020), ayant une démarche volontaire de traduire ces normes concernant l'APA vers d'autres espaces ou plaider pour elles auprès des professionnel·les de santé et des

patient·es. Toustes sont « multipositionné·es », mais leur position est variable. Certains sont universitaires hospitaliers « **moteurs** » dans la création et le déploiement des dispositifs ; d'autres sont libéraux insérés dans des réseaux pluriprofessionnels « **impliqué·es** » dans le travail organisationnel et de traduction entre monde sportif et monde médical, s'engageant dans la promotion de la PAP à la faveur d'une défense de leur juridiction professionnelle et de leur conception du soin (Mariette et Pitty, 2021, p. 61). Les un·es et les autres peuvent vraisemblablement tirer des profits professionnels, symboliques tout du moins, de cette entreprise normative : utiliser cette « **niche** » pour se positionner dans un segment du marché médical ou dans le champ universitaire par exemple, ou valoriser son mode de pratique.

* On repère aussi, comme Mariette et Pitty, un pôle de celles et ceux qui, **sans en avoir été les promoteurices, utilisent les dispositifs existants** lorsque ceux-ci peuvent s'articuler à leur conception de l'exercice de la médecine générale. Iels ont une pratique réflexive, ou empreinte de « bonne volonté » professionnelle. Ils et elles sont pour certain·es dans des MSP et des CPTS, d'autres sont MGE. On observe pour ce pôle une certaine diversité de sens dans l'appropriation, certain·es utilisant le dispositif dans un esprit notamment éloigné de la manière dont il est promu par les passeurs, quand d'autres promeuvent sensiblement la même morale.

– D'un autre côté, les médecins exerçant en dehors de ces cadres organisationnels rapportent aborder / conseiller de manière plus générale des questions liées à l'activité physique dans le cadre de leurs consultations. Ne se considérant pas comme particulièrement destinataires de la disposition légale voire se positionnant à son encontre pour certains, iels se dégagent alors de la (faible) contrainte exercée par la loi (ce sont généralement celles et ceux qui n'ont pas non plus adhéré aux politiques engageant à l'exercice et au regroupement pluriprofessionnels, etc.), et ne participent pas à son application *stricto sensu* auprès de leur patientèle : cela constitue en soi une première forme de triage des potentiel·les « bénéficiaires » de l'AP sur prescription, puisque ces médecins ne prescrivent pas à moins d'une demande de leur patientèle.

Leurs pratiques de prescription, plus sporadiques, reflètent ainsi le travail effectué par d'autres acteurs : patient·es qui ont obtenu l'information sur l'APA par des canaux divers, structures offreuses d'APA qui ont démarché les médecins, acteurs des services déconcentrés de l'État qui proposent des formations, information apportée par d'autres acteurices du soin comme les infirmières...

Il faut finalement remarquer que, **pour toutes et tous, le fait d'allonger la « chaîne » thérapeutique** (Bergeron, Castel, 2010) et de **déléguer le travail** pratique devant les patient·es d'évaluation, d'orientation et de prescription (jugé chronophage, inutile ou hors-juridiction) à des **intermédiaires de prescription**, apparaît quasiment comme une condition *sine qua non* pour que la PAP soit opérationnalisée, sinon routinisée. Les médecins ne pouvant pas, sachant pas, voulant pas utiliser ces marges de manœuvre ne peuvent opérationnaliser la PAP.

Enfin, si la **socialisation professionnelle** (au sens large) des médecins apparaît jouer un rôle central, on a enfin remarqué que **leur socialisation sportive**, valorisée ou non par l'obtention d'une certification spécifique en médecine du sport, **peut prédisposer à tenter de prescrire de l'APA, mais sans que cette pratique se pérennise**. C'est aussi que la prescription d'APA engage une orientation vers des structures offreuses d'APA que les médecins ne connaissent pas nécessairement, et dont les logiques d'organisation échappent en partie aux logiques fédérales sportives auxquelles ils sont habitués.

Il y a des **limites** au travail mené sur ces éléments. Le repérage des déterminants à la prescription s'est fait au travers d'une série assez conséquente d'entretiens, mais nous n'avons pas pu vérifier les différents éléments retenus par un **travail quantitatif** : le questionnaire que nous avons construit au cours des deux premières années du programme n'a jamais pu être diffusé par des relais suffisamment homogènes et fiables.

Réiproquement, pour la majeure partie des médecins interrogé·es, nous n'avons **pas pu observer les pratiques effectives**, mais obtenu uniquement leurs discours sur leurs pratiques — hors des monographies de certains configurations locales où nous avons pu suivre ces médecins ou les effets de leurs actions dans d'autres espaces, et pu croiser avec les discours des autres acteur·ices. De ce fait, certaines hypothèses formulées au cours du travail restent en suspens : notamment **des précisions sur les déterminants individuels de la prescription, les effets de la composition précise de la patientèle, du lieu d'implantation des cabinets des médecins, l'intégration de certaines médecines alternatives ou complémentaires dans la pratique.**

Ce qu'on peut relever néanmoins pour finir sur cette partie, c'est qu'il faut distinguer **deux enjeux** lorsqu'on veut étudier la « prescription d'AP » par les médecins généralistes : 1) la typologie qu'on peut effectuer des **différentes formes de prescriptions, orientations ou conseils** (et leur degré perçu de contrainte) ; 2) les éléments d'analyse de la **trajectoire individuelle des médecins** dans leur usage des différentes pratiques en matière d'AP. On a vu que, contrairement à ce qu'il est souvent formulé dans la littérature ou les discours de sens commun, il n'est **pas pertinent d'adopter une vision binaire** Prescrit ou ne Prescrit pas. Il paraît préférable de **situer les pratiques rapportées** selon l'**articulation de deux indicateurs : les usages de l'ordonnance, et les formes de contrôle exercées**. En deuxième temps, il convient d'étudier les **trajectoires individuelles** des médecins par rapport à ces éléments et globalement la prescription : stabilité ou évolution des pratiques, progressivité ou rapidité des transformations, et sens des évolutions (vers un début ou un arrêt de la PAP). En définitive, on aura pu souligner grâce à la recherche PrescAPP que les manières dont les médecins se saisissent de la PAP, se combinant de manière consubstantielle avec leur évaluation de ce qui leur semble adapté en situation, et en variant sur la durée du suivi, dépendent en partie de leurs **connaissances plus ou moins fines des options** relatives à l'activité physique à leur disposition dans « **l'arsenal thérapeutique** », et de leur **conception du travail de soin** et leurs modes de relation à, et de, **catégorisation de leurs patient·es** (cf. infra).

La « prescription d'AP » apparaît comme en effet révélatrice de **logiques médicales de classement** qui consiste ici en la **mise en adéquation**, à partir de son mode d'ajustement de l'exercice médical à sa **conception du soin et son éthos professionnel, entre l'offre vers laquelle orienter – existante ou supposée** (modalités, horaires, accessibilité, professionnel·les encadrant, coût) –, et des **profils de patient·es imaginé·es « compatibles », dont le recrutement social sera analyse au chapitre 3 (Partie I)**. Elle contribue à l'éviction implicite des jeunes, des hommes adultes et les plus âgé·es, ou des personnes perçues comme limitées physiquement ou peu motivées (souvent en lien avec des propriétés sociales particulières) ; et ce, **quelles que soient les considérations des médecins sur les effets bénéfiques** d'une activité encadrée et adaptée pour ces publics.

Dire cela ne signifie pas que nous pensons que l'AP sur prescription est la panacée, la réponse à tous les problèmes, ni la plus adaptée pour tous, on le verra dans le chapitre 3. Certain·es médecins proposent d'ailleurs des **activités alternatives, articulées aux temps**

sociaux et à l'organisation de la vie de leurs patient·es précaires ou âgé·es. De fait moins médicalisées, elles paraissent moins « adaptées » aux recommandations biomédicales les plus pointues mais plus adaptées aux styles de vie et conditions d'existence des personnes. Ces recommandations ne permettent en revanche pas d'accéder à un service en partie au moins remboursé, dont ces personnes sont pourtant des ressortissant·es.

Les analyses mettent ainsi au jour le rôle – partiel – de *gate-keepers* des médecins, qui se fondent sur **des arbitrages cliniques mais aussi sur des jugements sociaux, souvent implicites, sur la « motivation », la « compliance » ou la capacité supposée des patient·es à changer de mode de vie**, pour choisir l'option thérapeutique qui leur paraît convenir au sein d'un arsenal thérapeutique : celui-ci est de fait moins étendu lorsqu'iels ne connaissent pas l'APA. Le traitement différencié est d'autant plus marqué que les médecins, même celles et ceux sensibilisé·es au dispositif, peinent souvent à le mobiliser au quotidien, dans leurs « routines » de travail et à l'incorporer à leurs cultures professionnelles, à part les plus « impliqué·es », et vont de ce fait mobiliser des catégorisations plus spontanées, davantage empreints de leurs stéréotypes. L'accès aux programmes dépend finalement surtout du travail de promotion ou de fermeture réalisé par les intermédiaires de prescription, dont les intérêts à propos de l'APA peuvent être divergents, et ne sont en tout cas pas homogènes selon les configurations locales étudiées ; ou de la sollicitation par les patient·es « ressortissant·es », pour qui la première étape d'appropriation peut être le fait de « se faire » prescrire de l'APA.

Les formes de classements opérés par les médecins, la tension entre les normes médicales liées à l'âge et la désinstitutionnalisation des parcours des patient·es, articulés à ces autres modes d'accès à une prescription (sur demande du patient, par le travail des structures ou d'autres intermédiaires de prescription) renforce souvent certaines normes d'accès à, et d'investissement dans, l'APA (en termes d'âge, d'activité/non activité préalable, de genre, de capital économique et culturel aussi), qu'on va détailler désormais, dans le chapitre 3.

Bibliographie du chapitre

- Aïach, P., & Fassin, D. (1994). *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos.
- Arborio, A. M. (1996). Savoir profane et expertise sociale. *Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière*, Genèses, 22, 87-106.
- Arborio, A.-M., & Lechien, M.-H. (2019a). « Dans les classes populaires, on ne prend pas soin de sa santé. » In Masclet O, Misset S et Poullaouec T. (dir.) *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*. (p. 123-129). Éd. Le Cavalier Bleu. <https://doi.org/10.3917/lcb.mascl.2019.01.0123>
- Arborio, A.-M., & Lechien, M.-H. (2019b). La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé. *Sociologie*, 10 (1), 91-110.
- Arliaud, M. (1987). *Les médecins*, La Découverte.
- Aubert, I., Kletz, F. et Sardas, J. (2022). L'intégration des enjeux de la logique de parcours dans les politiques publiques en santé : une lecture au prisme des régimes de gouvernementalité. *Gestion et management public*, 10, 3 (3), 11-34. <https://doi.org/10.3917/gmp.103.0011>
- Avril, C., Ramos Vacca, I. (2020). Se salir les mains pour les autres. *Métiers de femme et division morale du travail. Travail, genre et sociétés*, 43 (1), 85-102. <https://doi.org/10.3917/tgs.043.0085>.
- Babinet, O., Isnard Bagnis, C. (2021). *Les déserts médicaux en question(s)*, Presses de l'EHESP.

- Belorgey, N. (2012). De l'hôpital à l'état : Le regard ethnographique au chevet de l'action publique. *Gouvernement et action publique*, 1 (2), 9-40. <https://doi.org/10.3917/gap.122.0009>
- Benallah, S., Vezinat, N. (2024). Les âges du soin : missions de santé publique et travail avec les âges dans les centres de santé. *Formation emploi*, 168 (4), 21-47.
- Bergeron, H., Castel, P. (2010). Captation, appariement, réseau : une logique professionnelle d'organisation des soins, *Sociologie du Travail*, 52 (4), 441-460.
- Bergeron, H., Castel, P., Noguez, É. (2013). Éléments pour une sociologie de l'entrepreneur-frontière, *Revue française de sociologie*, 54 (2), 263-302.
- Bloy, G. (2010). La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. Dans *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP (p. 21-40).
- Bloy, G., Philippon, L. M., Rigal, L. (2016). Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : Des évidences aux contingences de la consultation, *Santé Publique*, S1 (HS), 153-161.
- Bloy, G., Rigal, L. (2023). Des gradients sociaux dans la dispensation des soins, et après ? Usages cliniques, dilemmes éthiques et réflexivité sociologique. *Revue française d'éthique appliquée*, 14 (1), 63-77. <https://doi.org/10.3917/rfeap.014.0063>
- Bloy, G. et Schweyer, F. (dir.) (2010). *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales*, 26 (1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>
- Boulet, E. (2022). « C'est pour le bébé ». Moralisation des femmes, individualisation de la responsabilité et disparités de classe dans le travail de soins pendant la grossesse. *Terrains/Théories*, 16, Article 16. <https://doi.org/10.4000/teth.5014>
- Bouttet, F., Didierjean, R., Hot, F., Lepori, M. et Lessard, C. (2024). Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique : L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique, *Émulations - Revue de sciences sociales* (45), 37-56.
- Carde, E. (2020). Quand les inégalités sociales rendent les patients « difficiles ». Le vécu des médecins, *Émulations - Revue de sciences sociales*, (35-36), p. 51-64.
- Carde, E. (2021). De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? *Revue française des affaires sociales*, (3), 107-115. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0107>.
- Carof, S. (2021). Grossophobie. Sociologie d'une discrimination invisible, *Maison des Sciences de l'Homme*.
- Cazal, J. (2022). Chapitre 1. L'activité physique en réadaptation cardiaque Entre nécessité médicale et pratique pour soi. Dans Perrin, C., Perrier, C. et Issanchou, D. (dir.), *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. (p. 36-46). Presses universitaires de Grenoble.
- Collinet, C., Caluzio F. (2015). La prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau municipal : diversité et fragilité, <https://hal.science/hal-01158970v1>
- Collinet, C., Schut, P. O. (2016). Les modes de prise en charge du public dans la prévention du vieillissement par les activités physiques au niveau local, *Santé Publique*, S1, 41-49.
- Collinet, C., Delalandre, M. (2015). Physical and sports activities, and healthy and active ageing: Establishing a frame of reference for public action. *International Review for the Sociology of Sport*, 52(5), Article 5. <https://doi.org/10.1177/1012690215609071>
- Crawford, R. (1980). Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365-388.
- Cresson, G. (1995). Le travail domestique de santé : Analyse sociologique. L'Harmattan.
- Darmon, M. (2021). Réparer les cerveaux : Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC. La Découverte.

- De Fontgalland, C., Rouzaud-Cornabas, M. (2020). De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé, *Santé publique*, 2 (32), 239-246.
- Denise, T., Divay, S., Santos, M. D., Fournier, C., Girard, L., & Luneau, A. (Dir.). (2022). *Pratiques de coopération en santé, regards sociologiques*. IRDES.
- Defrance, J. (1995). L'autonomisation du champ sportif. 1890-1970, *Sociologie et sociétés*, 27 (1), 15-31.
- Dizin, E., Perrin, C., Issanchou, D. et Boutroy, E. (2022). Chapitre 9. Adopter-adapter un dispositif de prévention par l'activité physique à l'échelle d'une ville Analyse sociotechnique du cas de Villeurbanne. Dans Perrin, C., Perrier, C. et Issanchou, D. (dir.), *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*. Presses universitaires de Grenoble (p. 126-136).
- Dupays, S., Kiour, A., Bourdais, F., Vincenzi de, J.-P. (2018). Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé, *Rapport IGAS no 2017-126R*.
- Eberhart, J., Legrand, J. (2022). La prescription médicale comme enjeu de pouvoir. *Genèses*, 127 (2), 3-9.
- Elshoud, S. (2017). *Fiches de droit de la santé et de droit médical*. Ellipses.
- Ennuyer, B. (2013). Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le Sociographe*, Hors-série 6 (5), 139-157.
- Fainzang, S. (2001). Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance, PUF, coll. « Ethnologies-Controverses »
- Fainzang, S. (2006). La relation médecins-malades : information et mensonge. PUF
- Faya-Robles, A. (2018). La personne âgée « fragile ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, 17, Article 17. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.4341>
- Favier-Ambrosini, B. (2016). Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980. *Santé Publique*, 1 (HS), 13-24. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0013>
- Favier-Ambrosini, B., & Delalandre, M. (2018). Les réseaux Sport Santé Bien-être : Un gouvernement par le chiffre. *Terrains travaux*, 32 (1), 81-106.
- Fagon, J-Y et Viens-Bitker, C (2012). Médecines complémentaires à l'assistance publique — hôpitaux de paris. Paris : AP-HP
- Fernandez, G., Borgne-Uguen, F. L., & Pedrot, F. (2022). Les relations aux patients dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. Des reconfigurations entre autonomisation, coordination et cadrage. In T. Denise et coll. (dir), *Pratiques de coopération en santé, regards sociologiques* (p. 139-150). IRDES
- Feuillet, T., J.F. Valette, H. Charreire, E. Kesse-Guyot, C. Julia, A. Vernez-Moudon, S. Hercberg, M. Touvier, J.M. Oppert (2020). Influence of the urban context on the relationship between neighbourhood deprivation and obesity, *Social Science & Medicine*, 265, 113537, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113537>.
- Fournier, C. (2022). L'ordre négocié du travail d'articulation dans les maisons de santé pluriprofessionnelles. In T. Denise, et coll. (dir.), op. cit. (p. 123-138). IRDES.
- Galy, M. (2024). Entre normes et représentations : le genre du sport. *Regards croisés sur l'économie*, 35(2), 172-181. <https://doi.org/10.3917/rce.035.0172>.
- Marie-Carmen Garcia, Mélie Fraysse, Pierre Bataille, Brice Lefèvre. « En quête de contrôle de soi. Ressorts de l'engagement dans la pratique du yoga d'individus diplômés du “supérieur long” ». *Regards Sociologiques*, 2023, 61-62, pp.35-50
- Geeraert, J. (2020). Temporalité et rôle des passeurs. Le transfert et la consolidation des normes du soin de la précarité vers l'hôpital public. *Revue française de science politique*, 70(5), 639-656. <https://doi.org/10.3917/rfsp.705.0639>.
- Gelly, M. (2017). Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale *Commentaire. Sciences sociales et santé*, 35(3), 71-79. <https://doi.org/10.1684/sss.2017.0304>.

- Gelly, M. (2018). Le classement des publics aux guichets de la santé : Raisons pratiques et travail discrétionnaire. *Sociologie du travail*, 60(1), <https://doi.org/10.4000/sdt.1727>
- Gelly, M. (2023). Les politiques du tri : d'une épidémie à l'autre (sida, covid). Éditions du Croquant.
- Gelly, M, Pitti, L. (2016) Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins, Agone, 58, 7-18.
- Génolini, J. P., Clément, J. P. (2010). Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 3(1), 133-156. <https://doi.org/10.3917/rsss.003.0133>.
- Génolini, J. P., Morales, Y. (2023). Participation vs prescription : vers une réduction des inégalités sociales en promotion de la santé par le sport. *Staps*, 143(5), 41-60. <https://doi.org/10.3917/sta.143.0041>.
- Gerin, C., Guillemot, P., Bayat, M., André, A.M., Daniel, V., Rochcongar, P. (2015). Enquête auprès des médecins généralistes sur leur expérience et leur avis en matière de prescription d'activité physique, *Science & Sports*, 30, 66-73.
- Guilleron, G. (2023). La vision et l'expérience des enseignants en activité physique adaptée sur sa pratique et sa prescription médicale. Thèse d'exercice de médecine, Angers, soutenue le 16/11.
- Guérandel, C. (2016). Le sport fait mâle. La fabrique des filles et des garçons dans les cités, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, séries : « Sports, cultures, sociétés ».
- Hardy, A. (2013). Travailler à guérir. *Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP.
- Hu X, Wang T, Huang D, Wang Y, Li Q (2021) Impact of social class on health: The mediating role of health self-management. *PLoS ONE*, 16(7): e0254692. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254692>
- Hughes, E. C. (1951). Studying the Nurse's Work, *American Journal of Nursing*, 51, 294-295.
- Hénaff-Pineau, P.-C. (2014). Le médecin généraliste, promoteur d'activités physiques pour les personnes âgées ? *Retraite et société*, 1(67), 131-155.
- INSERM (dir.). (2019). Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques. Rapport. Collection Expertise collective, EDP Sciences.
- Jobard, F., Geeraert, J., Laumond, B., Mützelburg, I., Zeigermann, U. (2020). Sociologie politique des passeurs. Acteurs dans la circulation des savoirs, des normes et des politiques publiques. *Revue française de science politique*, 70(5), 557-573.
- Kessel, N. (2022). Discipliner le prescripteur médical (Allemagne, fin du XIXe-fin du XXe siècle). *Genèses*, 127(2), 55-82. <https://doi.org/10.3917/gen.127.0055>
- Laude, L., Michel, L. et Schweyer, F. (2018). 4. Comment les professionnels de santé s'approprient-ils les impératifs gestionnaires ? Dans Minvielle, É., Gallopel-Morvan, K., Januel, J. et Waelli, M. (dir.), *Manager une organisation de santé L'apport des sciences de gestion*. (p. 75-97). Presses de l'EHESP.
- Laurens, S., *Une politisation feutrée. Les hauts fonctionnaires et l'immigration en France (1962-1981)*, Paris, Belin, 2009.
- Lecocq, J. (2023). Santé et activité physique. Notion de « sport-santé » : point de vue médical et actions de la commission médicale du Comité national olympique et sportif français. *Staps*, 143(5), 25-40. <https://doi.org/10.3917/sta.143.0025>.
- Legrand, J. (2020). L'incertitude psychiatrique : Une sociologie de la prescription de psychotropes en psychiatrie publique. Thèse de doctorat en sociologie sous la direction de Régine Bercot, Livia Velpy, Paris 8, soutenue le 11/09.
- Legrand, J. (2022). L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique. *Genèses*, 127(2), 11-32. <https://doi.org/10.3917/gen.127.0011>
- Lévy, J. et Warin, P. (2019). Ressortissants. Dans Boussaguet, L., Jacquot, S. et Ravinet, P. (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques* (5e édition entièrement revue et corrigée), p. 555 -561. Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0555>.

- Lutrat, F. (2022). Sport sur ordonnance : de la prescription à l'engagement des bénéficiaires dans le dispositif. Parcours de vie et expériences de malades chroniques à Strasbourg. Thèse de doctorat en STAPS, Strasbourg, soutenue le 15/09.
- Loretti, A. (2021). Introduction. Expliquer la fabrique des inégalités. In La fabrique des inégalités sociales de santé (pp. 3–18). Presses de l'EHESP. <https://www.cairn.info/la-fabrique-des-inegalites-sociales-de-sante--9782810909391-p-3.htm>
- Maillot, P., Becquard, C., & Perrot, A. (2018). Motivation des personnes âgées à pratiquer une activité physique. *Gérontologie et société*, 40156(2), 127-142.
- Mariette, A. et Pitti, L. (2021). Soigner les « précaires » en territoires populaires La fabrique locale d'une politique de santé publique. *Gouvernement et action publique*, 10(4), 39-67. <https://doi.org/10.3917/gap.214.0039>.
- Martin, C. (2003). Introduction. Vieillir autonome : un défi européen. In C. Martin (ed.), *La dépendance des personnes âgées* (1–). Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.14902>
- Masclet, O., Amossé, T., Bernard, L., Cartier, M., Lechien, M.-H., Schwartz, O., Siblot, Y. (dir.), (2020). Être comme tout le monde. Employées et ouvriers dans la France contemporaine Raisons d'agir.
- Membrado, M. (2014). La confiance et les enjeux de la reconnaissance dans l'interaction médecin-patient en médecine générale. In S. Pennec, F. Le Borgne-Uguen, & F. Douguet (Éds.), *Les négociations du soin : Les professionnels, les malades et leurs proches* (p. 51-66). Presses universitaires de Rennes.
- Memmi, D. (2003). Faire vivre et laisser mourir : Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort. Éd. La Découverte.
- Metten M-A et coll. (2021). Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention », Études et résultats, 1197, 08-2021, URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/er1197.pdf>
- Morales, V., Schuft, L., Fournier, M., Noël Racine, A., Fuch, A., & Vuillemin, A. (2018). Motifs d'adhésion à une activité physique adaptée chez des seniors en ALD. *Gérontologie et société*, 40156(2), 143-159. <https://doi.org/10.3917/gs1.156.0143>
- Müller, J., Jauneau-Cottet, P., & Lombardo, P. (2024). Baromètre national des pratiques sportives, INJEP. INJEP. <https://injep.fr/publication/barometre-national-des-pratiques-sportives-2024/>
- Morize N. et Schlegel V. (2023). Les usages des financements expérimentaux Itep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin. Irdes, *Questions d'économie de la santé* 275, février.
- Nay, O., Smith, A. (dir.) (2002). Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action publique, Economica.
- Oualhaci, A. (2022). Maisons sport-santé : l'émergence et la structuration d'un nouvel instrument d'action publique, INJEP Notes & Rapport/Rapport d'étude
- Paillet, A. (2021). Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth, ARSS, 1, 20-39.
- Parent, F. (2014). « Seuls les médecins se piquent d'acupuncture » ? : Le rôle des associations professionnelles de praticiens dans la régulation de pratiques professionnelles de médecine chinoise en France. *Terrains & travaux*, 25(2), 21–38. <https://doi.org/10.3917/tt.025.0021>
- Percheron, A., Rémond, R. (1991). Âge et politique, Economica.
- Perrier, C. (2022a). Incrire l'AP dans le code de la santé publique. Analyse d'une construction collective française. Dans Perrin, C., Perrier, C. et Issanchou, D. (dir.), Op. cit. (p. 115-125).
- Perrier, C. (2022b). L'État actif : Une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017). Thèse de doctorat sous la direction de Frédéric Gonthier et Claire Perrin, Université Grenoble Alpes, soutenue le 28/06.

- Perrier, C., & Perrin, C. (2017). Le sport-santé, un nouvel espace à conquérir ? Analyse des conflits d'acteurs et des reconfigurations du mouvement sportif face à l'émergence du sport sur ordonnance. Congrès AFS : Sociologie des pouvoirs, pouvoirs de la sociologie, 3 juillet.
- Perrier, C., Perrin, C. (2024). Quand l'État veut « faire bouger ». Émergence de la prescription de l'activité physique dans les politiques de santé françaises. Regards croisés sur l'économie, 35(2), 134-144. <https://doi.org/10.3917/rce.035.0134>
- Perrin, C. (2016). Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical. Santé Publique, S1(HS), 141-151. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0141>.
- Perrin, C., Perrier, C. et Issanchou, D. (dir.), Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine. Presses universitaires de Grenoble.
- Pinell, P. (2009). « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) ». Revue française de sociologie, 2(50), 315-349.
- Régnier, F. (2005). Obésité, corpulence et statut social : une comparaison France/États Unis (1970-2000). INRA sciences sociales, 1, 1-4. hal-02680702
- Régnier, F. (2018). « Goût de liberté » et self-quantification Perceptions et appropriations des technologies de self-tracking dans les milieux modestes. Réseaux, 208-209(2), 95-120. <https://doi.org/10.3917/res.208.0095>.
- Régnier, F., Masullo, A. (2009). Obésité, goûts et consommation. Revue française de sociologie, 50(4), 747-773.
- Revillard, A. (2018). Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants. La réception de l'action publique. Revue française de science politique, 68(3), 469-491. <https://doi.org/10.3917/rfsp.683.0469>
- Rist, S., Rogez, R. (2020). Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale, Les Tribunes de la santé, 1(63), 51-55.
- Rollin, J. (2022). Un corps en mouvement : déplacements sociaux et professionnalisation de la kinésithérapie. Thèse de doctorat en science politique sous la direction de François Buton, Lyon, École normale supérieure, soutenue le 05/12.
- Rollin, J. (2024). Les kinésithérapeutes et leurs tentatives de mobilités sociales : le cas de la spécialisation sportive, Staps, 146(3), 73-90.
- Rosman, S. (2010). Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. Bloy, G. et Schweyer, F. (dir.) (2010). Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP (p. 117-132).
- Saint Pol, T. de (2010). Le corps désirable. Hommes et femmes face à leur poids, PUF.
- Sarradon-Eck, A. (2010). « Qui mieux que nous ? » Les ambivalences du « généraliste -pivot » du système de soins. Dans Bloy, G. et Schweyer, F. (dir.) Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP (p. 253-270).
- Schlegel, V. (2022a). Le bon, le sucré et le patient : Les diabétiques face à la transformation de leurs habitudes alimentaires. Sociologie, 13(4), 381-398.
- Schlegel V. (2022b). Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps. Irdes, Questions d'économie de la santé 273, décembre.
- Schuft, L., Fournier, M. et Massiera, B. (2023). Adaptations des prestations d'activité physique à des fins de santé en période de crise sanitaire. Management & Avenir - Santé, 10(1), 55-76.
- Schuft, L., Sauvegrain, P., & Delotte, J. (2023). Customizing Health Recommendations About Physical Activity During Pregnancy: A Qualitative Study Among Practitioners in France. Qualitative Health Research, 33(6). <https://doi.org/10.1177/10497323231159621>

- Schuller, C. (2021). L'AMP pour tous ? Autour d'une discrimination méconnue : l'exclusion des personnes « sans-papiers » de l'accès à la médecine de la reproduction. *Sciences sociales et santé*, 39(2), 79-101. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0197>.
- Schweyer, F.-X. (2009). Entre sport et médecine : La santé publique ? (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, 27(1), 99-110, <https://doi.org/10.3406/sosan.2009.1913>
- Schweyer, F.X (2010a). L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé. Dans Bloy, G. et Schweyer, F. (dir.) (2010). *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP (p. 283 -305).
- Schweyer, F.X (2010b). Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. Dans Bloy, G. et Schweyer, F. (dir.) (2010). *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP (p. 379-402).
- Spire, A. (2008). Accueillir ou reconduire : Enquête sur les guichets de l'immigration. Raison d'agir éd.
- Strauss, A L. (1992). La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, L'Harmattan.
- Tchirkov, V, Didierjean, R, Schuft, L, Thomas, J, et Hupin, D. (2023). Methods and Barriers to the Prescription of Physical Activity to Patients with Chronic Illness: The Viewpoint of General Practitioners. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 19(1), 64.
- Vega, A. (2012). Positivisme et dépendance : Les usages socioculturels du médicament chez les médecins généralistes français. *Sciences sociales et santé*, 30(3), 71-102. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/sss.303.0071>
- Vezinat, N. (2019). Vers une médecine collaborative. *Politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*, PUF.
- Viaud B. (2009). Panier les deux mondes. Médecines et sports, entre principes hippocratiques et performances. Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, sous la direction de C. Suaud et B. Papin, Université de Nantes, soutenue le 2 décembre.
- Vieille-Marchiset, G. (2019). La conversion des corps. Bouger pour être sain, L'Harmattan.
- Vieille Marchiset, G. (2024). Le sport, objet de santé publique : des inégalités sociales persistantes. *Magazine Cahiers français*, 438(2), 36-45
- Vincent, F. (2021). Rationaliser la gestion par le temps : l'autre histoire de l'hôpital public, *Sociologie du travail*, 63(2). <https://journals.openedition.org/sdt/39405>
- Voléry, I., & Legrand, M. (2012). L'autonomie au grand-âge : Corporéisation du vieillissement et distinctions de sexe. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.4128>
- Warburton, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2017). Health benefits of physical activity: A systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541-556. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>

Annexes chapitre 2 :

A. Tableau de présentation des enquêté·es :

Disponible à cette adresse : <https://bit.ly/44Otf10>

B. Questionnaire créé pour diffusion auprès des médecins :

Consultable à cette adresse : <https://lsurvey-pedago.univ-st-etienne.fr/index.php/791566?newtest=Y&lang=fr>

C. Guide d'entretien :

Disponible à cette adresse : <https://bit.ly/4krKCcj>

D. Grille d'analyse partagée (pour codage sous Sonal) :

Disponible à cette adresse : <https://bit.ly/43rgWFp>

E. Articles publiés par des membres du collectif relatifs à l'axe Médecins

- Tchirkov, V., Didierjean, R., & Schuft, L. (2021). Adapted physical activity to treat chronic disease : A literature review of obstacles to prescription and compliance. *Trends in Medicine*, 21(3). <https://doi.org/10.15761/tim.1000274>.

Article consultable ici : <https://shs.hal.science/halshs-03331406/document>

- Tchirkov, V., Didierjean, R., Schuft, L., Thomas, J., & Hupin, D. (2023). Methods and Barriers to the Prescription of Physical Activity to Patients with Chronic Illness : The Viewpoint of General Practitioners. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 19(1), 64.

Article consultable ici : <https://biomedgrid.com/fulltext/volume19/methods-and-barriers-to-the-prescription-of-physical-activity-to-patients-with-chronic-illness-the-viewpoint-of-general-practitioners.002551.php>

Chapitre 3. Pratiquantes et pratiquants dans les parcours d'APA sur prescription.

Du « temps libéré » pour des contraintes nouvelles : le « sport/ santé » chez les personnes vieillissantes, entre pratique ludique et injonctions médicales

Chapitre 3 – Sommaire

SOMMAIRE	183
INTRODUCTION	184
PARTIE I — LA « DEMANDE ». CARACTÉRISTIQUES DE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE AU COURS DE LA VIE ET AVEC L'AVANCÉE EN ÂGE À PARTIR DE L'EXPLOITATION DE ENPPS2020	189
PARTIE II. LES PROGRAMMES D'APA, REFLETS ET ESPACES D'AMÉNAGEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES ? DE L'ENTRÉE AU MAINTIEN OU AU DÉSINVESTISSEMENT : CONTRAINTES ET APPROPRIATION DES PRATIQUANT·ES	204
1. PRESCRIPTION ET ENTRÉE DANS UN PROGRAMME D'APA : SEUILS ET MOMENT DE « CADRAGE » DE LA FUTURE PRATIQUE ...	204
2. ENJEUX EXPLICITES ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE L'ENGAGEMENT ET DU MAINTIEN DANS LES PROGRAMMES D'APA	214
2-1. ENJEUX ÉNONCÉS, ENJEUX IMPLICITES : L'APA INSCRITE DANS UN DOUBLE PARCOURS DE SOIN ET SPORTIF	215
2-2. DÉTERMINANTS SOCIAUX ET CULTURELS DE L'ENTRÉE ET DU MAINTIEN DANS LES PROGRAMMES	225
2.3. FORMES DE L'APPROPRIATION DES PROGRAMMES D'APA	234
CONCLUSION :	248
BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE 3	251
ANNEXES DU CHAPITRE 3	254

Introduction

Une littérature volumineuse s'est attachée à démontrer les « bienfaits » de l'AP pour les personnes vieillissantes (INSERM, 2019 entre autres), et a favorisé la production de recommandations par les autorités sanitaires, qui sont mobilisées en retour par une partie importante des travaux portant sur l'APA. De même, l'ONAPS a entrepris une centralisation des données produites sur les pratiquantes et pratiquants d'APA afin de se donner les moyens d'objectiver les bénéfices de la pratique. Néanmoins ces travaux laissent dans l'ombre les conditions sociales de l'appropriation de cette pratique, et négligent son inscription dans un ensemble de pratiques et de soins physiques plus large, qui produisent pourtant des effets sur les données collectées. Comment les pratiquant·es appréhendent-ils les contours de cette offre, et le travail des professionnel·les ou bénévoles susceptibles d'encadrer ces pratiques ? Ce dernier chapitre porte sur les déterminants de l'entrée dans les programmes d'APA sur prescription et les formes et conditions sociales de leur appropriation par les pratiquant·es, notamment en relation avec les effets des injonctions des politiques publiques à « être acteur de sa santé » et au « maintien de l'autonomie » avec l'avancée en âge. Elle aborde les questions liées aux inégalités sociales d'accès aux activités physiques et sportives, dans leurs relations avec les inégalités de santé, et aux conditions de leurs réductions ; cette fois en partant des pratiquant·es d'APA.

Parcours dans les pratiques physiques, le sport santé et l'APA des personnes vieillissantes

Nous nous proposons d'explorer dans la première partie les relations entre la structure de l'offre et celle de la « demande », également socialement construite, d'APA. Ce fil problématique invite, à un premier niveau, à caractériser la position/place de cette pratique dans les deux espaces dans lesquels elle est inscrite : sur un versant médical, celui des soins physiques ; dans celui sportif, celui du « sport santé », en plein essor depuis une quinzaine d'années. Sous ce rapport, comment l'APA sur prescription est-elle appréhendée par ses pratiquant·es, en fonction de leurs expériences successives, et de leur mode d'orientation dans les programmes ? Comment les pratiquantes et pratiquants s'orientent-ils, et éventuellement quelles différences perçoivent-ils avec d'autres soins physiques comme la kinésithérapie ou les programmes de réentraînement à l'effort pratiqués en SSR, d'une part, et de l'autre avec des offres de « sport à des fins de santé », éventuellement à destination de publics spécifiques, comme les programmes municipaux ou associatifs destinés aux personnes âgées ? Nous avons veillé, dans notre recherche, à ne pas isoler le passage dans un programme d'APA par rapport aux autres soins physiques et activités physiques à des fins de santé dans lesquels les pratiquant·es se sont engagé·es, antérieurement ou simultanément : qu'il s'agisse de tentatives de pratiquer dans divers programmes municipaux avant de choisir de s'inscrire dans un programme sur prescription, de la poursuite en ville d'un programme de réentraînement à l'effort débuté à l'hôpital, de séances de kinésithérapie, ou de l'inclusion de l'APA dans un programme d'éducation thérapeutique des patients (ETP) plus large.

C'est à partir de ce cadre que nous nous sommes interrogés sur les effets de la prescription, et des bénéfices symboliques et matériels de l'engagement dans ces programmes. La possibilité de prescrire de l'APA interroge la conception de « l'autonomie » des patients : la

prescription étend le domaine d'intervention médicale à des domaines qui n'en relevaient pas auparavant, favorisant la conversion des patients à un ensemble de pratiques jugées bonnes. Comment les pratiquantes et pratiquants s'approprient-elles et ils subjectivement cette prescription, quels sont les effets produits par ce cadrage médical ?

Une contribution à une sociologie de la déprise/reprise de soi aux âges avancés

La seconde partie du rapport a apporté des éléments d'éclairage sur les normes médicales en matière de vieillissement et leurs effets sur les conseils, les recommandations et les pratiques prescriptives des médecins en matière d'activité physique. Elle a notamment permis de mettre en évidence les orientations différenciées par les médecins des patientes et patients selon leurs ressources économiques et culturelles, les pathologies, le niveau d'activité perçu, le sexe et l'âge (autour de la retraite ou aux âges plus avancés), c'est-à-dire aussi, la stabilité et la consistance d'une « police des âges » (Percheron et Rémond, 1991) mise en actes par les normes médicales. Dans celles-ci, la valorisation de l'autonomie et de la responsabilité individuelle est l'autre face d'une même pièce de la gouvernementalité (cf. Thomas, 2009 ; Moulaert, 2013). Un enjeu de l'enquête a été d'explorer les tensions entre les normes médicales concernant les personnes vieillissantes, et la désinstitutionnalisation des parcours de vie, marquée par l'étirement des âges d'entrée dans la retraite, l'augmentation des divorces aux âges avancés, et les recompositions des relations entre les générations (Castel, 1995). L'entrée dans les programmes d'APA apparaît ici comme un bon analyseur, permettant d'explorer les relations entre les contraintes dans lesquelles les pratiquantes et pratiquants sont concrètement pris, et ces préconisations médicales : comment sont-elles subjectivement perçues et appropriées par elles et eux ? De quels aménagements et/ou de quelles tentatives de conformation font-elles l'objet, quelles formes de prise permettent-elles ?

Les entretiens et les séquences d'observation ont notamment permis d'investiguer le rôle que joue l'AP sur prescription dans les recompositions des jeux, professionnels et familiaux notamment, au cours de l'avancée en âge. Si une majorité des enquêté·es est à la retraite, le brouillage des frontières entre travail et retraite et le maintien d'enjeux de « productivité » apparaissent relativement plus marqués pour les femmes enquêtées. Elles sont plus souvent contraintes de se maintenir en activité pour compléter leur carrière et, parfois, de cumuler emploi et retraite jusqu'à 70 ans révolus d'une part, et de l'autre, de s'occuper de la sphère familiale – avec des tâches qui se cumulent pour ces générations pivots (liées aux parents, couple et petits enfants). En quoi l'APA peut-elle faciliter les transitions liées à l'avancée en âge, aussi bien en rapport avec la sphère professionnelle, que par rapport à la famille ? Deux fils problématiques se dégagent :

- en quoi l'engagement dans un programme d'APA permet-il de négocier cette désinstitutionnalisation, dont les formes et les effets diffèrent selon la position dans l'espace social, le genre et l'avancée en âge ;
- en quoi l'engagement dans un programme d'APA permet d'aménager et de contrôler les effets du vieillissement pour les pratiquant·es, le « vieillissement » étant entendu en un sens relationnel, en lien avec les évolutions des places et rôles respectifs des pratiquant·es et de leur entourage, c'est-à-dire aussi, en lien avec le travail reproductif (Caradec, 2015).

Une politique publique faiblement structurante pour ses destinataires, mais qui fait l'objet d'un fort engagement

Cette dernière partie du rapport porte enfin la focale sur les conditions sociales de l'appropriation ainsi que de l'investissement dans la pratique. Par différence avec les politiques publiques analysées par Anne Revillard (2018), liées à des domaines d'activité fortement structurants (école, accès au logement), travailler sur l'APA revient à travailler sur une politique publique peu structurante. Les entretiens réalisés attestent du caractère périphérique de l'APA pour les pratiquant·es, relativement aux autres sphères de leur vie. Ainsi, les questions portant sur le travail (présent ou passé), les relations intrafamiliales, ou encore le parcours de soin, font régulièrement l'objet de développements plus longs que ceux consacrés aux programmes d'APA. Iels aiment un cours ou ne l'aiment pas, ont un avis sur les encadrant·es des séances et sur les autres participant·es, et font état des effets ressentis subjectivement de la pratique (« *je me sens mieux* », « *je suis moins essoufflé* », etc.), mais souvent sans développer, sauf relance des enquêtrices et enquêteurs, sur le déroulement des séances. On peut donc se demander comment rendre compte des effets sur ses destinataires de cette « petite » politique publique, et des façons dont iels se l'approprient.

En effet il s'agit certes d'un dispositif faiblement structurant – au sens de, « produisant peu d'effets sur les biographies » (*a contrario* de la réception des politiques du handicap par ses destinataires, étudiée par Anne Revillard [2018]) –, généralement limité dans le temps, mais dont l'observation empirique montre pourtant qu'il peut faire l'objet d'un engagement intense par une majorité des pratiquant·es enquêté·es, à tout le moins dans les premiers temps du programme. Cela oriente sur un questionnement sur les conditions sociales et les formes d'appropriation de ces programmes par les pratiquant·es. Quelles ressources sociales les prédisposent à s'engager dans ces programmes d'APA sur prescription, et comment s'approprient-iels les savoirs et savoir-faire transmis au fil des séances, transmis par la parole (par l'explicitation des objectifs et des séquences de mouvements) et par corps ?

Encadré : Comment s'intéresser à « l'appropriation » d'une pratique comme l'APA ? Point théorique

La notion « d'appropriation » occupe finalement une position assez secondaire dans les travaux de sociologie – à l'exception notable du livre *Prendre* de Wilfried Lignier (2019), qui propose une analyse de celle-ci à partir de l'apprentissage des manières de prendre des objets par des enfants en crèche collective : c'est-à-dire l'apprentissage des manières plus ou moins légitimes de les prendre, de la formation des goûts et dégoûts (dans leurs relations avec les processus de ségrégation), en relation avec les propriétés sociales de leurs familles. Pour notre part, outre le travail de Revillard, nous nous sommes surtout appuyé·es sur un article de Yohan Selponi (2020) qui analyse les différentes modalités de l'appropriation d'une politique publique de prévention de l'alcoolisme en milieu scolaire par des élèves de milieu rural et populaire, en s'intéressant à la façon dont « différentes formes de domination se transforment et se perpétuent dans les manières dont les élèves s'approprient les façons dont iels sont parlées **par des agents chargés de la mise en œuvre [de la] politique publique** ». « S'approprier », c'est « adapter », « aménager », ce qui renvoie à la fois à une transformation possible, mais aussi à une conservation. C'est à partir de ce prisme que Selponi en analyse les différentes modalités, qui sont transposables à d'autres contextes : de **contestation** (pour lui la « bordélisation »), de **manifestation de bonne volonté** (scolaire), et

de « **co-construction** » volontariste. Il montre à chaque fois en quoi les aménagements du cadre contribuent, donc, à reproduire l'ordre social.

Les analyses et questionnements de cet auteur nous semblent transposables au moins en partie à l'APA, qui s'en distingue néanmoins. Tout d'abord, par les publics auxquels les programmes s'adressent : par différence avec les élèves qui sont pris dans les obligations produites par l'institution scolaire, les personnes âgées et en ALD ne sont pas engagées « obligatoirement » dans ces programmes, la prescription médicale n'ayant pas le caractère vertical et descendant qu'on pourrait lui supposer (cf. chapitre 2, et *infra*). L'APA sur prescription engage certes une relation dissymétrique des pratiquant·es et de l'ensemble des acteurs·trices contribuant à structurer l'offre, mais qui n'est pas de l'ordre d'une obligation à laquelle les pratiquant·es ne pourraient se soustraire. De plus, la pratique de l'APA se distingue surtout de la situation étudiée par Selponi par le fait que la pratique engage non seulement un ensemble de savoirs, mais aussi un ensemble de savoir-faire corporels. L'objectif du travail est donc d'analyser les modes d'appropriation des programmes d'APA par les ressortissant·es de cette politique publique, dans leur double dimension de biens et de savoir-faire spécifiques.

1. Comme biens, les programmes d'APA sont dotés de dimensions symboliques et économiques. Sur le versant matériel, ils ont un prix plus ou moins important, dont la fixation est ou non contrôlée par les pouvoirs publics, et ils ont une durée qui est également variable. Sur le versant symbolique, ces « biens de santé » engagent un ensemble de savoirs et savoir-faire médical et sportif : ils renferment la promesse d'une autonomie améliorée, voire prolongée, d'un état de santé maintenu, voire amélioré, autant que des signes de la sportivité. D'où la question de savoir ce qui fait l'objet de la transaction, aussi bien pour les pratiquant·es (l'achat d'un bien de santé, des signes dérivés de la sportivité ?), que pour les « offreurs d'APA » : comment performent-ils ce service, dans la répétition des séances ?
2. Comme ensemble de savoir-faire, les programmes d'APA puisent dans un « stock » de savoir-faire et de techniques sportives communes, socialement situées et apprises, et qui se transmettent à la fois par des consignes explicites et par l'imitation et la répétition de séquences de gestes.

On a donc cherché à dégager les logiques générales qui sous-tendent la diversité des formes d'appropriation des programmes d'APA, en les reliant aux propriétés de ce dispositif de santé publique « faible » et faiblement structurant au regard d'institutions plus centrales (comme l'école, le travail ou la famille). Pour étudier l'appropriation de ces programmes – non seulement comme biens symboliques, mais aussi comme ensemble de savoir-faire –, il nous est apparu que les données les plus pertinentes étaient celles issues de l'observation ethnographique, croisées avec les entretiens.

Nous y reviendrons dans la dernière partie de ce chapitre.

Les relations entre les inégalités sociales de santé et les inégalités d'accès à la pratique sportive sont complexes. Elles peuvent être appréhendées comme deux facettes de la distribution différentielle des ressources économiques et culturelles dans la population (et les cultures somatiques qui leur sont associées) - celles de santé ne découlent pas de celles de l'accès à l'AP, et symétriquement faciliter l'accès à l'AP ne constitue pas un « correctif suffisant » d'inégalités de santé construites tout au long de la vie. Pour autant, sans être colinéaires, elles sont fortement associées. Les pathologies et l'état de santé des pratiquant·es apparaissent au moins en partie comme une résultante de leurs conditions de vie, qui englobent la position professionnelle antérieure et des cultures somatiques associées. L'enquête ENPPS2020 sera mobilisée ici pour objectiver la distribution des

pratiques au cours de l'avancée en âge, en fonction de la position sociale et de l'état de santé des personnes. De plus, les ressources des pratiquant·es les prédisposent inégalement à s'engager dans la pratique après l'obtention d'une ordonnance, voire, la solliciter en amont. Enfin, une fois dans le programme, les formes d'appropriation des programmes continuent de refléter le volume et la composition des ressources, notamment culturelles, des pratiquant·es.

Ce chapitre s'attache donc à apporter des éléments d'analyse sur les déterminants sociaux facilitant ou non l'inscription des pratiquantes et pratiquants dans ces programmes, et à explorer les relations entre le sens subjectif qu'elles et ils confèrent à cette pratique et ses fonctions objectives. L'enquête a notamment permis de mettre en évidence le rôle du travail, dont la centralité se maintient au-delà de la retraite, et de la composition du capital culturel.

Avant de développer les résultats de l'enquête qualitative, il nous semble nécessaire de mettre en lumière des éléments généraux sur les évolutions de la pratique d'AP aux différents âges et sur les pratiques des personnes âgées de 55 ans et plus en France, en fonction de leur état de santé, afin de dégager les enjeux liés à l'entrée dans les programmes d'APA pour des personnes vieillissantes. Pour ce faire, nous avons travaillé sur les données de l'enquête ENPPS 2020 qui permet des analyses précieuses ([Partie I — La « demande »](#), [Caractéristiques de la pratique d'une activité physique au cours de la vie et avec l'avancée en âge](#)). La partie suivante ([Les programmes d'APA, reflets et espaces d'aménagement des inégalités sociales ? De l'entrée au maintien, contraintes et appropriation des pratiquant·es](#)) sera consacrée à l'étude de la réception du dispositif d'APA sur prescription, du point de vue de ses usagers et usagères. Tout d'abord, la première sous-partie ([1. Prescription et entrée dans un programme d'APA : seuils et moment de « cadrage » de la future pratique](#)) sera l'occasion d'exposer les effets du cadrage médical (le « sur prescription ») sur les caractéristiques des programmes passerelles, sur les délais d'attente et l'attrition entre la prescription et l'entrée, et sur le moment du « bilan » préalable à l'entrée. La dernière et majeure partie ([Enjeux explicites et déterminants sociaux de l'engagement et du maintien dans les programmes d'APA](#)) s'intéressera aux enjeux de l'inscription de l'APA dans un double parcours de soin et sportif ([2-1](#)) ; aux déterminants sociaux et culturels à l'engagement dans un programme d'AP sur prescription ([2-2](#)) ; et enfin aux formes de l'appropriation des programmes par les pratiquant·es ([2-3](#)).

Partie I — La « demande ». Caractéristiques de la pratique d'une activité physique au cours de la vie et avec l'avancée en âge à partir de l'exploitation de ENPPS2020

Nombre de travaux (recensés par exemple dans le rapport INSERM, 2019) mettent en évidence les bénéfices de la pratique d'activités physiques pour les personnes vieillissantes. Ces travaux demandent à être étayés par 1. Des données sur les pratiques effectives des personnes vieillissantes, 2. Une analyse des déterminants sociaux de ces pratiques physiques, qui fera l'objet de la suite de cette partie. Pour mieux saisir les spécificités de l'entrée de l'APA, cette première partie objective les déterminants sociaux de la pratique d'AP, pour l'ensemble de la population âgée de plus de 55 ans, en lien avec l'état de santé rapporté.

L'enquête ENPPS 2020, premiers résultats sur les pratiques en lien avec l'état de santé perçu

L'enquête ENPPS 2020 permet d'éclairer la diversité des usages du corps et la distribution différentielle de la pratique d'activités physiques et sportives tout au long de la vie, **en lien avec l'état de santé**.

Cette enquête n'apporte pas de données sur les programmes d'AP sur prescription. Néanmoins, elle montre la **force de l'association** entre l'état de santé des répondants et la probabilité de déclarer pratiquer une activité physique, dans la population âgée de 55 ans et plus. L'état de santé est saisi dans l'enquête à partir de plusieurs questions, portant sur les limitations physiques au quotidien, l'existence d'une maladie chronique, et l'état de santé subjectivement perçu. Celui-ci se dégrade à mesure de l'avancée en âge, en lien avec les problèmes de santé chroniques et les limitations dans les activités quotidiennes, tout en continuant de refléter les inégalités de santé construites tout au long de la vie, en lien avec le diplôme et le métier exercé par le passé.

Avant de continuer le zoom sur les 55 ans et plus, si l'on regarde la population totale de répondant·es au questionnaire, on peut souligner qu'avoir un problème de santé chronique est toujours largement associé, toutes choses par ailleurs, à l'avancée en âge ([cf. Annexe A](#)), avec une augmentation significative à partir de la classe 45-49 ans, mais surtout **une augmentation de plus de la moitié des répondant·es concerné·es à partir de 65-69 ans**). La probabilité de rapporter un problème de santé chronique est aussi associée au **groupe socioprofessionnel** (saisi par la dernière profession occupée avant la retraite, ou la profession actuelle, pour les enquêté·es actif·ves) et, quoi que de manière moins significative, **au sexe** (les femmes déclarant légèrement, mais significativement plus souvent, un problème de santé chronique).

L'enquête ENPPS 2020 :

« L'Enquête nationale sur les pratiques physiques et sportives (ENPPS) est une enquête de statistique publique menée tous les 10 ans depuis 2000. Elle a pour objectif de décrire précisément les pratiques physiques et sportives, qu'elles soient autonomes ou encadrées, et de faire apparaître, dans la mesure du possible, la plus grande diversité de pratiques, les pratiques émergentes, de mesurer le nombre de licenciés et de caractériser les profils sociodémographiques, des pratiquants assidus aux non-pratiquants. La taille de l'échantillon de l'édition 2020 (autour de 12 000 réponses recueillies) a permis d'améliorer la précision statistique de l'enquête.

(...)

À des fins de comparabilité, le questionnaire est resté dans une large mesure identique entre les différentes éditions de l'ENPPS. Pour l'édition 2020 (collecte réalisée durant le premier semestre 2020 – fin janvier à fin juillet – multimode : par téléphone [CATI], internet [CAWI] et courrier), l'architecture du questionnaire est la suivante :

- 1) Identification des participants (âge, sexe).
- 2) Identification des personnes ayant pratiqué des activités physiques et sportives au cours des 12 derniers mois. Cette identification est réalisée à partir d'une déclaration spontanée puis assistée afin de s'assurer qu'aucune pratique ne soit oubliée. La liste de relance de la déclaration assistée contient près de 70 activités classées en 10 univers sportifs.
- 3)
 - a. Si au **moins une activité** a été pratiquée au cours des 12 derniers mois : précisions sur la ou les activités et les conditions de pratique, fréquence de pratique globale, motivations (et freins pour les personnes déclarant pratiquer une fois par semaine ou moins), accidentologie.
 - b. Si **aucune activité** n'a été pratiquée au cours des 12 derniers mois : raisons de la non-pratique, envie de pratique, pratique d'activités physiques dans le passé, identification de ces activités le cas échéant.
- 4) Habitudes de vie et santé : mobilité avec assistance électrique, pénibilité, dépense physique/sédentarité, e-sport, loisirs culturels, consommation d'écrans, mini-module santé, IMC. »

Source [INJEP](#) (notice publiée le 14 juin 2021)

Ici nous avons réalisé l'exploitation d'une extraction de la base de données, correspondant aux répondants de 55 ans et plus. On a retranché les répondants qui ont rempli le questionnaire sur papier, car les variables correspondant à la pratique sportive n'étaient pas incluses.

La définition établie dans le questionnaire était la suivante : « Nous parlons des activités physiques et sportives, en dehors des cours obligatoires d'éducation physique et sportive à l'école. Consigne : Les jeux de société (hors échecs) – jeux de cartes – jeux vidéo (hors simulateur d'activité physique ou sportive sur console, applications ou réalité virtuelle) – activités de jardinage – bricolage – activités manuelles ne sont pas acceptés. ». Une liste d'activités était indiquée en relance :

<p>A - Marche/balade, course et athlétisme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marche/balade - Randonnée - Jogging/footing/course à pied/running - Course sur route (10 km, semi-marathon, marathon) - Athlétisme <p>B - Activités de la forme et de la gymnastique, danse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Danse - Gymnastique aquatique (aquagym, aquabike) - Gymnastique, Pilates - Stretching - Yoga - Relaxation - Musculation - Fitness (dont aérobic, Zumba, step, etc.). <p>C - Activités aquatiques et nautiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baignade - Natation - Voile - Bateau à moteur - Jet ski - Planche à voile - Surf - Plongée sous-marine ou plongée avec masque et tuba (snorkeling) - Canoë-kayak ou autre sport de pagaie - Autre activité aquatique ou nautique <p>D - Sports de cycles (vélo) sports urbains, sports motorisés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vélo/cyclisme - VTT - Roller - Skate-board - Trottinette - Patinage - Moto - Course automobile - Karting - Quad <p>E - Sports de raquettes, de précision ou avec cible</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeu de boules, jeu de pétanque - Tir, tir à l'arc ou autre sport de précision - Golf 	<ul style="list-style-type: none"> - Tennis - Squash - Tennis de table, ping-pong - Badminton - Autre jeu de raquettes <p>F - Sports collectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Football - Basket-ball - Handball - Volley-ball - Rugby - Autre sport collectif <p>G - Sports d'hiver, et sports de montagne, escalade, sports aériens</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ski - Luge - Snowboard - Motoneige - Autre sport d'hiver - Alpinisme - Escalade - Accrobranche, via ferrata ou autre parcours en hauteur - Autre activité verticale (à corde ou en hauteur) - Parapente - Deltaplane - Parachutisme - Aviation, avion - ULM - Autre sport aérien <p>H - Arts martiaux et sports de combat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Judo - Karaté - Autre sport de combat ou art martial <p>I - Équitation, chasse, pêche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équitation - Pêche - Chasse <p>J - Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les échecs - Un simulateur d'activités physiques ou sportives (sur console, applications ou réalité virtuelle) - Cerf-volant - Un autre sport de glisse - Autre activité
---	--

Jusqu'en 2022, la prescription d'activité physique adaptée était limitée aux personnes en ALD ou bien atteintes de certaines maladies chroniques. Or, on va le voir avec le tableau qui suit, la **moitié des répondant·es à l'ENPPS2020 âgé·es de 55 ans et plus rapporte un**

problème de santé chronique ou durable (50,5 %) : la proportion passe ainsi de 44,0 % des répondant·es de 55 à 59 ans, à respectivement 50,6 % et 54,9 % de celles et ceux âgé·es de 65 à 69 ans et de 70 à 74 ans, pour atteindre un maximum dans la population âgée de 80 à 84 ans (61,4 %).

Effectif pondéré % arrondi en colonne	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus	Ensemble
Problème de santé chronique	1 788 012	1 624 938	1 694 504	1 596 811	1 192 628	899 677	639 213	9 435 784
	44	45	51	55	56	61	58	50
Pas de problème de santé chronique	2 029 537	1 877 226	1 520 128	1 232 268	868 501	506 180	400 782	8 434 620
	50	51	45	42	40	35	36,5	45
NSP ou NRP problème de santé chronique	244 548	136 584	137 026	80 817	78 107	60 560	59 921	797 565
	6	4	4	2,5	4	4	5,5	4
Ensemble	4 062 097	3 638 748	3 351 658	2 909 897	2 139 236	1 466 417	1 099 917	18 667 969
	100 %	100 %						

Tableau 1 : Proportion des répondants rapportant un problème de santé chronique, en fonction de l'âge ($P<0.000$). Lire : 44 % des répondant·es de 55-59 ans déclarent un problème de santé chronique.

De même, **près de 40 % des répondantes et répondants déclarent être limité·es, fortement ou non**, « depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ». La proportion passe d'un peu moins d'un tiers des répondantes et répondants de 55 à 59 ans (32,6 %) aux deux tiers de celles et ceux âgé·es de 85 ans et plus (66,2 %). On constate un effet de seuil entre les septuagénaires et les octogénaires enquêté·es (42,6 % des répondantes et répondants âgés de 75 à 79 ans, contre 57,8 % de celles et ceux âgé·es de 80 à 84 ans).

Effectif pondéré % en colonne	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus	Ensemble
Fortement limité quotidien- nement	503 117	361 965	422 604	387 457	352 498	378 079	482 761	2 888 481
	13	10	12	13	16	26	44	16
Limité quotidien- nement	821 537	891 739	732 814	810 161	557 339	469 968	244 884	4 528 443
	20	25	22	28	26	32	22	24
Pas limité quotidien- nement	2 567 182	2 304 514	2 101 473	1 597 319	1 145 880	573 139	335 907	10 625 414
	63	63	63	5	54	39	31	57
NSP limité quotidien- nement	170 261	80 530	94 767	114 960	83 518	45 232	36 365	625 632
	4	2	3	4	4	3	3	3
Ensemble	4 062 097	3 638 748	3 351 658	2 909 897	2 139 236	1 466 417	1 099 917	18 667 96
	100 %	100 %						

Tableau 2 : Proportion des répondants rapportant une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes, durant depuis plus de 6 mois, en fonction de l'âge ($P<0.000$). Lire : 13 % des répondant·es de 55-59 ans se déclarent être fortement limité·es quotidiennement.

Symétriquement, la part des répondantes et répondants qui se déclarent « en très bonne santé » décroît avec l'âge, passant d'environ un sixième dans la tranche d'âge 55 à 59 ans

(17,1 %) à un peu plus d'un sur treize à 85 ans et plus (7,4 %), avec un minimum entre 80 et 84 ans (5,6 %). En proportion, la part de celles et ceux qui se considèrent en mauvaise ou très mauvaise santé augmente fortement : à 85 ans et plus, elle est respectivement de plus du double (de 7,8 % à 16,2 %) et du quintuple (de 2,6 % à 12,9 %) par rapport à la classe de 55-59.

Effectif pondéré	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus	Ensemble
% en colonne								
Très bonne santé	695 308	634 739	472 548	328 22	187 248	82 426	81 27	2 481 319
	17	17	14	11	9	6	7	13
Bonne santé	1 865 767	1 693 197	1 434 666	1 179 738	901 401	417 142	316 794	7 808 705
	46	46	43	40	42	28	29	42
Assez bonne santé	1 12 582	971 488	1 20 815	999 531	773 580	649 26	380 849	5 807 871
	25	27	30	34	36	44	35	31
Mauvaise santé	315 990	239 284	313 142	293 678	200 643	237 853	159 833	1 760 423
	8	7	9	10	9	16	14	9
Très mauvaise santé	104 527	69 222	68 807	72 95	55 904	66 520	141 721	578 796
	3	2	2	2	3	4	13	3
NSP santé	67 923	30 818	41 679	36 832	20 461	13 450	19 692	230 856
	2	1	1	1	1	1	2	1
Ensemble	4 62 978	3 638 748	3 351 658	2 909 897	2 139 236	1 466 417	1 99 917	18 667 969
	100 %	100 %						

Tableau 3 : État de santé subjectivement perçu, en fonction de l'âge ($P<0.000$). Lire 17 % des répondant·es de 55-59 se déclarent en très bonne santé.

⇒ À ce stade, on peut émettre l'hypothèse que **les pratiquant·es d'APA se recrutent majoritairement dans la tranche « en assez bonne santé »**, à la limite en mauvaise santé, au sens où les personnes les plus limitées par la maladie ne participent souvent pas aux programmes collectifs comme on le verra, ou ne peuvent pas les suivre dans leur totalité sans interruption pour raison médicale.

La limitation des pratiques physiques après 55 ans

En contrepoint des évolutions de l'état de santé perçu au cours de l'avancée en âge, le travail sur les données ENPPS2020 met également en évidence **plusieurs seuils de sortie de la pratique des activités physiques ou sportives à mesure de l'avancée en âge**. Les moments de « décrochage » diffèrent selon les pratiques, certaines étant pratiquées plus longtemps au cours de la vie. Si on peut constater une **série de seuils**, au cours de la quarantaine d'abord, puis à la fin de la soixantaine, certaines activités physiques sont pratiquées plus longtemps et plus fréquemment par les personnes plus âgées (marche, gym, danses, formes douces/yoga). (cf. Annexe B').

La coupure devient nette après 80 ans, puis plus encore après 85 ans, où presque la moitié des répondant·es rapportent avoir eu *au plus* une seule activité physique au cours des 12 derniers mois, contre un sixième des répondantes et répondants âgés de 55 à 59 ans. Dans le même temps, la part de celles et ceux déclarant plus de 10 pratiques est trois fois plus importante pour les enquêté·es âgé·es de 55 à 59 ans, relativement à ceux âgés de 65 à 59 ans (7,8 % à 2,6 %), et continue de décroître ensuite.

Effectif pondéré	Aucune ou 1 activité	2 activités	De 3 à 5 activités	De 6 à 10 activités	Plus de 10 activités	Ensemble
% en ligne						
55-59 ans	683 332	496 987	1 300 224	982 354	292 644	3 755 541
	18	13	35	26	8	100 %
60-64 ans	469 994	494 814	1 307 559	930 874	178 194	3 381 436
	14	15	39	28	5	100 %
65-69 ans	457 588	500 892	1 196 989	789 483	78 892	3 23 844
	15	17	40	26	3	100 %
70-74 ans	580 567	508 838	985 670	441 249	56 580	2 572 904
	23	20	38	17	2	100 %
75-79 ans	483 720	535 757	600 172	206 740	10 8	1 836 397
	26	29	33	11	0	100 %
80-84 ans	505 60	229 850	271 179	94 616	20 463	1 121 168
	45	20	24	8	2	100 %
85 ans et plus	276 631	168 484	89 797	27 329	0	562 242
	49	30	16	5	0	100 %
Ensemble	3 456 891	2 935 623	5 751 592	3 472 645	636 781	16 253 531 700
	21	18	35	21	4	100 %

Tableau 4 : Nombre de pratiques rapportées, en fonction de l'âge des répondants ($P<0,000$) (% ligne). Lire 18 % des répondant·es de 55-59 déclarent 0 ou 1 activité physique.

En parallèle, **les usages du corps se modifient**, comme le montrent le [tableau de l'Annexe C](#) (*Usages quotidiens du corps des répondant·es de 55 ans et plus, en fonction de l'état de santé perçu [P<0,000]*). On peut décrire une **restriction accrue de la mobilité corporelle** pour les personnes dont l'état de santé est dégradé : les répondant·es sont d'autant plus porté·es à rapporter qu'iels passent **peu ou pas de temps debout** qu'iels ont un problème de santé chronique, sont fortement limité·es dans leurs activités quotidiennes ou sont en très mauvaise santé. Respectivement 40 % des répondant·es qui rapportent un problème de santé chronique sont « parfois debout » et 4,7 % « jamais debout », 51,5 % et 9,6 % de celles et ceux qui sont « fortement limités », 55,3 % et 5,8 % de celles et ceux qui se disent « en mauvaise santé » et 51 % et 25 % de celles et ceux qui se disent en « très mauvaise santé », contre 36,8 % et 3,4 % dans l'ensemble des répondant·es de plus de 55 ans. La moitié des répondantes et répondants déclarent **ne jamais porter de charge**, contre 54,5 % de celles et ceux qui rapportent une pathologie chronique, plus des deux tiers de celles et ceux qui se déclarent fortement limités au quotidien ou en mauvaise santé, et plus de 4/5e de celles et ceux qui se déclarent en très mauvaise santé. De même, **l'état de santé tend à limiter le nombre d'heures passées chaque semaine à bricoler ou jardiner**, cependant que le nombre d'heures moyen passé devant les **écrans augmente**.

On retrouve aussi (voir [l'Annexe D](#)) une **répartition genrée bien connue** des activités et tâches de la sphère domestique (cf. INSEE Enquêtes emploi du temps ; Régnier-Loilier, 2009) : les hommes sont significativement plus nombreux à déclarer des activités en extérieur (jardinage), ou vues comme techniques et qui peuvent être à l'intérieur comme à l'extérieur (bricolage) ; les femmes sont plus régulièrement occupées à des tâches de ménage, et elles le sont plus longuement que les hommes. En lien, elles rapportent aussi être plus longtemps devant les écrans que les hommes.

Symétriquement – on le voit dans le tableau suivant –, parmi les répondant·es rapportant au maximum 2 pratiques physiques au cours des 12 derniers mois, et donc **potentiellement les plus inactifs et/ou sédentaires, seul·es les répondant·es de 55-59 ans qui se disent en « très mauvaise santé » sont surreprésenté·es**, alors que celles et ceux du même âge qui se disent limité·es dans leurs activités quotidiennes (sans que ce soit « fortement »), rapportent des problèmes de santé chroniques ou de longue durée, ou se perçoivent en « mauvaise » (mais non pas « très mauvaise ») santé, sont plus disposé·es à pratiquer plusieurs AP. Ainsi, dans la période qui précède la retraite, le fait de ne pas ou peu avoir de pratique n'apparaît pas directement corrélé à l'état de santé, perçu ou objectivé par des limitations fonctionnelles ou un problème de santé chronique.

Répondant·es ayant déclaré au max. 2 activités physiques au cours des 12 derniers mois		Question : Limitations depuis plus de 6 mois		Question : Problème de santé chronique ou de longue durée	Question : Mauvaise ou très mauvaise santé perçue	
Effectif pondéré	Ensemble	Fortement limité quotidiennement	Limité quotidiennement	Problème de santé chronique ou de longue durée	Mauvaise santé	Très mauvaise santé
% en colonne						
55-59 ans	1 180 319	200 765	219 002	565 557	103 919	69 592
	18	18	12	16	14	34
60-64 ans	964 808	163 919	278 672	513 916	113 154	30 435
	15	14	16	14	16	15
65-69 ans	958 480	189 701	211 492	556 721	134 689	11 215
	15	16	12	16	19	5
70-74 ans	1 089 405	188 754	352 179	664 163	132 052	32 516
	17	16	20	19	18	16
75-79 ans	1 019 477	160 034	284 170	611 302	98 448	27 584
	16	14	16	17	14	13
80-84 ans	734 910	164 544	281 418	451 280	109 095	35 019
	12	14	16	13	15	17
85 ans et plus	445 115	81 460	126 014	170 964	33 235	0
	7	7	7	5	5	0
Ensemble		6 392 514	1 149 178	1 752 949	3 533 902	724 593
100 %		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Tableau 5 : Fréquence et pourcentage de la population âgée de plus de 55 ans et rapportant au maximum 2 pratiques physiques au cours des 12 derniers mois, rapportant un problème de santé (maladie chronique, limitation fonctionnelle, ou mauvaise santé subjectivement perçue), par classe d'âge.

Ainsi, alors que dans la population éloignée de la pratique sportive, les personnes âgées de 55 à 59 ans sont 18 %, elles ne sont que 12 % de celles et ceux qui rapportent être limités quotidiennement, mais 34 % de celles et ceux qui se déclarent en « très mauvaise santé ». Enfin, il y a un écart d'au moins **10 points entre les répondant·es qui déclarent un problème de santé physique et celles et ceux qui n'en rapportent pas, quand il s'agit de déclarer une pratique au moins une fois dans l'année d'une AP** (nautique, marche, etc.), quelle que soit la pratique physique ([Annexe E'](#)). 80 % répondantes et répondants les plus fortement limité·es dans leurs activités quotidiennes sont disposés à mettre en avant l'effet de l'état de

santé comme raison de leur absence de pratique, contre 40 % de celles et ceux qui rapportent des limitations quotidiennes effectives, mais moins sévères.

Ainsi, pour résumer, **la baisse tendancielle de la pratique d'activité physique constatée à mesure de l'avancée en âge est corrélée en partie à l'état de santé. Néanmoins, elle n'est pas répartie de façon aléatoire dans la population. Elle demeure fortement associée à la position sociale (objectivée par le diplôme et le métier), y compris aux âges plus avancés**, comme on va le voir dans les pages qui suivent.

Inégalités sociales d'accès à la pratique physique

S'agissant de la population de 55 ans et plus, la diversité des pratiques physiques rapportées, comme leur fréquence, sont **fortement associées à la position dans l'espace social**, approximée par le métier exercé et le diplôme.

Effectif pondéré	0 ou 1 activité	2 activités	De 3 à 5 activités	De 6 à 10 activités	Plus de 10 activités	Manquantes	Ensemble
% en ligne							
Agriculteurs exploitants actifs et retraités	141 796	61 682	68 671	40 691	12 353	110 763	435 955
	32,5	14,1	15,8	9,3	2,8	25,4	100 %
Ouvriers actifs et retraités	669 372	443 014	923 154	346 460	38 701	487 273	2 907 974
	23,0	15,2	31,7	11,9	1,3	16,8	100 %
Employés actifs et retraités	915 879	832 127	1 241 220	623 768	76 028	580 703	4 269 726
	21,5	19,5	29,1	14,6	1,8	13,6	100 %
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise actifs et retraités	272 857	198 327	336 639	292 404	74 323	220 790	1 395 340
	19,6	14,2	24,1	21,0	5,3	15,8	100 %
Professions intermédiaires actifs et retraités	656 215	704 125	1 549 740	1 015 124	226 680	340 420	4 492 303
	14,6	15,7	34,5	22,6	5,0	7,6	100 %
Cadres et prof. Intell. sup. actives et retraitées	293 726	357 510	1 054 099	749 815	173 492	172 307	2 800 949
	10,5	12,8	37,6	26,8	6,2	6,2	100 %
Autres, NSP	507 046	338 838	578 070	404 383	35 202	502 183	2 365 721
	21,4	14,3	24,4	17,1	1,5	21,2	100 %
Ensemble	3 456 891	2 935 623	5 751 592	3 472 645	636 781	2 414 437	18 667 969
	18,5	15,7	30,8	18,6	3,4	12,9	100 %

Tableau 6 : Nombre de pratiques d'APS rapportées en fonction du métier [présent ou passé] $P<0.000$). Lire 32,5 % des femmes et hommes agriculteurs exploitants actifs et retraités (parmi les 55 ans et plus) déclarent 0 ou 1 activité physique.

Ainsi, la proportion de répondant·es qui ne déclarent **aucune ou au plus une** pratique d'APS décroît régulièrement lorsqu'on passe des agriculteur·rices (32,5 %) et ouvrières et ouvriers (23,0 %) en activité ou retraité·es, aux employé·es (21,5 %), artisans et chefs d'entreprise (19,6 %), professions intermédiaires (14,6 %) et cadres et professions intellectuelles (10,5 %) en activité ou retraité·es. Symétriquement, cette dernière catégorie rapporte **plus fréquemment pratiquer entre 6 et 10 activités physiques (26,8 %), soit plus du double des ouvriers et ouvrières (11,9 %) et agriculteur·ices (9,3 %)** en activité ou retraité·es.

Effectif pondéré	0 ou 1 activité	2 activités	De 3 à 5 activités	De 6 à 10 activités	Plus de 10 activités	Manquantes	Ensemble
% en ligne							
Pas de diplôme	660 714	309 640	422 205	155 679	27 976	585 029	2 161 242
	30,6	14,3	19,5	7,2	1,3	27,1	100 %
Certif	492 554	399 064	510 735	97 876	8960	442 204	1 951 393
	25,2	20,5	26,2	5,0	0,5	22,7	100 %
CAP, BEP	908 872	871 270	1 727 780	1 085 618	155 442	661 052	5 410 034
	16,8	16,1	31,9	20,1	2,9	12,2	100 %
Brevet	614 100	591 440	826 563	532 619	42 671	374 145	2 981 537
	20,6	19,8	27,7	17,9	1,4	12,5	100 %
Baccalauréat	320 427	368 706	789 337	541 390	80 842	157 570	2 258 272
	14,2	16,3	35,0	24,0	3,6	7,0	100 %
Bac+2, autre dipl équ.	213 829	144 912	660 294	387 459	128 428	104 162	1 639 084
	13,0	8,8	40,3	23,6	7,8	6,4	100 %
Bac+3-4	121 711	116 179	320 081	330 859	87 225	39 720	1 015 774
	12,0	11,4	31,5	32,6	8,6	3,9	100 %
Master, doctorat	124 684	134 412	494 596	341 145	105 239	50 557	1 250 633
	10,0	10,7	39,5	27,3	8,4	4,0	100 %
Ensemble	3 456 891	2 935 623	5 751 592	3 472 645	636 781	2 414 437	18 667 969
	18,5	15,7	30,8	18,6	3,4	12,9	100 %

Tableau 7 : Nombre de pratiques d'APS rapportées en fonction du diplôme, pour les personnes âgées de 55 ans et plus ($P<0.000$). Lire 30,6 % des femmes et hommes sans diplôme de 55 ans et plus déclarent 0 ou 1 activité physique.

La probabilité de pratiquer une ou plusieurs activités physiques est également associée au diplôme : les pratiquant·es rapportant n'avoir aucun diplôme ou le certificat d'études rapportent respectivement 3 et 2,5 fois plus souvent avoir au plus une activité physique (30,6 % et 25,2 %) que les diplômé·es d'un master ou d'un doctorat (10,0 %). Cette association reflète en partie des effets de génération (d'exposition différenciée selon les générations à l'institution scolaire, avec la généralisation de l'accès à l'enseignement secondaire). Elle reflète également les **effets indirects de la durée de l'exposition à l'institution scolaire – et donc du volume de capital culturel objectivé par un diplôme –, sur la probabilité d'avoir une ou plusieurs activités physiques**. Et ce, alors même que la culture scolaire tend à hiérarchiser les activités « intellectuelles » et celles, « corporelles », minorant la légitimité des secondes. On perçoit donc l'intérêt à **déployer l'analyse quant au poids du capital culturel, dans l'appropriation de cette pratique physique, dont le « cadrage » est médical** : l'analyse des relations entre le volume et la composition du capital culturel d'une part, et de l'autre, l'engagement dans cette pratique et les formes d'appropriation de cette dernière, fera l'objet de la troisième partie.

Les effets économiques des inégalités sociales de santé sur la probabilité d'accéder aux activités physiques

La détérioration de l'état de santé, que celui-ci soit objectivé par les limitations fonctionnelles au quotidien ou par une maladie chronique, ou subjectivement ressentie comme mauvais, est qui plus est associée à la **perception de difficultés financières** : dans ces conditions le coût de la pratique est d'autant plus susceptible d'être un frein à l'entrée dans des programmes qui impliquent une participation financière conséquente.

Effectif pondéré	Aisance (finances)	OK (finances)	Juste (finances)	Difficile (finances)	Très difficile (finances)	Ensemble (dt rép manquantes)
% en ligne						
Fortement limité quot	361 180	1 108 191	883 302	486 828	43 230	2 888 481
	12,5	38,4	30,6	16,9	1,5	100 %
Limité quot	745 058	2 224 543	1 011 439	505 905	40 174	4 528 443
	16,5	49,1	22,3	11,2	0,9	100 %
Pas limité quot	2 318 668	5 320 787	2 131 350	654 307	78 865	10 625 414
	21,8	50,1	20,1	6,2	0,7	100 %
NSP limité quot	35 979	253 024	194 391	131 096	9048	625 632
	5,8	40,4	31,1	21,0	1,4	100 %
Ensemble	3 460 885	8 906 545	4 220 482	1 778 136	171 317	18 667 969
	18,5	47,7	22,6	9,5	0,9	100 %

Tableau 8 : Aisance financière perçue selon le degré de limitation fonctionnelle, dans la population âgée de 55 ans et plus ($P<0.000$). Lire 12,5 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) déclarant être fortement limité·es au quotidien se déclarent à l'aise financièrement.

La probabilité que les répondantes et répondants considèrent leur situation difficile ou très difficile financièrement croît régulièrement selon l'importance des limitations quotidiennes : de 6,9 % pour celles et ceux qui ne rapportent aucune limitation, à 18,4 % pour celles et ceux qui rapportent être fortement limité·es dans leurs activités quotidiennes. Symétriquement, alors que 21,8 % des répondantes et répondants ne rapportent aucune limitation quotidienne se déclarent « à l'aise » financièrement, ce n'est le cas que 12,5 % des répondant·es fortement limité·es.

Effectif pondéré	Aisance (finances)	OK (finances)	Juste (finances)	Difficile (finances)	Très difficile (finances)	Ensemble
% en ligne						
Problème de santé chronique = oui	1 574 071,7	4 360 874,8	2 345 614,6	1 036 153,4		9 389 890,9
	96	12	82	93	73 176,123	06
Non, pas pb santé chron	1 810 272	4 208 406	1 664 341	590 967	78 017	8 352 003
	21,7	50,4	19,9	7,1	0,9	100 %
Ne se prononce pas/pb santé chron	73 1545	331 701	202 096	151 016	20 124	778 091
	9,4	42,6	26,0	19,4	2,6	100 %
NR santé chron	3 386	5 563	8 431	0,000	0,000	17 381
	19,5	32,0	48,5	0,0	0,0	100 %
Ensemble	3 460 885	8 906 545	4 220 482	1 778 136	171 3167	18 537 365
	18,7	48,0	22,8	9,6	0,9	100 %

Tableau 9 : Aisance financière perçue selon l'atteinte par un problème de santé chronique ou de longue durée, dans la population âgée de 55 ans et plus ($P<0.000$). Lire 16,8 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) déclarant un problème de santé chronique se déclarent à l'aise financièrement.

De même, alors que les répondantes et répondants qui rapportent n'avoir **aucun problème de santé chronique** rapportent près de 3 fois plus souvent **se percevoir comme financièrement aisés** plutôt qu'en situation difficile ou très difficile (21,7 % contre 8,0 %), la proportion tombe à 1,5 pour les répondantes et répondants qui rapportent un problème de santé chronique (16,8 % contre 11,8 %).

Effectif/poids	Aisance (finances)	OK (finances)	Juste (finances)	Difficile (finances)	Très difficile (finances)	Ensemble (dt manquantes)
% en ligne						
très bonne santé	771 024	1 140 172	431 212	69 176	42 213	2 481 319
	31,1	46,0	17,4	2,8	1,7	100
bonne santé	1 546 206	3 996 880	1 590 494	606 993	35 739	7 808 705
	19,8	51,2	20,4	7,8	0,5	100
assez bonne santé	906 775	2 872 477	1 341 018	576 662	49 417	5 807 871
	15,6	49,5	23,1	9,9	0,9	100
mauvaise santé	194 648	632 569	626 772	272 391	32 719	1 760 423
	11,1	35,9	35,6	15,5	1,9	100
très mauvaise santé	40 156	169 713	159 786	192 516	10 874	578 796
	6,9	29,3	27,6	33,3	1,9	100
NSP santé	2076	94 734	71 201	60 397	354	230 856
	0,9	41,0	30,8	26,2	0,2	100
Ensemble	3 460 885	8 906 5,45	4 220 482	1 778 136	171 317	18 667 969
	18,5	47,7	22,6	9,5	0,9	100,0

Tableau 10 : Aisance financière perçue selon l'état de santé subjectivement perçu, dans la population âgée de 55 ans et plus ($P<0.000$). Lire 31,1 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) se trouvant en très bonne santé se déclarent à l'aise financièrement.

Globalement, alors que 35,2 % des répondantes et répondants qui s'estiment en très mauvaise santé rapportent également être en situation difficile ou très difficile financièrement, contre 6,9 % qui s'estiment aisés ; seuls 4,5 % des répondantes et répondants en très bonne santé rapportent être en situation difficile ou très difficile d'un point de vue financier, alors que 31,1 % se déclarent aisés.

S'agissant des répondantes et répondants qui se déclarent les plus fortement limité·es dans leurs activités quotidiennes, les écarts de pratique associés au diplôme et au métier anciennement exercé se maintiennent jusqu'aux âges avancés, y compris passé 85 ans. Ainsi, non seulement **les incapacités et états de santé déclarés reflètent les inégalités construites au cours de la vie**, mais en outre, **les limitations financières** qu'ils engendrent et aggravent, du fait du coût des soins quotidiens, **contribuent à réduire la probabilité que les personnes les plus limitées soient en capacité de dégager une marge économique suffisante pour s'inscrire dans des programmes dont le coût est élevé**.

➔ Ainsi, en termes de santé publique, ces résultats rappellent l'enjeu que représente le coût de la pratique pour les personnes et leur inscription dans un programme. Au sein de contextes et dispositifs qui proposent des offres variées, publiques et privées pour lesquels est régulièrement rediscutée la valeur de l'activité physique (voir chapitre 1), si l'objectif politique est véritablement la réduction des inégalités sociales de santé, les décisions politiques auraient semble-t-il intérêt à maintenir

l'existence d'une offre accessible, voire gratuite, et durable, pour les personnes vieillissantes.

Genre et pratiques physiques

Comme des travaux l'ont déjà montré pour d'autres classes d'âge (Garcia, Ottogalli-Mazzacavallo, 2022), la diversité des pratiques corporelles des femmes demeure moindre y compris au cours de l'avancée en âge : les femmes de plus de 55 ans rapportent plus fréquemment n'avoir aucune ou une seule pratique, relativement aux hommes de la même classe d'âge (20,5 % contre 16,2 %). De même, elles rapportent pratiquer moins souvent, et moins longtemps.

Effectif pondéré	0 ou 1 activité	2 activités	De 3 à 5 activités	De 6 à 10 activités	Plus de 10 activités	Manquantes	Ensemble
% en ligne							
Femmes	2 053 429	1 677 872	2 852 749	1 635 986	257 789	1 541 452	10 019 278
	20,5	16,7	28,5	16,3	2,6	15,4	100 %
Hommes	1 403 462	1 257 751	2 898 843	1 836 659	378 992	872 985	8 648 691
	16,2	14,5	33,5	21,2	4,4	10,1	100 %
Ensemble	3 456 891	2 935 623	5 751 592	3 472 645	636 781	2 414 437	18 667 969
	18,5	15,7	30,8	18,6	3,4	12,9	100 %

Tableau 11 : Nombre de pratiques d'APS rapportées en fonction du sexe, dans la population âgée de 55 ans et plus ($P<0.000$). Lire 20,5 % des femmes (parmi les 55 ans et plus) déclarent 0 ou 1 activité physique dans les 12 derniers mois.

En revanche, point intéressant, alors que les adolescents demeurent plus souvent engagés dans des pratiques encadrées que les adolescentes (Schirrer et coll., 2025), l'analyse des données ENPPS permet de souligner que la proportion s'inverse au cours de l'avancée en âge. De manière étonnante quand on connaît les modalités genrées de répartition de la pratique fédérale, les femmes pratiquent plus souvent une activité encadrée que les hommes passé un certain âge. Ainsi, près des deux tiers des répondants de 55 ans et plus rapportent n'avoir actuellement pas de pratique d'activité physique encadrée, néanmoins l'écart entre les sexes est de 20 points (75,6 % des hommes n'ont jamais de pratique encadrée, contre 55,0 % des femmes), ce qui représente une inversion massive de l'engagement masculin sportif et organisé beaucoup plus importante dans la jeunesse. Symétriquement, 14,5 % des répondantes disent avoir systématiquement une activité physique encadrée, contre 5,2 % des hommes. À partir d'un certain âge, l'encadrement de la pratique d'AP apparaît donc comme un repoussoir pour les hommes enquêtés. De fait, dans les programmes d'APA sur prescription, ils sont également sous-représentés. L'analyse met enfin en évidence les écarts des pratiques rapportées, en fonction du sexe, au-delà de la pratique d'APS (jardinage, bricolage, ménage), qu'on ne développera pas plus avant (cf. [Annexe D'](#)).

Effectif pondéré	Femmes	Hommes	Ensemble
% en colonne			
	5 514 944	6 540 286	12 055 230

pas de pratique physique ou sportive encadrée	55,0	75,6	64,6
quelquefois pratique physique ou sportive encadrée	776 262	147 479	923 741
	7,7	1,7	4,9
régulièrement pratique physique ou sportive encadrée	738 195	640 374	1 378 569
	7,4	7,4	7,4
toujours pratique physique ou sportive encadrée	1 448 425	447 567	1 895 992
	14,5	5,2	10,2
NRP pratique physique ou sportive encadrée	1 541 452	872 985	2 414 437
	15,4	10,1	12,9
Ensemble	10 019 278	8 648 691	18 667 969
	100,0	100,0	100,0

Tableau 12 : Fréquence et % de la pratique encadrée en fonction du sexe, dans la population âgée de 55 ans et plus ($P<0,000$). Lire 55 % des femmes (parmi les 55 ans et plus) ne déclarent pas d'activité physique encadrée dans les 12 derniers mois.

Focus sur le poids : L'incidence des situations de surpoids et d'obésité sur les pratiques, en lien avec l'état de santé perçu des 55 ans et plus

La déclaration du poids, réalisée dans ENPPS2020, nous a particulièrement intéressée, car les personnes interrogées et observées au cours de l'enquête sur l'AP sur prescription sont très fréquemment en surpoids. **Le travail réalisé sur l'enquête ENPPS permet de considérer qu'elles l'étaient de manière plus importante que la moyenne nationale, surtout pour celles et ceux pratiquant au moins une AP.**

En effet, parmi les répondant·es de ENPPS, les personnes en surpoids et, dans des proportions plus importantes encore, obèses, rapportent plus fréquemment **ne pas pratiquer d'activité physique**. Les analyses effectuées mettent encore en évidence des **écart en fonction du sexe**, les femmes rapportant plus fréquemment que les hommes ne pas pratiquer. **La marche apparaît ainsi comme l'activité la plus répandue**, seuls 20,7 % des répondant·es rapportant ne pas la pratiquer. La proportion de non-pratiquant·es passe de 15,6 % des répondant·es dont le poids est considéré comme « normal » (ou « de forme »), à 18,3 % des personnes en surpoids, et à 34,5 % des personnes en situation d'obésité, avec 6 points d'écart entre les femmes et les hommes. On peut également relever que près d'un quart des répondant·es en considérés comme « en sous-poids » rapportent ne pas pratiquer la marche, là encore avec 6,5 points d'écart entre les répondantes et les répondants.

Effectif pondéré	Sous-poids	Poids normal	Surpoids	Obésité	NRP	Total
% en colonne						
Pas de pratique de marche, randonnée, balade	104 375	1 156 099	982 369	734 524	896 002	3 873 368
	23,5	15,6	18,3	34,5	27,0	20,7
<i>dont F</i>	24,4	15,1	19,6	37,4	29,5	22,0
<i>H</i>	17,9	16,2	17,5	31,6	21,8	19,3
	340 661	6 254 034	4 383 399	1 392 012	2 424 495	14 794 601

Pratique de marche, randonnée, balade	76,5	84,4	81,7	65,5	73,0	79,3
<i>dont F</i>	75,6	84,9	80,4	62,6	70,5	78,0
<i>H</i>	82,1	83,8	82,5	68,4	78,2	80,7
Ensemble	445 036	7 410 133	5 365 768	2 126 536	3 320 497	18 667 969
	100 %					

Tableau 13 : Effectif et % de la population de 55 et plus rapportant avoir pratiqué une activité pédestre (marche, randonnée, balade) au cours des 12 derniers mois ($P<0.0000$), par statut pondéral et par sexe. Lire 23,5 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) – dont 24,4 % des femmes et 17,9 % des hommes – ayant une IMC équivalente à un sous-poids ne déclarent pas avoir pratiqué de la marche dans les 12 derniers mois.

La répartition sexuée des personnes de 55 ans et plus dans les différents types de pratiques (cf. Annexe 6) apporte un éclairage sur **la valorisation et la dévalorisation différentielles du surpoids et de l'obésité, en fonction du sexe**.

Ainsi, dans la catégorie « gym/fitness », qui est la seule catégorie majoritairement pratiquée par les femmes, 49,3 % des pratiquants (contre 39,7 % de la population totale) ont un « poids normal », et les femmes plus fréquemment encore que les hommes (53,3 % contre 42,0 %). Les femmes en surpoids sont sous-représentées, ce qui n'est pas le cas des hommes (-2,5 % contre -0,7 %) ; et les personnes obèses des deux sexes sont sous-représentées dans des proportions similaires (-3,0 %). Les activités aquatiques – où les corps sont exposés – sont moins fortement associées au poids normal, mais restent plus fortement associées au poids normal chez les femmes que chez les hommes (+7,7 % vs -0,1 %). Les sports de neige, plus masculins et fréquemment pratiqués par des personnes qui rapportent plus de 10 pratiques sportives, sont fortement associés au « poids normal » pour les femmes, alors que les hommes en surpoids sont plus nombreux que l'ensemble des hommes de 55 ans et plus (-6,9 % vs +4,5 %). C'est aussi le seul groupe d'activités où les hommes obèses sont plus fortement sous-représentés que les femmes obèses (-8,4 % vs -5,5 %). Enfin, les activités de « chasse, pêche et équitation », pratiquées par quatre fois plus d'hommes que de femmes, associées au groupe des artisans et chefs d'entreprise âgés de 70 à 74 ans, présentent des caractéristiques uniques. Dans ce groupe, les hommes dont le poids est considéré comme « normal » sont sous-représentés, tandis que ceux qui sont en surpoids ou obèses sont surreprésentés (respectivement : -6,2 %, contre +2,9 % et +4,2 %). Les femmes, minoritaires, sont nettement plus nombreuses à avoir un poids corporel « sain » (respectivement : +8,0 %, contre -10,4 % et -5,4 %).

La masculinité, la sportivité et les ressources culturelles dominantes favorisent l'appropriation sexuée des pratiques, y compris après 55 ans. Le monde sportif « traditionnel » a pu être vu comme « une clé de définition de la masculinité », l'« organisation institutionnelle des sports [prenant] appui sur des rapports sociaux définis : la compétition et la hiérarchie entre les hommes, l'exclusion ou la domination des femmes » (Connell, 2014 : 42). La conformation des femmes aux normes de minceur, et la sélection de celles y souscrivant, est une dimension de ces rapports de domination, y compris aux âges plus avancés. En relation avec cela, ce sont elles qui pratiquent régulièrement des sports « de forme » (et pour « les formes », comme le remarquent Catherine Louveau et Nicole Dechavanne dès 1981). On interrogera dans la section dédiée les conditions sociales de la surreprésentation des femmes en surpoids ou obèses dans les programmes d'APA.

En conclusion de la partie sur les pratiques physiques des Français·es de 55 et plus

Les « cultures somatiques » sont associées à des probabilités de vieillir sans incapacité différencierées selon les régions de l'espace social, y compris aux âges plus avancés. La pratique d'activité physique rapportée suit la même distribution que le diplôme et la PCS. Pour autant, **on ne peut confondre les inégalités sociales d'accès à la pratique physique et les inégalités sociales de santé**, bien qu'elles se recoupent en partie – les agriculteurs, ouvriers et employés étant moins disposé·es à rapporter pratiquer des activités physiques et sportives, alors qu'ils et elles sont plus exposé·es aux risques de pathologies invalidantes dont les effets pourraient être en partie atténués par la pratique.

En revanche, **alors que les femmes rapportent moins de pratiques d'AP que les hommes durant la jeunesse et l'âge adulte, elles apparaissent plus disposées à avoir une pratique d'activité physique encadrée que les hommes une fois passé 55 ans**, et elles vivent plus longtemps. Néanmoins, si la surmortalité des hommes demeure, de nombreux travaux ont remis en question l'idée qu'elles étaient également en meilleure santé que les hommes avec l'avancée en âge, sans s'accorder sur l'explication (DREES, 2009 ; Cousteaux, 2011 ; Fourcade et coll., 2013). D'après le travail de Anne-Sophie Cousteaux (2021), on peut avancer que cette surmortalité féminine s'expliquerait par « le fait que les femmes reconnaissent mieux leurs symptômes et les interprètent plus souvent comme morbides (...) ce qui peut être rapproché d'un rapport au corps socialement construit qui autorise les femmes à se soucier d'un état de santé dont elles ont *de facto* une meilleure connaissance en raison de leur socialisation et de leur rôle de gestionnaires de la santé familiale. ». Cela soulève alors la **question des effets en fonction du genre, et du cadrage médical de la pratique de l'APA sur prescription**. C'est un des fils problématiques qui sera tiré dans la dernière partie de ce rapport, en lien avec les **aménagements par les pratiquant·es des normes médicales**, liées à la santé et à l'avancée en âge (la « police des âges », qui est aussi une « police des corps » et est associée à une « police du genre » – Legrand et Voléry, 2013), et les tensions entre ces normes et les contraintes dans lesquelles iels sont pris.

Partie II. Les programmes d'APA, reflets et espaces d'aménagement des inégalités sociales ? De l'entrée au maintien ou au désinvestissement : contraintes et appropriation des pratiquant·es

1. Prescription et entrée dans un programme d'APA : seuils et moment de « cadrage » de la future pratique

L'offre d'APA sur prescription est au **carrefour de trois domaines d'activité : médical, sportif et d'intervention sociale**. Elle est elle-même polarisée entre les logiques spécifiques de chacun de ces espaces. Les spécificités des structures qui proposent ces parcours d'APA « prescrits » ont **des effets sur les modes d'appropriation de ces programmes**. Peu institutionnalisée et produite par des structures très disparates, cette offre est hétérogène, bien qu'elle tende à s'homogénéiser progressivement (cf. Chapitre 1). Cette partie vise donc à exposer **quelques caractéristiques des programmes passerelles, avant d'aborder les effets de son hétérogénéité pour les pratiquant·es**. Avant cela, on s'interrogera, cette fois à partir du point de vue des « bénéficiaires », **des effets de la prescription ; et sur l'attrition repérée entre la prescription et l'arrivée dans la structure offreuse**.

La prescription médicale, un seuil ?

Dans un article récent, Jean-Paul Génolini et Yves Moralès (2023) supposent une opposition des dispositifs sur prescription, supposés verticaux du fait de cette prescription (pensée de fait comme contraignante), à des dispositifs participatifs, supposés démocratiques. Les données de l'enquête nous ont plutôt amené·es à analyser l'entrée dans un programme d'APA sur prescription comme une succession de seuils, davantage qu'à pointer l'effet direct de la prescription médicale. **Ces seuils, et ces sas, objectivent la distance entre les domaines d'activité médical et sportif** : la coordination qui peut être malaisée entre ces secteurs, et qui n'est en tous les cas pas inscrite d'ores et déjà dans les cultures professionnelles respectives, montre aussi leur distance. Les données recueillies auprès des médecins, structures offreuses et patient·es **suggèrent une très forte attrition entre les orientations et l'engagement final dans un programme**. S'agissant de celles et ceux qui poursuivent jusqu'au bilan, il y a un intérêt à comprendre ce qui se joue dans cet intervalle de temps, du point de vue des « attentes » de ces futur·es pratiquant·es.

À l'issue de cette enquête, **appréhender l'obtention de la prescription comme un « turning point » (Hughes, 1996) de la trajectoire apparaît comme une prénotion**, liée à une conception verticale de la prescription. Loin de la représentation qu'on peut se faire *a priori* d'un parcours de santé qui serait organisé par la ou le médecin, **l'entrée dans les dispositifs implique souvent un ensemble d'actrices et d'acteurs qui peuvent intervenir dans l'orientation vers l'APA, au premier rang desquels les pratiquant·es elles et eux-mêmes** (cf. aussi chapitre 2). De manière cohérente, une fraction importante des pratiquant·es évoque le rôle de médecins spécialistes (au premier rang desquels, des diabétologues et des

cardiologues) et de paramédicaux (infirmières Asalée, nutritionnistes) dans leur orientation vers l'APA. Plus rarement, les enquêté·es évoquent d'autres professionnel·les comme les EAPA.

Ainsi, en ce qui concerne Jacques, un enseignant en APA l'a reçu pour un premier bilan. « Il m'a donné un papier à remplir pour mon docteur et qui m'envoie faire de la gymnastique. » C'est lui « qui lui ai dit [au médecin] : faites-moi un mot pour que je puisse aller à sport santé, parce qu'il... je veux voir ce que ça donne, je cherche un endroit pour faire du sport. » (Jacques, 79 ans, retraité des transports et ancien sportif).

Pascal a entamé avec sa retraite une reprise en main de sa santé. Il découvre l'AP sur prescription par une infirmière, dans le cadre d'une ETP avec un réseau spécifique un peu éloigné de son village de résidence :

La première fois que j'en ai entendu parler, c'était, comme je fais du diabète, on avait une réunion pour voir ce qu'il ne faut pas manger, ce qu'il... et les infirmières ETP du réseau diabète ont parlé qu'on pouvait faire du sport [...] Je suis allé chez mon médecin...

– E : Qui lui connaît ?

P : Non (rires communs), pas trop, pas trop. Il était pas trop, trop, au courant de ça. Parce que l'infirmière, enfin, la personne de X (ville provinciale plus importante) qui s'occupe... bon, elle m'a envoyé un courrier chez mon médecin pour... il était pas au courant... je pense qu'il n'a pas dû en avoir beaucoup de ça, je suis peut-être le premier qui a eu un courrier... pour prescrire (...) Juste... apte à.... c'est comme si je faisais une ordonnance pour le sport. » (Pascal, 60 ans, ancien ouvrier artisanal)

Danielle a été conseillée par un médecin spécialiste, puis a cherché des informations auprès de la MGEN avant de prendre rendez-vous avec son médecin (Danielle, 72 ans, ancienne institutrice). Janine est également venue à l'APA par le conseil d'un spécialiste, à l'issue d'une densitométrie (en novembre 2021) où celui-ci lui recommande de faire de la gym adaptée. Elle a donc demandé à sa médecin traitant une prescription pour rejoindre le dispositif (Janine, 87 ans, ancienne comptable). Alain (ancien directeur de centre de rééducation, 79 ans), qui estimait que l'évolution de son diabète nécessitait l'avis d'un spécialiste (« *Parce que, a priori, mon médecin de famille m'a donné des conseils, mais qui, à moi, ne me semblaient pas... suffisants et pertinents* »), s'est vu conseiller l'entrée dans un programme d'APA par le diabétologue ; il obtiendra ensuite un certificat de non-contre-indication du médecin. S'agissant de Francine (67 ans, ancienne travailleuse sociale hospitalière), c'était après discussion avec sa diététicienne, tandis que Gertrude (61 ans, ancienne agricultrice), connaissant personnellement un EAPA, décide de demander une prescription pour l'APA plutôt que des séances de kinésithérapie. Pour Jean (61 ans, ancien ouvrier puis chef d'entreprise artisanale), c'est par la brochure donnée par le centre de rééducation à destination de son médecin traitant que ce dernier apprend l'existence de ce type d'offres et trouve la démarche intéressante.

Ainsi, **les pratiquant·es demandent une prescription d'elles ou d'eux-mêmes (éventuellement sur conseil d'un·e proche), ou sont d'abord conseillée·es et orienté·es par un·e autre professionnel·le de santé.** Il apparaît que les personnes qui demandent « directement » à leur médecin sont **plus doté·es comparativement aux autres de notre échantillon.** Nombre de travaux ont déjà mis en avant **comment jouait, dans les interactions médecins/patient·es, le volume de capital culturel** : lequel prédispose d'une part les patient·es à porter une attention accrue aux signaux somatiques et à être à l'origine de demandes de soins, et de l'autre, prédispose également les médecins à porter une plus

grande attention aux propos et aux demandes de leurs patient·es (Loretti, 2021 ; Darmon, 2021 ; Fainzang, 2006 ; Shim, 2010).

Les entretiens reflètent la familiarité relativement importante d'une part des enquêté·es avec les normes médicales dominantes, y compris, s'agissant des femmes, des répondantes issues des fractions établies des classes populaires⁵⁵. C'est tout particulièrement le cas des enquêté·es vivant avec une maladie chronique — ce résultat prolongeant ceux d'autres enquêtes sur la diffusion des normes médicales parmi les fractions stables des ménages modestes (p. ex. Arborio et Lechien, 2019). Le fait que les futur·es pratiquant·es soient majoritairement amené·es à solliciter une prescription d'APA auprès de leur médecin est paradigmatic de la centralité et promotion de la valeur « d'autonomie » relativement à la trajectoire des malades depuis quelques dizaines d'années. Il reflète à la fois les effets de l'affaiblissement du monopole des médecins sur les savoirs et les pratiques médicales (pas tant par rapport aux autres professions du soin – cf. Chapitre 2 – que par rapport à des patient·es expert·es – cf. notamment Gross, 2017⁵⁶), d'une part ; et, de l'autre, les effets de la prégnance croissante des messages des politiques publiques de santé dans l'ensemble de la société et les effets de responsabilisation individuelle ainsi produits.

Mais pour les pratiquant·es qui arrivent dans les programmes « à partir de la prescription », au contraire, la prescription peut effectivement revêtir un caractère contraignant, voire marquer une rupture (ce point sera développé dans les pages suivantes). C'est notamment le cas de trois enquêté·es, dont la structure du discours reflète le caractère d'extériorité de cette prescription. Pour l'une, c'est le conjoint de la première, auxiliaire médicale à la retraite, qui rapporte que « le médecin dit qu'elle doit perdre du poids » (Mme Grédy, ancienne aide-soignante à la retraite, âge NSP). Pour la seconde, c'est « le cardiologue qui m'a dit qu'il fallait que je perde un peu de poids et qu'il fallait que je fasse un peu de gym ; il m'a fait une ordonnance et je vais chez le kiné trois fois par semaine et puis après on a eu contact avec les infirmières Asalée et c'est elle qui nous a parlé de ce programme et donc avec mon mari on a adhéré » (Mme Krock, anciennement ouvrière puis agente de service et entretien, âge NSP). On verra aussi en détail le cas de Maria (60 ans, ancienne employée), un peu plus complexe.

Un « sas » : délais d'attente et attrition entre la prescription et l'entrée dans les programmes

La transition du cabinet du médecin à l'entrée dans les dispositifs constitue un premier palier. Cette attrition est difficile à documenter. Cependant, les données d'une enquête monographique que nous avons menée auprès d'une structure offreuse d'APA, liée à une MSP où des médecins prescripteurs adressent directement leurs patients, suggèrent qu'une proportion importante des patient·es à qui l'entrée dans un programme d'APA a été prescrite, ne s'y engagent pas⁵⁷. Le même type de constats est fait dans une partie des entretiens menés avec des professionnels de l'APA dans les différentes régions, et comme il l'avait déjà été à Strasbourg en 2013.

⁵⁵ On reprendra la définition de la notion de « groupes populaires » proposée par Marie-Hélène Lechien et Yasmine Siblot (2019, §1) : « elle désigne ici les groupes et les individus caractérisés par la petitesse de leur statut professionnel et social, l'étroitesse de leurs ressources économiques et leur éloignement par rapport au capital culturel »

⁵⁶ Affaiblissement qui reste néanmoins limité et dépendant des configurations de soins, cf. Le Clainche, 2023.

⁵⁷ Sans qu'on puisse l'étayer par des éléments chiffrés : objectiver l'attrition aurait peut-être été possible à partir des dossiers médicaux et d'un recontact de la patientèle, ce qui n'a pas été possible dans nos enquêtes.

« *Q : Et dans l'organisation des parcours, tu me disais tout à l'heure que tu... tu faisais l'hypothèse que sur 10 prescriptions, il y en avait certainement 2 que vous voyez à [nom structure]. Est-ce que justement tu as... tu as des liens avec certains médecins qui te disent : on a prescrit.*

R : Mais là il y avait des médecins qui nous disaient : bah moi j'ai prescrit plusieurs fois. Et on leur dit : bah on a eu deux patients, deux patients avec une prescription à votre nom. Donc c'est-à-dire que tous les autres, ils sont pas venus tu vois. »

(Coordinateur, MSS, Sud de la France)

« *Enfin, il y a deux moments compliqués. C'est le passage de la prescription à l'arrivée. Et puis, même après le bilan, encore des interrogations, je pense. (...) Mais moi, j'étais outrée du nombre de patients que j'avais adressés à l'APA et du nombre de patients qui, vraiment, [en] avaient fait. J'étais dégoûtée. (...). J'ai fait un point sur le nombre de patients [en réalité, elle s'appuie sur les données que les EAPA de la structure lui ont adressées par mail]. J'en avais 10 ou 12, je crois [il y en a finalement un peu plus de 20], ça doit faire, je sais pas, 20 %, peut-être. Je pense, depuis que [j'ai] commencé [dans cette MSP], depuis 18 mois, je pense que c'est une centaine [de prescriptions réalisées]. »* (Médecin Sardin, MSP située dans un QPV, femme, milieu de carrière, prescriptrice, DU de gériatrie et d'infectiologie, ancienne sportive)

Il n'y a pas, à notre connaissance, de données agrégées au niveau national sur les pratiquant·es d'APA. À plus forte raison, il y en a encore moins qui permettraient de caractériser le recrutement social des patient·es à qui l'APA a été prescrite et qui ne s'engagent pas dans la pratique. **Ce point pourrait faire l'objet d'une enquête spécifique.** L'attrition peut également refléter **la distance entre les domaines d'activité médical, et de l'APA**, traduisant la difficulté concrète d'orienter (d'adresser) les patient·es à une structure précise, par méconnaissance, ou parce qu'il n'y a pas de programme d'APA sur prescription à proximité qui puisse accueillir ces patients.

Aussi, **régulièrement, l'attente avant la réalisation d'un bilan d'entrée dans les programmes est de plusieurs mois.** Ces délais ont possiblement des effets sur la mise en œuvre de la prescription par les patients — du fait, par exemple, de la baisse de l'intérêt initial ou de l'aggravation de l'état de santé. Néanmoins, **la régularité de cette attente conduit à porter la focale sur ce qui se retravaille dans cette période, et qui favorise la conversion des pratiquant·es à une pratique jugée bonne.** De fait, le renforcement des dispositions à l'autocontrainte ne passe pas que par la prescription, mais par la période qui s'étend entre la prescription et l'entrée dans le dispositif (marquée par le bilan), soit en lien avec les hésitations des futur·es pratiquant·es, soit du fait de la saturation des programmes à proximité.

Après une première prise de contact avec une salle commerciale, une pratiquante fait ainsi état du fait qu'ils « *m'ont relancé pendant trois mois. Je n'arrivais pas à me décider. Parce qu'il faut savoir quand même que l'image des salles de sport de... d'il y a... on va dire des années 70-80, c'était vraiment les minettes hyper maquillées, les trucs qui vont bien, la petite tenue machine, et ça, c'est... »* (Danielle, 72 ans, institutrice retraitée, ancienne sportive). Une autre pratiquante rapporte avoir attendu du mois d'octobre, où elle a été orientée par son médecin vers une infirmière Asalée pour entrer dans un programme, au mois de mars suivant pour prendre rendez-vous avec celle-ci. À l'issue de ce rendez-vous, elle a patienté jusqu'au mois de juin pour démarrer le programme (Mme Grédy, ancienne aide-soignante à

la retraite, âge NSP). Une pratiquante rapporte également des difficultés d'orientation du fait de la plateforme (ce qui est un cas limite de l'enquête) :

Moi, personne m'en a parlé [de l'APA sur prescription]. Moi j'ai vu ça sur une annonce, je ne sais même pas où et j'ai pris le numéro de téléphone et j'ai appelé. Mais, je vais vous dire, je me suis posée la question, j'l'ai dit d'ailleurs à Madame D. ou Mademoiselle D., je me suis posé la question si ça existait vraiment à un moment. Si ça avait pas été juste une mise sur le papier ! Vous voulez que je vous raconte mon parcours du combattant ? (Rires) (...) Donc moi j'ai trouvé ce numéro de téléphone un jour, et j'ai appelé (...) le numéro qu'il y avait sur le papier. Je tombe sur une personne, déjà j'ai appelé X fois parce que ça répond jamais. Et un jour je finis par avoir quelqu'un qui m'a dit : « je vous envoie l'imprimé à faire signer par votre médecin ». Bon... je donne mon numéro de mail, enfin mon adresse mail, tout. J'ai jamais rien eu, donc de moi-même j'ai cherché sur internet quel papier fallait faire remplir par le médecin. J'arrive à trouver le papier, je le fais remplir par le médecin. Après je rappelle cette personne en disant : « voilà j'ai bien le papier signé par le médecin, maintenant il me faudrait un rendez-vous ». Alors bon euh... V. [ville de 12 000 habitant·es] elle savait pas trop où c'était, elle m'envoie à W. [ville de 5 000 habitant·es, zone rurale]. Bah dis donc moi je fais pas 200 km pour aller euh... faire un bilan euh... bon. Après elle me dit : « je vais voir, ça va être C-Ville ou D-Ville ». Elle me dit : « je vous rappelle pour vous fixer un rendez-vous ». Bon bah j'attends patiemment, n'ayant pas de nouvelles, je re-rappelle et je tombe sur... Elle me donne un numéro de téléphone à l'hôpital de C-Ville. Là je téléphone, on me donne rendez-vous euh... je téléphone début septembre et on me donne rendez-vous pour le 15 octobre. Bon bah... j'y vais le 15 octobre, j'vais à C-Ville et j'arrive le 15 octobre et on me dit : « bah... pourquoi qu'vous venez à C-Ville ? Fallait aller à V. ! » Alors je trouvais que c'était un peu raide ! (rires) Donc euh... de là, elle me donne le numéro de Mademoiselle D., et j'ai repris contact avec elle à ce moment-là. Et là, ça a été très vite, au bout de 3 jours j'ai mon rendez-vous ! Mais je peux vous dire mon papier du médecin est signé depuis le 27 juillet ! Donc euh... j'ai été patiente quand même ! Hein ? J'ai quand même été patiente ! Alors un moment je me suis dit : « mais c'est un truc qui est sur le papier, mais c'est un truc qui n'existe pas c'est pas possible, y'a rien ! On a pondu ça, on a mis ça en route sur le papier, mais ça n'a jamais été organisé nulle part ! ». Vraiment je me suis posé la question, hein ! Je me suis demandé si c'est vraiment organisé. J'ai cru que c'était consultatif ! (rires) (Chantal, 76 ans, ancienne comptable avec un maintien d'activité partiel)

La diffusion inégale de cette offre selon les régions d'enquête – amenant certaines structures à différer de plusieurs mois l'entrée des pratiquant·es dans les programmes, soit pour des raisons de financement, soit pour des raisons de régulation des flux de pratiquant·es), et la distance plus ou moins grande des professionnel·les de santé et de l'APA, contribuent souvent à allonger l'attente avant l'entrée dans les programmes. Ce « sas » contribue régulièrement à renforcer les « attentes » subjectives des pratiquant·es.

Déférences et régularités des programmes passerelles

L'enquête PrescAPP s'est resserrée sur les programmes « passerelles » parce qu'ils sont directement reliés à la prescription : ce sont les seuls qui la demandent vraiment (à quelques rares exceptions). Le déploiement des politiques de prescription se fait en grande partie par le biais des programmes passerelles. Pouvant être définis par des terminologies diverses, les programmes passerelles sont des programmes courts (8 à 20 séances en moyenne), gratuits ou fortement subventionnés, encadrés

quasi exclusivement par des enseignants en APA (parfois des professionnels de santé ou des éducateurs sportives) et pensés pour une intervention individualisée. Ces programmes s'inscrivent dans un parcours d'engagement ou de réengagement dans l'activité physique, entre le bilan médico-sportif et l'engagement régulier, idéalement en autonomie ou en association sportive. Par leur régularité, ces parcours apparaissent comme une norme d'action publique structurant les politiques d'activité physique sur prescription. D'un point de vue de l'organisation de la pratique, ces programmes puisent dans un « stock » de savoir-faire et de techniques sportives communes. Ils consistent généralement en une série de séances d'activation/dynamisation physique, voire de renforcement musculaire adapté aux limitations fonctionnelles des participant·es. Ce mouvement d'homogénéisation est encouragé par ministère des Sports et de l'ONAPS, à travers la tentative d'imposition de normes d'évaluation communes à toutes les MSS. Néanmoins, des différences demeurent, en fonction des caractéristiques des structures et des programmes.

L'enquête auprès des dispositifs et de leurs pratiquants montre néanmoins que la réalité des parcours est souvent plus complexe (pour plus de détails, voir partie I du rapport). Derrière leur apparente similitude, les programmes restent diversifiés d'une région d'enquête à une autre et d'un dispositif à l'autre : tant sur le plan de la durée, que des prix. Des programmes d'APA sont gratuits pour les pratiquant·es, d'autres supposent une contribution financière modérée, et d'autres enfin, lorsqu'ils ne sont pas soutenus par les pouvoirs publics, peuvent avoir un coût conséquent, équivalent à celui d'une inscription en salle de sport privée. Ces inégalités ont des effets sur les possibilités d'engagements des pratiquant·es dont le budget est déjà contraint par des dépenses de santé. Les lieux de pratique sont également hétérogènes : hôpital, centre de rééducation, gymnase, piscine, salle de sport, ou en extérieur. Les logiques des structures offreuses produisent également des effets sur les logiques d'appréhension et de recrutement des publics (usager·ères, clientèle, patientèle) avant même l'entrée dans un programme.

La place de la prescription dans le processus de prise en charge diffère également. Au cours de l'enquête, on a ainsi pu repérer des différences notables dans les logiques d'organisation et d'initiation des parcours, qui sont aussi des logiques commerciales et de contrôle social, par exemple : entre un protocole d'entrée mis en place par une association issue du secteur du handicap prévoyant l'accompagnement des nouveaux·elles pratiquant·es par un·e travailleur·euse social·e lors de leur première séance à la suite du bilan ; un protocole ou l'EAPA prend contact avec les pratiquants à la suite du rendez-vous avec l'infirmière Asalée pour favoriser leur intégration à programme organisé au niveau régional par l'ARS ; ou une structure commerciale, qui utilise ses bases de contacts pour effectuer des relances téléphoniques jusqu'à ce que les personnes relancées se présentent effectivement à la salle, voire commencent les séances avant l'obtention d'une ordonnance et la réalisation du bilan d'entrée.

On y reviendra, ce cadre produit des effets dès l'entrée dans le programme. Ainsi, s'agissant de la structure commerciale, une enquêtée rapporte avoir fini par s'inscrire après plusieurs relances ; mais alors qu'elle est au départ plutôt satisfaite de sa reprie d'une activité, elle quitte la structure à la fin du cycle, déçue par la « froideur » des relations (qu'on peut analyser finalement comme un signe de l'écart social entre elle et les autres pratiquant·es). Dans l'association liée au secteur de l'insertion, un autre enquêté a abandonné le programme après la première séance. Il dit s'être senti dévalorisé aussi bien par la présence d'un accompagnateur que par la composition du groupe, à son sens trop distant socialement, et espère alors ne pas être recontacté par la structure pour ne pas avoir à expliciter les raisons de sa désaffection.

Définitions de la forme et de la santé en concurrence. Le moment du bilan.

Dans les différentes configurations, les **bilans constituent un moment de « cadrage » de cette relation de service, et de conversion des « patient·es » en « pratiquant·es »**. Il faut ici faire un bref détour afin d'essayer de caractériser comment les structures offreuses d'APA s'emparent de la prescription médicale pour cadrer (et valoriser) ce service d'une part, et de

l'autre les relations entre ce cadrage et l'appropriation des programmes d'APA par les pratiquant·es : **comment s'opère la requalification de cette activité, quelles propriétés en sont mises en avant (de façon manifeste, mais aussi de façon implicite), pour quels effets sur les destinataires ?** L'observation d'une série de bilans a permis d'en dégager un ensemble de caractéristiques, en lien avec la réception des programmes d'APA.

On a choisi de restituer pour ce rapport les résultats d'observation de structures qui sont très proches du champ médical (pour une des structures locales, près de 80 médecins prescripteurs, contre une vingtaine généralement rapportées par les structures analogues). Dans les dispositifs observés, le bilan marque le moment de la transmission du document de prescription. Il se présente également comme une conversation informelle portant sur la situation professionnelle de la personne (présente ou passée), puis sa situation familiale, et enfin sur les pathologies, limitations fonctionnelles, et douleurs ressenties. Y succèdent la passation de questionnaires, des mesures et des tests physiques, l'annonce des résultats et la présentation du programme, au cours de laquelle la transaction se réalise. Celle-ci est matérialisée par l'échange de documents, la présentation de justificatifs permettant d'obtenir un tarif réduit, et le paiement proprement dit. Dans les structures observées, les résultats prennent la forme d'un « index de santé » supposé comparer la condition physique de la personne, relativement aux personnes de même âge et de même sexe.

Trois résultats nous ont particulièrement intéressés :

Une tension entre les logiques sportives, (bio) médicales et pédagogiques

D'une part, les lignes de tension entre les logiques sportives, (bio) médicales et pédagogiques qui traversent l'APA sont déjà manifestes lors des bilans : ils sont moins médicalisés que ceux réalisés par les kinésithérapeutes, moins cadrés par la stricte performance que des tests sportifs, et émaillés de rappels du caractère non obligatoire et de commentaires appréciateurs typiques des situations d'apprentissage.

Dans les structures observées, les tests physiques reproduisent les mêmes séquences d'un·e pratiquant·à l'autre : il s'agit par exemple de parcourir la plus grande distance en 6 minutes, tenir en équilibre sur un pied jusqu'à 60 secondes notamment. Les performances de la personne observée génèrent des commentaires de l'encadrante, qui en rappelle régulièrement le caractère « non obligatoire », tout en ponctuant de rires et de commentaires appréciateurs quant à leur réalisation. (Carnet de terrain, observations répétées sur la période oct-déc 2023)

Une prédominance d'une conception instrumentale, plutôt que médicalisée, de la santé

D'autre part, on observe la prédominance d'une conception instrumentale de la santé, plutôt que médicalisée (Scodellaro, 2014 ; Pierret, 2024), y compris dans la structure qui est la plus « médicalisée » de celles qu'on a observées — de par sa proximité à une MSP, mais aussi au regard des limitations importantes d'une partie des pratiquant·es, qui sont adressé·es par un hôpital voisin. Si des indicateurs médicaux sont recueillis (les pathologies déclarées, la mesure du tour de taille, le poids et la taille rapportés), « l'index de santé » qui conclut le bilan est calculé à partir des résultats des tests physiques — plus sportifs que médicaux donc —, et l'essentiel des questions posées portent sur des indicateurs d'activité de la vie quotidienne en matière de déplacements actifs, de loisirs, de ménage et de bricolage, ou sur l'auto-évaluation de la « condition physique », en association avec la sédentarité définie comme « temps passé devant les écrans ». Enfin, de manière frappante, l'entretien débute par des questions sur la profession et sur la composition de la famille, et

se conclut sur un « On pourrait *travailler* un peu » : la sangle abdominale, le haut du corps, le bas du corps, le renforcement au niveau des bras, l'équilibre, la souplesse, le cœur... On se trouve dans la droite ligne du corps (re) travaillé – comme sont formés les outils – à être (de nouveau, et au mieux des possibilités) un corps performant et productif (Vigarello, 1978). Tous ces éléments renforcent ce cadrage d'une santé perçue au travers de la capacité à réaliser des activités signifiantes, particulièrement forte dans les milieux populaires (Pierret, 1984 ; Scodellaro, 2014), qu'il s'agisse du travail productif (Caradec, 2004), ou du travail reproductif (Rennes, 2021). La pratique peut ainsi réactiver jusqu'à des âges plus avancés, des dispositions qui font écho aux dispositions valorisées dans la sphère professionnelle : la régularité, l'endurance corporelle et la valorisation de l'effort notamment caractéristiques des classes populaires (Orange et Renard, 2022).

Une inégale incorporation des normes médicales et résistances

Enfin, en dépit de la bonne volonté sanitaire manifestée par le fait de se présenter au bilan, l'incorporation des normes médicales apparaît inégale, et diverses formes de résistance se manifestent au cours des entretiens initiaux. On peut opposer, sous ce rapport, les formes d'adhésion experte sur le modèle de la surveillance de soi ; à diverses formes de résistances à cette auto-évaluation, des silences des dé-cadrages médicaux.

Des formes d'adhésion...

– une pratiquante porteuse d'un handicap de naissance, qui a subi un nombre élevé d'opérations lourdes, attribue sans hésitation un score en réponse à chacune des questions posées et rapporte vouloir perdre un peu de poids « pour la santé », « pour les douleurs »

À diverses formes de résistances à cette auto-évaluation :

– les silences d'une femme qui a émigré récemment d'un pays où la guerre vient d'éclater, lorsque l'encadrante lui demande si « elle se sent stressée » ou si elle se sent « isolée socialement »,

– le dé-cadrage médical : à cette même question du stress, une autre pratiquante répond que « C'est quand on a des enfants, on est stressée »

– Symétriquement, les réponses d'un pratiquant au questionnaire portant sur les « limitations quotidiennes », adressé par son kiné qui a rédigé l'ordonnance – contresignée par un médecin généraliste –, manifestent une forme de résistance au dé-cadrage médical. En réponse à la question : « La perception de votre état de santé : sur une échelle de 0 à 10, vous mettriez combien concernant votre condition physique », cet ancien sportif, qui rapporte marcher plusieurs heures par jour, ouvrier retraité de 70 ans, montre les radios de sa colonne vertébrale (abîmée par le travail) à l'EAPA.

Le « cadrage » peut finalement bien être entendu comme la manière dont les interactant·es, EAPA comme pratiquant·es, participent à co-définir le cadre, les règles et les modes d'intervention dans les situations ainsi que les façons de les interpréter (Goffman, 1991 [1971]) –, la présentation de soi alors opérée, ainsi que les « conflits de cadrage » qui peuvent en résulter. Comprendre la manière dont les personnes se définissent et définissent la situation, et s'y engagent présente un intérêt certain pour étudier la production en situation des différences (et leur constitution en inégalités), notamment celles du genre. On y reviendra infra.

Les informations notées lors des bilans dans 5 départements.

Une surreprésentation des personnes déclarées en surpoids... et après ? Que dire sociologiquement des « données » enregistrées sur leurs usagers et usagères.

Différents travaux ont déjà mis en évidence la surreprésentation dans les programmes d'APA des femmes âgées de plus de 50 ans, relativement à la population française, ainsi que celle des personnes en situation de surpoids ou d'obésité (Lutrat, 2023). Les données sur les pratiquant·es orienté·es vers l'APA sur cinq départements du centre de la France sont congruentes avec ces résultats. En effet, les données longitudinales montrent que la caractéristique la plus fréquemment reportée par les professionnel·les est le « surpoids ou l'obésité » : 32,9 % des personnes orientées sont en surpoids ou obèses, dont 7,1 % sont également diabétiques. C'est bien plus que les pathologies cardiaques (cardiopathies, infarctus, etc.), qui touchent 11,7 % des participants, et les cancers, qui concernent 8,2 % d'entre eux. A noter qu'il y a également 7,3 % de diabétiques dans le programme pour lesquels on ne sait pas si le diabète est associé, ou non, au surpoids ou à l'obésité.

Encadré méthodologique

Il faut souligner que ce sont les professionnel·les de l'APA qui relèvent, ou non, ces qualificatifs lors de leurs évaluations, parfois en lien avec une mesure de l'IMC, parfois d'après les indications des courriers des professionnel·les de santé référents. Par ailleurs, on ne peut exclure qu'il y ait donc une proportion plus importante de personnes en surpoids ou obèses. Les données considérées comme pertinentes sont : les pathologies, l'âge, le sexe, le cours vers lequel la ou le participant·e a été orienté. Nous ne disposons donc pas de données sur les professions, l'origine sociale ou le statut matrimonial.

Si ces données ne permettent pas d'estimer quantitativement la proportion de personnes en surpoids ou obèses, elles renseignent sur les associations entre le sexe, l'âge et les écarts aux normes corporelles en termes de minceur. Les données des structures de l'APA montrent que la surreprésentation « du surpoids ou de l'obésité » dans l'ensemble des propriétés déterminant l'orientation vers un programme d'APA n'est pas aléatoire : elle est corrélée au sexe et à l'âge, et diminue avec l'avancée en âge. Ainsi, l'association entre le sport et le surpoids est encore plus forte pour les participants les plus jeunes. La probabilité d'être orienté vers l'APA pour les participants en surpoids ou obèses – sans nécessairement poursuivre dans les programmes spécifiques à l'issue du bilan – est maximale avant 50 ans, et diminue régulièrement avec l'avancée en âge, avec un réel décalage entre la période autour de la retraite, et les âges plus avancés : parmi les 65-69 ans, 32,3 % des pratiquants orientés vers l'APA sont en surpoids ou obèses ; à partir de 80 ans, ce pourcentage chute de 24 points à 8,3 % (vs 39,2 % et 34,9 % dans la population française).

% (en colonnes)	50 ans et moins	51-59 ans	60-65 ans	66-74 ans	75 ans et plus	NSP	Total
<i>Pas de surcharge pondérale ou pas de déclaration</i>	60.3 %	68.0 %	69.0 %	70.7 %	83.9 %	81.3 %	67.1 %
Déclarés en surpoids ou obèses	39.7 %	32.0 %	31.0 %	29.3 %	16.1 %	18.8 %	32.9 %
Total	867	463	300	324	137	96	2187
	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Tableau 14 : Orientation vers l'APA selon le statut pondéral, par âge, dans cinq départements français

Le résultat le plus marquant est la sous-représentation des hommes en surpoids dans les programmes d'APA. Au contraire, les femmes de moins de 70 ans en surpoids et obèses sont significativement plus nombreuses que dans la population française comme parmi celles qui participent à des activités encadrées, avec un maximum chez les 65-69 ans : 36,9 %, vs 32,7 % et 24,1 % (Figure 1). Par ailleurs, l'écart entre les hommes et les femmes est le plus marqué dans les tranches d'âge 55 et 59 ans, atteignant plus de 17 %, alors qu'il est minime après 75 ans.

Il existe donc des interrelations claires entre l'âge, le sexe et les pathologies rapportées dans les parcours vers l'APA.

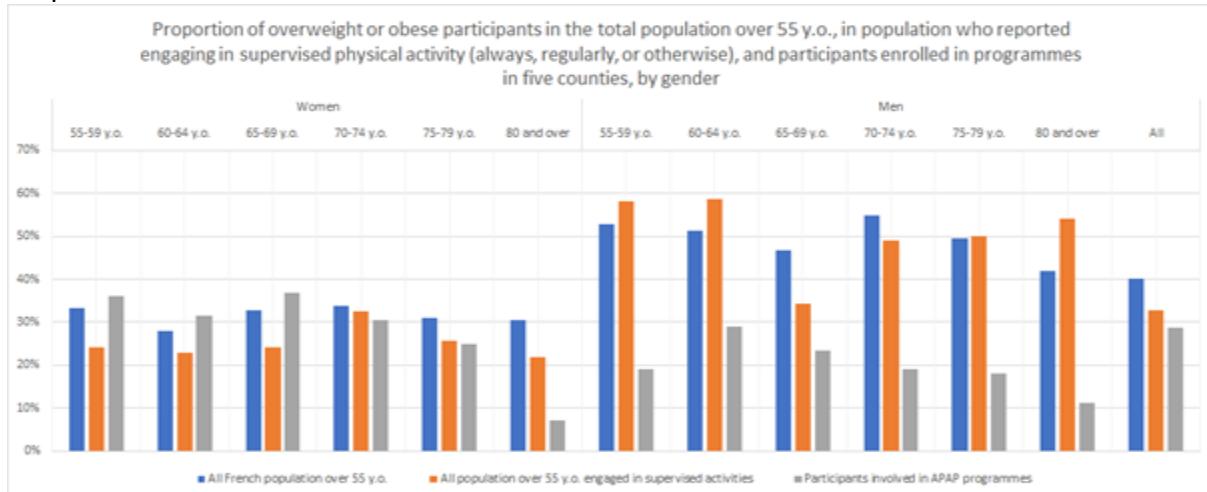


Figure 1 : Statut pondéral des personnes adressées dans un programme d'APA, comparé au statut pondéral de la population âgée de 55 ans et plus, et à celui des personnes engagées dans une activité supervisée à 55 ans et plus, par âge et par sexe

Ces données mettent donc en évidence les effets d'interaction entre âge, genre, et pathologies rapportées dans les parcours vers l'APA. La distribution suggère les relations entre la prégnance des normes d'apparence corporelle (qu'on pourrait désigner comme « une police des apparences corporelles ») et « une police des âges (sociaux) », associées à une police du genre (association déjà travaillée par Monique Legrand et Ingrid Voléry, 2013). Ces interactions se produisent vraisemblablement à plusieurs endroits : 1) la sélection opérée plus ou moins consciemment par les médecins comme on l'a vu dans la partie 2 du rapport ; mais aussi 2) une perméabilité aux discours de responsabilisation de son état de santé et de poids, et une auto-perception comme devant perdre du poids via un parcours sportif médicalisé ; et enfin, 3) la subjectivité des professionnels reportant dans la base de données consultée, les propriétés sanitaires et les caractéristiques jugées comme

signifiantes selon l'âge, le sexe, et probablement la classe des personnes qui se présentent au bilan.

Par ailleurs, la surreprésentation des femmes en surpoids ou obèses est d'autant plus remarquable qu'une proportion non négligeable de la population française de plus de 55 ans, en surpoids ou en situation d'obésité, et éloignée de la pratique sportive, dit craindre s'engager dans la pratique du fait du regard des autres :

	Sous-poids	« Poids de forme »	Surcharge pondérale	Obésité	Inconnu, NR	total
Part de la population française de plus de 55 ans qui ne fait jamais ou rarement d'exercice :	17,4 %	8,5 %	10,9 %	21,9 %	19,8 %	12,3 %
Ne fait jamais ou rarement d'exercice physique par peur du regard des autres	0,0 %	14,5 %	16,0 %	24,7 %	19,5 %	17,6 %
Ne fait jamais ou rarement d'exercice physique du fait de difficultés à se faire accepter par les autres	3,6 %	8,4 %	13,1 %	18,7 %	13,6 %	12,6 %

Tableau 15 : Difficultés à pratiquer une activité physique dans la population française âgée de 55 ans et plus, selon le statut pondéral. Enquête ENPPS 2020, INJEP (ChisQ <0001)

Différents travaux ont montré que les situations de stigmatisation liées au poids étaient moins fréquemment, et moins fortement, expérimentées par les personnes à mesure de leur avancée en âge : Solenne Carof (2019) remarquait ainsi que « cette moindre stigmatisation s'explique par une plus grande tolérance face aux rondeurs jugées “naturelles” avec l'âge ». Pourtant, si les normes d'apparence corporelles semblent peser plus fortement sur les pratiquantes que les pratiquants, et d'autant plus qu'elles sont plus jeunes, de fait, une partie des pratiquant·es plus âgées annonce avoir des objectifs liés à la « perte de poids » lors des entretiens. Néanmoins, cet objectif explicite est à rapporter aux contraintes dans lesquelles iels sont pris et qui apparaissent comme des déterminants de l'entrée dans la pratique.

2. Enjeux explicites et déterminants sociaux de l'engagement et du maintien dans les programmes d'APA

L'inscription dans un cours d'APA sur ordonnance s'inscrit dans un cadre plus général de recomposition des critères d'assignation et de hiérarchisation sexuée, au cours de l'avancée en âge. La diversité des situations rencontrées dans le cadre de notre enquête a également nourri nos questionnements autour des inégalités sociales de santé et de la caractérisation sociologique du vieillissement. L'analyse des entretiens montre que les enquêté·es – dont les profils sont extrêmement divers – ne sont pas « vieux » au même âge, selon leur position sociale, leur état de santé (la survenue de pathologies invalidantes étant fortement associée à la classe sociale), leur genre, mais aussi leur inscription dans les jeux familiaux – par rapport au conjoint, à la fratrie et aux possibilités de transmission aux descendant·es – et dans une sociabilité plus étendue.

On donnera tout d'abord quelques éléments sur les attentes explicitement mises en avant par les pratiquant·es, et ce qu'elles reflètent des contraintes – qui peuvent rester implicites – dans lesquelles iels sont prises : soit du fait de périodes de crises biographiques, soit du fait de la désinstitutionnalisation des parcours professionnels (Castel, 1995) et de la recomposition des relations intrafamiliales.

2-1. Enjeux énoncés, enjeux implicites : l'APA inscrite dans un double parcours de soin et sportif

Les pratiquant·es entrent dans les parcours d'APA avec des dispositions variables : « parce qu'on leur a conseillé, mais sans trop y croire » ; ou encore en espérant stabiliser une pathologie, ou en tout cas en freiner les avancées (notamment dans le cas des pathologies dégénératives comme la sclérose en plaques) ; ou bien maintenir leur mobilité corporelle, regagner du souffle, afin de rouvrir les possibles à un moment où ceux-ci se restreignent ; ou enfin sur le mode d'un engagement total dans une pratique appréhendée comme un soutien, qui aiderait à faire face aux difficultés du quotidien et promettrait un rétablissement rapide. **Cette variabilité des attentes à l'entrée des programmes** ouvre sur la question des relations entre les enjeux explicites – les attentes dont les programmes d'APA peuvent être investis –, et les enjeux implicites – c'est-à-dire, les déterminants sociaux qui prédisposent effectivement les personnes à s'engager dans ces programmes. On donnera successivement des éléments d'analyse sur l'APA dans ses relations avec les fonctions productives, et reproductives, des pratiquant·es.

Un effet indirect de la désinstitutionnalisation des parcours : l'APA comme facilitatrice des transitions vers la retraite

L'âge modal des pratiquant·es se situe autour de la soixantaine. Cette tranche d'âge est aussi celle de la majorité des départs en retraite, subis ou désirés. Cela nous conduit à interroger la relation entre l'entrée dans les programmes d'APA et le passage à la retraite, en gardant à l'esprit l'intérêt d'« analys[er] ce qui se joue dans la transition entre le travail et le retrait de la vie économique », et « l'importance de ne pas rigidifier cette frontière » (Caradec, 2015).

Désinvestir la sphère professionnelle ou y prolonger son engagement grâce à l'APA

La participation à des programmes d'APA peut ainsi contribuer à faciliter un désinvestissement de la sphère professionnelle, contraint par la maladie, au profit de la sphère familiale, pour des pratiquant·es autour de la soixantaine et lors des périodes de transition vers la retraite qui peuvent s'étirer sur une dizaine d'années. Les changements liés au passage à la retraite sont multidimensionnels, qu'il s'agisse de négocier un changement d'emploi du temps et de nouer avec d'autres occupations, ou en lien avec des transformations objectives en lien avec l'arrêt du travail. L'entrée dans le programme peut ainsi être un moyen de marquer la rupture, de se donner de nouveaux repères : c'est par exemple le cas de Pascal (**60 ans, ancien ouvrier artisanal**), qui intègre un programme d'ETP peu après avoir pris sa retraite, change totalement ses comportements alimentaires et entre dans un programme d'APA.

PASCAL 99 : Je pense que c'est ça, car quand on avait des réunions de diabète pour voir... ça, ça, on était 4/5, c'est tout.

E : Oui. C'est de l'éducation thérapeutique, c'est ça ?

PASCAL 100 : Oui, cela va prolonger les légumes et tout ça, les féculents et tout ça.

E : Et en quoi, cela vous a aidé vous ça par exemple ?

PASCAL 101 : Et bien, c'était pour l'éducation, car il y a des choses que je mangeais pas mal... (sourire aux lèvres)

E : Comme quoi ?

PASCAL 102 : Des kebabs !

E : (rires de ma part) Ah oui, d'accord.

PASCAL 103 : Les kebabs. Et bien, je prenais beaucoup de frites, souvent...

E : D'accord (rires)

PASCAL 104 : Y'a ça. Enfin, je travaillais, donc quand je travaillais, je....

E : Oui, il fallait y aller quoi.

PASCAL 105 : Oui, il fallait ça (20 mn). Il y a certains trucs que j'ai... que j'ai arrêtés, j'en prends parfois de temps en temps mais plus... plus...

E : Limité quoi.

PASCAL 106 : Plus comme avant.

E : D'accord. Et est-ce qu'il y a des aliments nouveaux que vous avez pris ? que vous ne preniez pas avant ?

PASCAL 107 : Euh.. non, parce que... enfin, sauf le quinoa que.. une sorte de pâtes, enfin de... que je ne connaissais pas, et elle m'a dit « ça, ça remplace le riz ! ». Et puis, c'est pas mauvais, donc j'en prends un peu plus de ça.

E : ca remplace le riz, parce que le riz était trop riche, c'est ce qu'ils vous ont dit ?

PASCAL 108 : Non, non, pour changer, pour changer, parce que je prenais le riz avec le poisson, que là cela me permet de changer. De changer.

(Pascal, 60 ans, ancien ouvrier artisanal)

L'entrée dans un programme peut au contraire être effectuée au regard de la « promesse », offerte par l'AP, de pouvoir reprendre le travail ou différer le départ en retraite du fait de l'amélioration de l'état de santé. C'est notamment le cas de pratiquant·es qui ont connu récemment un accident de santé, et sont en arrêt maladie de longue durée. C'est le cas de Jean, âgé de 61 ans et qui, à la suite d'un accident chirurgical, se trouve en fauteuil roulant, dans l'incapacité de reprendre son activité professionnelle qui nécessite une mobilité corporelle importante, et constraint de déménager pour se rapprocher de sa famille.

Fortement engagé dans le programme d'APA, il mobilise sa culture technique pour s'approprier les exercices, sous une modalité de corps-machine devant regagner sa productivité. Il s'entraîne également chez lui pour se donner les moyens de remarcher le plus rapidement possible, afin de pouvoir reprendre son activité professionnelle et « d'accompagner à l'autel » sa fille qui doit se marier quelques mois plus tard. Une longue réhospitalisation en cours de programme le constraint à prendre sa retraite – même s'il conserve une activité salariée annexe –, et à différer son objectif initial de « sortir du fauteuil » qui l'avait conduit à s'inscrire dans le programme d'APA à sa sortie du SSR. De même, Gertrude se trouve en inaptitude après un accident médical survenu lors d'une opération. Après une année où elle consulte divers professionnels, elle dit vouloir « prendre sa chance » en entrant dans un programme d'APA, pour tenter de différer sa mise à la retraite :

E : D'accord. X (prénom EAPA) vous a dit quoi ? Qu'est-ce qu'il y aurait ?

GERTRUDE 86 : Du renforcement musculaire, c'est ça, tout est ciblé finalement, les abdominaux et tout ça. Il y aura des vélos d'appartement, et puis des tapis de marche.

E : Ah oui. Et le fait que cela soit à l'hôpital, vous cela vous rassure plutôt ou... ?

GERTRUDE 87 : Oh, non, moi, là, je vois si je veux évoluer et puis euh... continuer à évoluer pour pouvoir reprendre de travailler (rires sous cape de sa part).

E : Ah oui, votre idée, c'est ça.

GERTRUDE 88 : Voilà. Moi, mon idée, c'est que de pouvoir... c'est ça, parce que le médecin du travail, lui, il ne veut pas. Et je ne voudrais pas arriver bloquée dans trois mois et puis...

E : Normalement, vous le revoyez dans trois mois ?

GERTRUDE 89 : Eh bien, je le revois mi-février.

E : Donc, votre objectif, il est à court terme, d'accord.

GERTRUDE 90 : Ah oui, parce que mois de février, je serai à un an d'arrêt de travail, et je me dis un an après, j'ai regardé un petit peu sur internet aussi, c'est l'invalidité permanente, et même si aujourd'hui je suis en retraite officiellement, depuis le premier décembre 2020 (il y a un an donc), en tant que famille d'accueil, j'ai le droit de continuer à travailler, même si aujourd'hui ma retraite, ce que je touche, il va falloir que je leur redonne parce que il faudrait accueillir qu'un enfant, et moi, j'ai encore deux enfants à charge, et le médecin du travail m'a rappelé que ce n'était pas mes enfants. Et moi, cela me regarde si je veux continuer plus longtemps, j'estime (rires de sa part). Ah bien, oui, oui, donc, c'est pour ça que je veux reprendre le travail (...). (Gertrude, 61 ans, ancienne agricultrice)

Peu après avoir démarré les séances, elle confirme : « J'aimerais bien reprendre, j'ai cet acharnement [dans la pratique], car j'ai la reprise de travail derrière ». De fait, elle rapportera, un an après la sortie du programme, avoir pu continuer son activité de famille d'accueil « grâce à l'APA » (on reviendra sur ce point dans les dernières pages)

Un cas limite rencontré au cours de l'enquête est celui d'une comptable retraitée de 77 ans, qui dit avoir voulu « rester hors de chez elle » après le décès de sa fille, et a repris une activité professionnelle en intérim tout en s'engageant dans diverses activités culturelles, avant d'entrer dans un programme d'APA. Ainsi, placer la focale sur les pratiquantes et pratiquants plus âgés permet de saisir indirectement les effets de la désinstitutionnalisation des parcours, du brouillage de l'entrée en retraite et de la réalité du travail aux âges plus avancés, mais aussi la bonne volonté dont les personnes font montre afin de rester « productives », aussi bien dans la sphère du travail que, on le verra dans les dernières pages de cette partie, que celle de la famille.

Un ensemble d'autres modifications en lien avec la retraite

Au-delà de la relation au métier, le passage à la retraite constitue un moment de remaniement susceptible d'engager différents aspects de la vie. Ainsi, une fraction des enquêté·es a déménagé après le passage à la retraite : l'inscription dans l'APA facilite alors la transition d'un lieu de résidence à un autre, soit que les pratiquant·es soient disposés à mettre en avant qu'iels espèrent y trouver des occasions de nouer avec de nouvelles personnes, soit qu'iels anticipent des difficultés accrues liées à la dégradation de l'état de santé à mesure de l'avancée en âge :

C'est une des raisons qui m'a fait revenir sur la ville et comment je veux vieillir. Parce que si vous habitez la campagne, il y a un problème en France et partout. Les gens qui

viennent, qu'on appelle auxiliaires de vie ou infirmières, sont toujours sur les kilomètres, le temps passé sur la route. Si vous êtes un peu éloigné de la ville, vous avez des difficultés à trouver ces personnes. Je l'ai vu pour mon père. (...) Moi, quand j'ai vu que j'avais tout et que je voulais ne pas coûter à mes enfants, être vraiment indépendante, j'ai pris l'option de revenir sur V-Ville » (Mme Alonso, 68 ans, ancienne comptable)

Un autre couple enquêté avait fait construire une maison dans un petit village à une trentaine km de A.-Ville. Dix ans après leur emménagement dans cette commune où l'enquêtée s'était fortement investie, l'état de santé de son conjoint commence à se dégrader. Les progrès obtenus par une opération sont stoppés lors du premier confinement du fait de l'interruption des soins. Le couple choisit alors de vendre la maison pour louer un appartement en rez-de-jardin à A.-Ville, afin d'être plus proche des lieux de soin. Dans ces cas de changement de lieu de résidence, l'APA peut être perçue comme un lieu pour rencontrer d'autres personnes – qui éventuellement, « ressemblerait » aux pratiquant·es et avec qui iels pourraient se lier durablement. C'était ainsi l'espérance de Danielle, qui s'avère déçu à la fin du programme réalisé dans une salle prévue. Elle y trouve une ambiance finalement froide, avec des personnes distantes socialement d'elle, et un encadrement « technique », mais sans vraie proximité affective, et plutôt routinier, après le départ de l'encadrante initiale appréciée par toutes les personnes enquêtées dans cette structure. Ce départ précipite celui de la pratiquante, qui s'investit ensuite exclusivement dans des activités culturelles (chorale, peinture) et associatives.

Dans les petites villes comme dans les zones rurales, ce qui se passe dans les programmes d'APA peut néanmoins être analysé comme un dérivé de la sociabilité locale. Soit que l'entrée dans les programmes rejoue voire renforce des liens établis antérieurement (par exemple Gertrude dont le milieu d'interconnaissance facilite l'entrée dans l'APA : « *J'ai quand même des témoignages de... d'autres personnes. [...] ces personnes-là je leur fais pleinement confiance* »). Soit au contraire qu'elle facilite un aménagement temporaire des sociabilités ordinaires, et des positions que les pratiquant·es y occupent : ainsi la « leadeuse » de la marche nordique investie par un de membres de PrescAPP, se fait « toute petite » dans la vie ordinaire.

Se croisent ainsi, dans les années qui suivent le passage à la retraite, des problématiques liées à l'anticipation de la dégradation de l'état de santé et la « renégociation » de l'inscription des pratiquant·es dans des réseaux locaux de sociabilité.

Maintien du lien social et de sa productivité après la retraite : une inscription régulière dans des formes associatives

De façon cohérente avec la recomposition des sociabilités aux alentours de la retraite, une fraction importante des enquêté·es est engagée dans une activité associative, toutes en lien avec le maintien du lien social. Deux modalités d'engagement sont repérées : au travail bénévole dans une activité « culturelle » déconnectée de toute idée de production, peuvent être relativement opposées des activités, commencées avant ou à l'occasion de la retraite, orientées vers une finalité plus productive – le résultat du travail gratuit est alors à destination des circuits familiaux et amicaux (comme Freda, qui fait de petits cadeaux à ses amies avec les objets qu'elle coud).

Claire (92 ans, ancienne chercheuse) :

Et puis, comme activité, moi, j'aime bien la peinture, je fais de la peinture, alors j'ai une fille qui vient avec moi. Elle est nouvellement retraitée, alors elle vient. On a donc une activité commune.

C'est super, ça. C'est une activité... C'est une association, non ?

Une association.

Et ça fait longtemps que vous peignez ? Vous avez toujours peint, ou...

Non, je peins depuis que les enfants ont quitté la maison, à peu près.

Pascal (60 ans, ancien ouvrier artisanal) :

PASCAL 91 : Alors moi, j'ai fait du sport hein ?! J'ai fait du Foot.

E : Ouah (d'encouragement)

PASCAL 92 : Quelques années.

E : Mais vous êtes toujours actif ?

PASCAL 93 : Je suis dirigeant, dirigeant quoi...

E : Dans le bureau de l'association quoi.

PASCAL 94 : Oui, c'est ça, je m'occupe de certains trucs (il n'en dira pas plus, malgré le silence que j'ai laissé)

Wanda (63 ans, ancienne juriste) :

Moi, avant j'étais une personne toujours en activité, en dehors du travail, j'avais des activités bénévoles dans des associations et tout. Je m'occupais, je recevais des gens. Je sortais. Et après le cancer, j'ai été vidée de toute énergie, j'ai l'habitude de dire à mes médecins « c'est comme si on m'avait attaché avec des cordes, et que j'étais dans l'incapacité de pouvoir faire quoi que ce soit (...)

E : Du coup, vous avez l'impression que l'atelier passerelle vous accompagne, vous aide à ça ?

WANDA 107 : Et bien, je ne compte pas sur l'atelier passerelle comme je le disais, aux beaux jours, il faudrait que je trouve d'autres activités. Pourquoi pas même m'investir dans des activités de bénévolat

À noter que dans le cas de Pascal, la réputation semble parcourir sa trajectoire personnelle et professionnelle. Étant sur place, il connaissait de réputation les entreprises familiales dans lesquelles il a travaillé en tant qu'artisan ; il est aussi connu par le football et son engagement bénévole (qui semble tourner autour de la convivialité). Dans l'extrait d'entretien réalisé avec Wanda, on peut saisir comment s'articulent les activités associatives avec le programme d'APA — ce dernier devant favoriser le ré-engagement associatif après une maladie qui a constraint à l'arrêt les activités associatives. Ces formes d'engagements parallèles ou antérieurs s'imbriquent dans des dynamiques de classe. Ainsi, il est intéressant de noter qu'un cadre supérieur retraité — qui a par ailleurs initié récemment une chorale — donne comme facteur explicatif de la pratique de l'APA les dispositions forgées dans la sphère professionnelle, son passé d'encadrant l'ayant selon lui « habitué » aux pratiques collectives : « *Mais le fait d'être en groupe, ça, c'est pas un problème. J'ai été directeur d'une clinique, j'ai fait des réunions de groupe pendant 30 ans, donc le groupe ne me gêne pas.* » (Alain, ancien directeur de centre de rééducation, 79 ans). On renvoie à l'article de Séverine Misset et Yasmine Siblot sur la question du bénévolat associatif au sein de ménages stables des classes populaires comme manière de « "donner de son temps" pour ne pas être des "assistés" » (Misset et Siblot, 2019).

Des attentes genrées à replacer dans des dynamiques conjugales : l'APA facilitatrice du maintien d'une position active dans les « jeux » et rôles familiaux aux âges avancés

On a vu que les femmes de 55 et plus pratiquent moins fréquemment une AP que les hommes, mais qu'elles sont en revanche globalement surreprésentées dans les AP encadrées, relativement aux hommes. Sous ce rapport, il paraît logique qu'elles soient également surreprésentées dans les programmes d'APA sur prescription. On peut donc se demander si, et si oui en quoi, l'obtention d'une prescription médicale produit des effets spécifiques, en prenant en compte les caractéristiques de la sphère familiale des enquêtées, et de leur statut (célibat, en couple, ou veuvage). Régulièrement, l'APA apparaît investie à la fois comme un « espace à soi » et une pratique d'appui au maintien des positions et des équilibres familiaux « comme avant » (cf. à ce propos Thomas et Banens, 2020). On va donc examiner dans les pages qui suivent comment la pratique fonctionne à la fois comme un moyen de maintenir certains rôles familiaux, et comme un « espace à soi » - indépendant de la sphère familiale, mais qui demeure de fait subordonné aux contraintes engendrées par celles-ci (soins médicaux du conjoint ou aide aux parents, garde des petits-enfants – et plus généralement, le travail domestique donc la charge est essentiellement portée par les femmes).

Parmi l'ensemble des pratiquant·es enquêté·es, on a rencontré un enquêté qui rapporte avoir invité sa femme à venir aux séances et un couple pratiquant ensemble depuis des ateliers passerelles lors d'observation, et vu en entretiens deux couples qui ont fait les ateliers passerelles ensemble (dont un qui fait aussi d'autres activités associatives). Mis à part ces cas, l'APA paraît une activité « solo ». *In fine*, les enquêté·es peuvent avoir un intérêt à construire l'espace des cours d'APA sur prescription comme un espace séparé du couple. L'APA paraît susceptible de fonctionner comme « un espace à soi », « autonome », à distance du conjoint. Ainsi, Danielle (72 ans, ancienne institutrice) envisage de faire venir à une séance une de ses filles qui « *a des problèmes d'obésité* », lors d'un prochain séjour, mais répond par des dénégations lorsque l'enquêtrice lui demande si ça pourrait « *être sympa* » que son conjoint vienne également, car « *pour l'instant il a bien assez d'activités* ». Cet espace peut aussi être subjectivement perçu comme indépendant du conjoint, car dépendant de goûts et de dispositions genrées. Des pratiquant·es rapportent ainsi que « *ça dirait trop rien* » à leur conjoint·e (« *lui ça ne va pas lui plaire* » : Michèle, 72 ans, ancienne employée et auto-entrepreneuse de vente à la personne), soit qu'elle ou il pratique une activité indépendamment (« *du vélo tout seul* » pour le mari de Michèle), soit que symétriquement il ou elle soit supposé·e « *ne pas être sportive* » (Jacques, 79 ans, retraité des transports et ancien sportif). Cela rejoint les observations d'une médecin généraliste, prescriptive occasionnelle, à propos d'une patiente diabétique et « *sédentaire* », selon les critères médicaux, et qui a modifié subitement son mode de vie après la retraite de son mari, trouvant un travail à temps partiel et s'engageant de façon concomitante dans une pratique d'activité physique adaptée : « *Là, en l'occurrence, ça faisait au moins un an et demi que je répétais, répétais, répétais.. Et c'est un changement de vie, en fait, qui l'a faite plus marcher ; son mari est parti à la retraite, et donc, elle s'est retrouvée à domicile, avec son mari, H24 ! Elle s'est dit : "Oulalalalala..." [rires]* » (entretien Dr Emmegéyout).

Plusieurs pratiquantes rapportent l'enjeu de « maintenir [leur] place » dans la famille et les « équilibres familiaux » (cf. à ce sujet Thomas et Banens, 2020), notamment par rapport au conjoint et aux descendants – surtout, par rapport aux petits-enfants –, par la pratique d'une activité physique sur prescription médicale. Une enquêtée, qui prend en charge sa mère

chez elle depuis plusieurs années, rapporte avoir demandé à son médecin des conseils pour être « plus en forme », après un accident cardiaque, l'amenant à entrer dans le programme d'APA :

Oui j'ai eu un petit, un tout petit, problème avec le rythme cardiaque. Donc en fait je me suis retrouvée à 200 pulsations par minute. Mais sans faire de malaise, ni rien.
Bon. Il s'est passé ce qui devait se passer. Et puis quand j'ai revu mon médecin, j'ai dit – parce que vu que je m'occupe de maman –, j'ai dit : « Il faut quand même que je fasse attention à ma santé, or je suis là en obésité quand même, en obésité sévère ».
Donc j'ai dit au docteur : « Bon vu ce que j'ai fait, il faut que je m'occupe de maman, il faut que je sois en bonne santé, j'ai [eu ce] problème de rythme cardiaque, il faut qu'on fasse quelque chose. Ou que je maigrisse, ou que je me mette un peu plus en forme, enfin voilà, il faut faire quelque chose ». (Mme Durand, 64 ans, ancienne employée dans les services)

Le cas de Monique (71 ans, institutrice retraitée, équivalent bac puis Master, séparée, 3 enfants) apparaît très illustratif de la place de l'APA dans un travail de réagencement des dispositions forgées au cours de son avancée en âge, en lien avec l'enjeu de « maintenir sa place » dans sa famille.

La structure de son discours, voluble et récursif, témoigne de ce travail de mise en cohérence biographique et d'ajustement permanent aux normes dominantes, hygiénistes et médicales tout d'abord, associé à des dispositions plus larges de respect affiché des institutions, de « goût de l'effort » et d'ascétisme (qui rend plus étonnant l'achat à crédit de deux Thermomix®, qu'elle évoque longuement au cours des entretiens). L'emboîtement des différents thèmes abordés au cours de l'entretien, systématiquement associés à des développements sur les prises de position de son ex-conjoint sur ces différents sujets, rend manifeste le caractère encore structurant de son ancien couple. Bien qu'elle se soit séparée une quinzaine d'années plus tôt, une difficulté persiste à s'extraire des hiérarchies construites dans le couple et mises en question au fil des années, notamment sur les études (qu'elle reprend à l'âge adulte, « dépassant » le niveau scolaire de son ex-conjoint, ce qui a suscité des tensions), les pratiques culturelles, l'activité physique (« *Et moi j'ai été beaucoup plus active et lui était persuadé qu'il était beaucoup plus sportif que moi* »).

L'entrée dans le programme d'APA est liée à des enjeux immédiats d'autonomie et de transmission intrafamiliale. Elle rapporte en effet vouloir rester « *suffisamment en forme* » pour s'installer en Amérique du Sud et contribuer à l'éducation de ses petits-enfants qui y résident. Par ailleurs, elle suit assidûment des cours de langue pour préparer ce rapprochement souhaité, elle randonne régulièrement en club, et participe à l'occasion à d'autres ateliers intergénérationnels de « loisirs créatifs ».

L'espace de la pratique peut être progressivement investi comme un espace d'autonomie (ce n'est généralement pas pensé comme tel au départ de l'engagement), distinct de la famille. Cette distance se construit au fil des séances et dans la mesure où les pratiquantes ont intérêt à l'investir comme tel. On peut en prendre pour illustration les évolutions du groupe de marche nordique-APA. L'espace prend consistance au fur et à mesure de l'année, des pratiquantes en viennent à affirmer faire des blagues « *qu'elles ne feraient pas ailleurs* », notamment autour de la sexualité (carnet de terrain A, mi-octobre). Le groupe fonctionne comme un espace partiellement transgressif, où il est potentiellement valorisé d'affirmer de « petits écarts ». Une pratiquante rapporte ainsi avoir laissé ses enfants seuls pour prendre

« un bain pendant deux heures » – « j'ai dit aux enfants vous pouvez regarder la TV autant que vous voulez, c'est mon temps à moi ! » –, mais cette anecdote suscite une certaine incrédulité chez d'autres pratiquantes qui lui demandent s'il est « resté assez chaud » (carnet de terrain A, mi-octobre).

Pour autant, la pratique reste insérée et la plupart du temps subordonnée au calendrier aux contraintes spécifiques à la sphère familiale : liées notamment, pour quelques-unes, au partage de la voiture avec le conjoint (qui peuvent empêcher de se rendre sur le lieu de la pratique) ; à celles induites par les soins médicaux ; ou enfin et surtout au fait d'être d'une génération « pivot » impliquée dans le travail éducatif (par rapport aux petits-enfants) et de soin de leurs parents (cf. à ce sujet Banens, Thomas et Boukabza, 2019 ; Raoult, 2022) : « moi, bon moi le mercredi j'suis occupée j'garde mes petits-enfants, donc déjà je voulais éviter les mercredis » (Maria, 60 ans, ancienne employée). Interrogée sur le déroulement de son programme pendant les cinq mois précédents, Michèle précise ainsi :

Il y a eu la pause pendant les vacances. Toutes les vacances scolaires. Et puis, moi, j'ai des enfants qui sont à droite, à gauche, donc quand il faut les garder, des fois il fallait y aller en semaine et ça tombait sur les jeudis, mes trucs de gym. J'essayais de ne pas les rater, mais quand je ne pouvais pas faire autrement, je manquais. Je prévenais. Je disais que je ne pouvais pas. (Michèle, 72 ans, ancienne employée et auto-entrepreneuse de vente à la personne)

De façon congruente avec d'autres travaux (Déchaux et Le Pape, 2021), l'enquête montre que l'essentiel de la matérialité du travail de garde des petits-enfants repose sur les femmes, alors que les hommes mettent plus en avant les sorties avec les petits-enfants et d'autres événements « exceptionnels ». L'enquête menée pendant plusieurs années dans un groupe de marche nordique montre la régularité de la subordination du « temps pour soi » des pratiquantes au rythme familial : lorsque les séances sont maintenues, les effectifs du groupe chutent de moitié au début des vacances, pour se reconstituer le jour de la rentrée. De façon cohérente avec le recrutement des pratiquants, majoritairement féminin, et souvent âgé, les structures d'APA enquêtées ne programment pas de cours pendant les vacances scolaires. Si le fait de pratiquer sur prescription médicale peut apparaître comme un outil fort, légitime et légitimant, pour argumenter sur la nécessité de cet espace à soi, il demeure de fait subordonné au calendrier et aux contraintes familiaux.

Même si c'est le cas de la majorité des enquêté·es, toutes ne vivent pas en couple (5 veufves, 10 séparés ou divorcés qui ne se sont pas remis en couple, 3 célibataires). Hors du cadre matrimonial évoqué dans les pages précédentes, la prescription peut devenir un outil d'auto-contrainte pour les célibataires, quand elle est davantage une légitimation face aux contraintes de la famille pour les autres.

Avec une prescription médicale, vous êtes... on vous paie une salle de sport ou je sais pas quoi, il me semble que ça existe. Vous devez vous sentir plus obligé d'y aller. Que une association, moi j'ai fait de la marche un moment dans une association, euh bon bah j'ai pas pu continuer parce que... on m'a mis la marche aux mêmes heures que ma peinture sur soie, et bah j'ai choisi la peinture ! (rires) Donc j'ai abandonné la marche, mais si vous voulez quand vous faites partie d'une association, si vous allez à la marche, si vous n'avez pas envie d'y aller, vous n'y allez pas. Que, une prescription médicale, j'me sentirais plus obligée d'y aller. C'est mon ressenti hein ! (Chantal, 76 ans, ancienne comptable avec un maintien d'activité partiel)

Mettre en avant « la perte de poids » : enjeux explicites, enjeux implicites

Enfin, nous nous proposons d'étudier ce que peut signifier de mettre en avant l'objectif de perte de poids. Plusieurs participant·es ont en effet déclaré avoir fait l'expérience d'un régime yo-yo dans les années précédant l'entrée dans les programmes sur prescription, parfois en lien avec une pratique d'activité physique non encadrée et intensive :

« *[Après une série de deuils, à la fin des années 1980] j'ai commencé à travailler. Voilà. Et bon à partir de là, j'ai beaucoup grossi. J'ai beaucoup maigri. J'ai regrossi. J'ai remaigri. J'ai fait un tas de yo-yo comme ça* » (Noëlle, 72 ans, ancienne assistante sociale, obèse, pas sportive)

« *T'es trop grosse, t'es laide parce que t'es grosse, et il faut que tu maigrisses, et j'étais aux amphétamines qui étaient à l'époque en vente libre. Faites des recherches ! C'était pour maigrir. Et ça, ça a été ma vie de jeune, et donc et on m'a toujours mis dans la tête que être belle c'était être mince. T'es mince t'es belle, t'es grosse, t'es moche, en gros c'était ça. Donc j'étais bercée (sic) par les yoyos.* » (Ophélie, divers métiers puis enseignante, retraitée, 73 ans)

Outre Ophélie, une autre pratiquante rapporte avoir eu recours à des coupe-faim pour maigrir avec des amphétamines, dont la commercialisation a effectivement été interdite à la fin des années 1990. Une seule pratiquante a déclaré avoir subi une *sleeve*, mais une autre rapporte projeter d'en faire une. Certain·es ont déclaré avoir déjà perdu beaucoup de poids en peu de temps grâce à une activité physique intense et non encadrée, puis avoir repris du poids (l'une d'entre elles a déclaré qu'à l'époque, elle se levait la nuit pour vérifier son poids « pour voir si cela avait fait une différence ») :

« *Ça va vous paraître inconcevable, mais j'étais encore plus gros que ça. Eh bien, je peux vous dire, je me suis mis de moi-même à faire un régime. À faire de l'exercice, mais pas de l'exercice... Eh bien, j'ai perdu 50 kilos en un an* » (Richard).

« *Non, j'en faisais un petit peu [du vélo elliptique] avant le Sport Santé, mais c'était moins régulier. Puis, j'y allais... Enfin, j'étais comme une dingue, en fait. Je pédalais, je ne voyais que les calories sur mon truc qui augmentaient. (...) Les calories et la balance, c'était mes objectifs. Le matin, c'était la balance. Je me levais la nuit, je me repesais. Voilà, le lendemain matin, je me repesais pour voir si ça avait fait quelque chose.* » (Tessa)

Le rythme des « programmes passerelles » (une à deux séances d'une heure par semaine) ne permet pas d'espérer une perte de poids rapide. De fait, même si certain·es ont déclaré s'être engagés dans un programme avec le désir explicite de perdre du poids, cet objectif est souvent donné comme étant secondaire par rapport aux effets de la maladie (douleurs cardiaques, arthrose) ou d'un mauvais état de santé.

Lorsqu'on lui demande si elle « s'attendait à quelque chose à cet égard », et si elle « espérait perdre du poids », une pratiquante – qui a perdu un peu moins de 20 kilos après une *sleeve* et qui, à court terme, souhaite perdre 5 kilos pour pouvoir subir une opération de chirurgie réparatrice au niveau de l'abdomen –, répond :

« *Non. C'est plus pour moi, pour mon propre bien-être. Mais vous voyez, je ne pense pas que perdre du poids avec ça puisse marcher. Au contraire, je ferais un marathon, oui, je pense que je le ferais* ». (Éliette, 68 ans, ancienne infirmière puis autres métiers)

Ce résultat est cohérent avec les analyses d'Anne-Marie Cousteaux : « Dans les conceptions centrées sur le bien-être, (...) les personnes traitées pour des maladies chroniques ou graves sont davantage préoccupées par “l'équilibre et l'hygiène de vie”. (...) Elles perçoivent la santé

comme quelque chose qui existe malgré leur maladie, mais mettent l'accent sur les conséquences de leur mauvaise santé, telles que la douleur qu'elles ressentent et les contraintes imposées par leur traitement médical » (Cousteaux, 2012). En effet, la majorité des participant·es, y compris les personnes en surpoids ou obèses, souffrent d'affections de longue durée, le plus souvent de diabète, de maladies cardiaques ou d'ostéoporose, et certaines ont eu un cancer, ce qui peut reléguer les questions de poids à l'arrière-plan. Elles mettent plus volontiers en avant d'autres raisons liées à leur condition physique et/ou à leur état de santé, comme « l'équilibre de vie », la réduction de la douleur et, plus généralement, la condition physique (souffle, souplesse, coordination, capacité à se remettre d'une chute). Néanmoins, il subsiste une tension entre les considérations de santé et celles liées à la perte de poids, parfois « prêtées » aux médecins généralistes. Interrogée sur la prescription, une participante qui impute son entrée dans le programme au fait qu'elle voulait « perdre 10 kilos » dit d'abord : « [Mon médecin] m'a adressée parce que je suis un peu en surpoids et que je ne fais pas assez d'activité physique, alors il m'a dit que ce serait bien de commencer à faire un peu d'exercice doux et adapté, sans en faire trop ». Mais lorsque la chercheuse lui demande (un peu plus tard dans l'entretien) si elle avait dit à son médecin généraliste qu'elle avait l'intention de perdre du poids, elle a répondu : « Non, là, c'est lui, pour mon dos. Il m'a dit : "Il faut que vous renforciez votre dos. Il faut faire du sport" » (Michèle, 72 ans, retraitée, ancienne vendeuse à domicile et démonstratrice de produits de beauté, en surpoids).

Ce paradoxe invite à analyser les conditions auxquelles le (sur)poids peut être réinvesti fortement par les personnes vieillissantes, comment celui-ci peut être réinvesti comme un « problème à combattre » dans des moments de tension biographique, et ce qui fait que les personnes s'engagent dans l'APA (parfois en contrepoint d'autres pratiques ou suivis médicaux, par des infirmières Asalée, des diététiciennes ou des nutritionnistes, notamment).

Le cas de Danielle apporte des éléments sur les conditions de la réactivation de la sensibilité aux normes en matière de minceur aux âges avancés, dans un contexte de tension biographique et de reprise de soi. Cette institutrice retraitée a 70 ans au moment du premier entretien. L'engagement dans un programme d'APA s'inscrit dans un parcours de soin, après une rechute de cancer, et alors que l'état de santé de son mari se dégrade fortement. Constatant « qu'[elle va [s]] écrouler », elle consulte un psychiatre puis une nutritionniste d'une clinique « qui s'occupe d'obésité ». Ces spécialistes l'incitent à suivre un programme d'APA, elle obtient une prescription de son médecin généraliste et s'inscrit trois mois plus tard dans une salle de sport privée spécialisée.

La description qu'elle fait de ce moment de tension, qui centre les effets sur son rapport à l'alimentation, dénote une vigilance plus ancienne aux questions liées au poids : « Je prenais du poids parce que en fait je mangeais beaucoup de jambon, je mangeais du pain, les trucs qui me font plaisir en fait, et beaucoup de sucre. Donc là bah voilà je me suis dit : je peux pas continuer comme ça. ». De fait, la réactivation de cette vigilance révèle les effets d'expériences précoces et répétées de stigmatisation de son poids, au sein de sa famille, mais aussi dans l'espace scolaire : « À chaque visite, le médecin [scolaire] me disait que j'étais grosse. (...) La mode c'était d'être filiforme, mais moi j'avais des formes. Et... et jeune, ma grand-mère qui m'a toujours dit que j'étais moche, et que j'étais grosse ».

L'incorporation de la perception de son corps comme un corps « déplacé », et qui dérange, est à relier aux propriétés sociales et de position de l'enquêtée, et à l'expérience subjective de déclassement social de ses parents, qui « se sont sacrifiés professionnellement (...) pour les études [de leurs enfants] ». À leur arrivée « en ville », à proximité des lycées où étaient scolarisés leurs enfants, ils ont travaillé comme agent·es de service. L'enquêtée évoque la

« rancœur » et la « hargne » suscitées par les récits de sa mère, comme par la conscience de la distance aux « enfants de la ville ». Si elle fait de ces expériences de honte sociale un principe de son engagement politique dans des partis politiques de gauche, dès le lycée, cette socialisation militante relativement précoce ne modifie pas son adhésion aux normes corporelles dominantes, qui sont renvoyées à la sphère privée : elle évoque au cours de l'entretien les régimes coupe-faim pratiqués à l'adolescence, puis avant son mariage « pour la photo » de mariage (« *Je voulais être une mariée élégante. J'étais élégante, mais... mais à quel prix* », note-t-elle en passant). Elle ne rapporte pas d'expérience de stigmatisation liée à son poids dans la suite de sa trajectoire — où elle a par ailleurs une pratique sportive régulière, et qu'on pourrait dire inversée par rapport aux normes de genre puisqu'elle pratique la force athlétique avec son conjoint. Mais la période de tension qu'elle traverse lors de l'engagement dans le programme d'APA est propice à la réactivation de schèmes anciens. L'entrée dans les programmes d'APA apparaît ici en lien avec la reprise de soi dans un moment de forte tension biographique, où le corps apparaît comme un endroit permettant de reprendre le contrôle.

Pour conclure, on remarque donc qu'une partie des personnes interrogées a déjà expérimenté des pratiques d'amaigrissement, contrôlées médicalement ou non ; et une fraction d'entre elles suit, en parallèle de l'APA, un programme avec une diététicienne ou une nutritionniste à des fins de perte de poids⁵⁸. De manière concomitante, une part des pratiquant·es, désigné·es ou autodésigné·es comme en surpoids durant les bilans, disent entrer dans les programmes avec l'objectif de maigrir. Mais cet objectif est très souvent combiné à d'autres préoccupations de santé : stabiliser un diabète, freiner une dégradation liée à une maladie dégénérative, améliorer son souffle, sa souplesse ou prévenir les chutes, entre autres. Ces dernières attentes apparaissent également en lien avec les effets de l'avancée en âge sur le corps. Il est rare que des préoccupations « esthétiques » soient exprimées, et elles renvoient plutôt à la trajectoire des pratiquantes. Ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où, comme l'ont montré d'autres travaux, les préoccupations de santé priment avec l'avancée en âge, avec l'intériorisation de l'injonction au « bien vieillir », qui participe d'une médicalisation diffuse des styles de vie.

2-2. Déterminants sociaux et culturels de l'entrée et du maintien dans les programmes

Certes, comme on l'a vu dans les pages précédentes, les attentes explicites des pratiquant·es sont diverses : reprendre le travail, nouer de nouvelles relations, « faire face » à un quotidien rendu compliqué par sa propre maladie et/ou celle du conjoint, perdre du poids ou maintenir voire « entretenir ses capacités » déclinant avec la vieillesse ou la maladie (cf. là-dessus Ferez et Thomas [dir.], 2012). Néanmoins leurs potentialités d'ajustement à la pratique et la probabilité qu'iels s'y investissent résultent, au moins pour partie des

⁵⁸ Une limite du travail sur la prise en charge des personnes vieillissantes en surpoids – liée au fait que ce n'était pas le cœur de notre objet – est qu'il n'a pas permis d'observer les différentes facettes de dispositifs plus « totaux » ou en tout cas plus fortement contraignants, supervisés par des infirmières Asalée, comme la prise en charge globale de l'obésité, ou certains programmes ETP. D'autres travaux prennent ces modalités de prise en charge globale pour objet, nous pensons par ex. au programme ANR ChiBarAPS ; ou la thèse de Vincent Schlegel (2020) sur l'ETP pour les personnes diabétiques.

dispositions forgées antérieurement et dans d'autres espaces. Si le projet PrescAPP n'a pas pleinement investi les réflexions sur les déterminants sociaux, culturels et sportifs de l'engagement, en partie en raison de la vaste littérature existante sur le sujet⁵⁹, les chercheur·euses du projet n'ont eu de cesse de questionner les rapports, situés (classés et genrés notamment), à ces dispositifs, ainsi que le poids de certaines formes de capital et de socialisation, notamment médicale ou sportive. De façon non exhaustive, cette partie du rapport reprend certains enseignements de l'enquête en la matière.

Qui est prédisposé·e à se maintenir dans les programmes ? Le recrutement social des pratiquant·es

À partir de l'analyse des séries d'entretiens répétés avec des pratiquant·es dans les différentes régions, et d'un travail ethnographique mené par plusieurs chercheur·euses de l'équipe, on a cherché à éclairer les conditions sociales de l'appropriation de l'APA, les formes diverses qu'elle revêt, ainsi que ses effets dans les différentes sphères de la vie des pratiquantes et des pratiquants. La structure et le volume de capital des pratiquant·es, notamment dans sa composante culturelle, apparaissent déterminants. En effet, l'APA apparaît à la fois comme une pratique repoussoir pour les agents les plus dotés en capitaux, mais aussi excluante pour les pratiquant·es précarisés. L'APA pourrait ainsi être caractérisée de pratique « moyenne » au sens où elle répond à un certain nombre de normes partagées par les classes moyennes. Cette lecture est appuyée par la mise en évidence du rôle central du capital culturel (scolaire, technique, ressources mobilisable dans le champ médical), et particulièrement de l'acceptation de la forme scolaire afin de favoriser le retravail de certaines dispositions.

Ainsi lors des entretiens exploratoires, qui ont amené les chercheures à interroger un groupe de pratiquant·es à l'issue d'un programme d'APA, toutes les membres du groupe – membres des fractions stabilisées des classes populaires, ou un peu plus aisées – ont pu être interrogées, sauf une, plus précaire, d'origine étrangère, et dont l'investissement dans la pratique était plus intermittent. Cette dernière n'a pas pu être rencontrée étant donné qu'aucun autre membre de ce groupe pourtant fortement cohésif n'avait ses coordonnées. Symétriquement, deux des trois enquêtés masculins plus dotés (un ancien membre de cabinet ministériel, un inspecteur d'académie, et un notaire retraité) se sont désengagés de la pratique dès les premières séances, en raison de la distance sociale subjectivement éprouvée avec les autres pratiquant·es — selon des modalités différentes, « c'était des cassos », selon le premier, « nous n'avions rien à nous dire, il n'y avait pas d'ambiance », rapporte le second, qui poursuit la pratique de l'APA à son domicile pour des séances individuelles.

Maurice, le troisième, se maintient dans la pratique, mais juge que les horaires de la pratique ne lui conviennent pas et poursuit l'année suivante dans une structure privée, portée par des kinésithérapeutes. Cet ancien notaire, âgé de 73 ans au moment de l'entretien, s'est engagé dans un programme d'APA sur prescription après un accident de

⁵⁹ Le nombre de publications, articles et ouvrages, sur la question de l'APA et du « sport-santé » en atteste, la sociologie du sport s'est fortement intéressée à différentes modalités de pratiques d'activités physiques et sportives en relation avec le bien-être et la santé. Toutefois, du fait de la relative nouveauté de la légalité et de la mise en place de la prescription, les travaux sur l'engagement de personnes de personnes malades chroniques dans une pratique physique à partir d'une prescription médicale sont nécessairement récents, sans beaucoup de recul ou de points de comparaison ; et moins encore l'engagement de personnes vieillissantes.

santé. S'il souhaite reprendre une activité physique, il remarque avant la première séance que la pratique en groupe risque de ne pas lui convenir : « *Moi c'est le côté collectif [...] J'ai été libéral toute ma vie donc y a ce côté... moi j'aime bien maîtriser totalement les situations* ». Maurice précise que son entourage familial a été « surpris » de cette démarche, comme il serait un homme « très individualiste ». Il se dit par ailleurs « peu disponible », pris entre la saison hivernale dans sa résidence secondaire à la montagne (jusqu'en mars) et la saison estivale en station balnéaire (à partir d'avril). Il poursuivra pourtant le programme jusqu'à la fin de l'année, tout en rapportant que les horaires et les jours ne lui conviennent pas. Il s'inscrit l'année suivante aux cours APA d'une structure privée, portée par des kinésithérapeutes, dont il juge que « *les horaires [lui] conviennent mieux, et [le] travail en salle [lui] paraît plus intéressant* » que l'ancien programme.

Ces constats rejoignent les travaux de Pillonel (2014), qui analysent les relations entre le système de dispositions de dominant·es âgés et leurs modes d'investissement dans la pratique physique, comme un mode de « gestion rationnelle du capital corporel », et pour qui la pratique collective constitue un repoussoir – en dehors de certaines pratiques favorisant un entre soi (Henaff-Pineau, 2014). Sous ce rapport, il apparaît logique qu'une partie importante des pratiquantes et pratiquants aient également une socialisation associative, les prédisposant comme vu dans les pages précédentes à avoir des pratiques « de groupe », à la différence des modes de vie bourgeois analysés par Pillonel.

Aussi peut-il y avoir une homogénéisation au fil des séances, du fait du départ des pratiquant·es les plus éloignées des « normes » du groupe, produites par ses membres, mais aussi par les propriétés des programmes qui valorisent certaines dispositions socialement construites, mettant à distance les pratiquant·es qui ne sont pas dotés des ressources adéquates. Cette homogénéisation peut créer des situations confortables d'entre soi, notamment pour des femmes se retrouvant au sein de groupes de « femmes comme elles ».

Le capital culturel dans tous ses états

Dans les extraits d'entretien ayant trait aux autres activités associatives ou en club des enquêté·es, les activités rapportées par les enquêtées renvoient également à un univers de pratiques culturelles, relevant de la culture légitime ou non : peinture (sur différents supports), musique, crochet, chorale (musique classique, pop, ...), etc. Une pratiquante remarque d'ailleurs qu'elle a cessé de participer à un groupe de marche nordique lorsque l'heure de la pratique a été placée en même temps que son cours de peinture sur soie : cette anecdote est significante, en ce qu'elle croise des enjeux de hiérarchie des légitimités et des goûts pour les différentes pratiques dans lesquelles elle est susceptible de s'engager.

L'anecdote démontre aussi l'importance de penser la diversité des formes de capital culturel qui prédisposent à l'entrée ou au maintien dans les programmes. En effet, le capital culturel dans sa dimension scolaire apparaît aussi structurant que celui relevant des savoirs techniques, ou encore celui lié à la socialisation médicale et mobilisable au sein des programmes d'APA

L'APA s'inscrit dans un ensemble de pratiques culturelles, reflets des dispositions des enquêté·es, et qui les prédisposent à classer cette pratique comme « légitime » ou « non légitime ». Sous ce rapport, en dépit de la distance apparente de cette pratique au champ éducatif, les tensions et luttes dont le capital culturel scolaire fait l'objet continuent d'y produire des effets. Il est donc logique qu'une fraction des enquêtées, ayant été exposées à l'institution scolaire, mais peu de temps, adhèrent à la hiérarchie corps/esprit transmise par

l'école, impliquant une prise de distance par rapport au corps, en association ou non avec un mode de vie ascétique, et une construction générée du rapport au corps qui les oriente vers des pratiques « intériorisées » de lecture, ou de jeux de réflexion.

GERTRUDE 149 : Et bien, moi, je n'étais pas du tout sportive avant (rires de sa part). Ça, c'était très compliqué, même étant toute jeune hein ? Etant ado, le sport à l'école, si j'arrivais à me faire dispenser par les parents j'adorais.

E : Parce que ? C'était quoi, ? Vous aviez des problèmes de poids à l'époque ?

GERTRUDE 150 : Non, c'était quelque chose qui ne m'intéressait pas, il fallait fournir des efforts et je... non, cela ne m'intéressait vraiment pas du tout le sport. (61 ans, ancienne agricultrice)

Freida : Mais c'est vrai, là, que depuis... depuis que je ne travaille plus, déjà, même déjà avant, je n'étais pas... Je n'ai jamais aimé le sport. Moi, je ne suis pas quelqu'un de... Je préfère faire des mots fléchés et lire que d'aller marcher des kilomètres.

(Freida, ancienne aide-soignante, 69 ans)

Pour des pratiquantes qui ont été exposées plus longtemps à l'institution scolaire, la pratique peut réactiver des dispositions en lien avec les propriétés pédagogiques de cette pratique, c'est-à-dire la transmission d'un stock de savoirs et de savoir-faire par corps. Le cas de deux anciennes institutrices âgées de plus de 70 ans apparaît sous ce rapport très illustratif avec des rapports au corps très différents : l'une ayant une socialisation sportive longue, interrompue par la maladie, l'autre se définissant comme « active, mais peu sportive », et ayant un style de vie ascétique. Elles expliquent toutes deux retrouver un ensemble de pratiques pédagogiques (liées à l'explicitation des objectifs de la séance, à l'usage du tableau, et aux modes d'adresse aux pratiquant·es), favorisant leur engagement initial dans l'APA. Ces cas s'opposent à celui d'une autre pratiquante, ouvrière à la retraite qui se dit « contente d'aider un bac+8 » lors de l'entretien, et qui rapporte n'avoir « pas trop accroché » du fait de ce même caractère jugé « scolaire » de l'APA. Les dispositions forgées au cours de la socialisation primaire (ici dans le rapport à l'école), et renforcées dans le cas de ces deux institutrices dans la sphère professionnelle, continuent ainsi de produire des effets, et notamment sur leur engagement subjectif dans cette pratique de santé.

Les effets de la détention d'un capital culturel spécifique mobilisable dans le champ médical

Janet Shim (2010) propose de nommer « cultural health capital » la forme spécialisée de capital culturel mobilisable dans le champ médical : « À l'instar du capital culturel, qui s'accumule au fur et à mesure que l'on s'engage dans des pratiques culturelles, on peut postuler que le « cultural health capital » se développe dans et par la mise en œuvre répétée de pratiques liées à la santé, telles que la consommation de connaissances biomédicales, l'exercice d'approches calculatrices et prospectives de la prise de décision, et l'engagement dans des pratiques d'autosurveillance et de réduction des risques ». Les données de l'enquête montrent la proximité des pratiquant·es au champ médical, soit qu'els y aient occupé une position professionnelle, souvent subordonnée, soit, pour les malades chroniques, du fait des dispositions construites dans leur parcours de soin. Ce résultat indique que la proximité dispositionnelle au champ médical est un déterminant de l'entrée dans les programmes.

Ainsi, une fraction non négligeable des pratiquantes et pratiquants ont exercé des professions paramédicales (d'auxiliaires médicaux), ou sont d'anciens professionnels de

santé. C'est entre autres le cas de Marinette, infirmière ; de Mauricio ancien directeur d'un centre de rééducation fonctionnelle ; de Freda, auxiliaire médicale retraitée, dont la fille est dans la recherche médicale ; de Mme Grédy, également auxiliaire médicale retraitée ; d'Éliette, ancienne aide-soignante, puis infirmière, dont la fille est « dans le secteur médical », ou de Tessa, également ancienne aide-soignante. Enfin, Francine a été assistante sociale, mais dans un cadre hospitalier.

D'autres comptent des professionnels de santé parmi leurs proches, les prédisposant probablement à porter une attention plus importante aux biens de santé qu'ils sont susceptibles de s'approprier. C'est le cas de Francine, qui a une fille infirmière ; Jacqueline dont la nièce est infirmière, « Et l'autre, elle est aide-soignante à Saint R*. Mais ce n'est pas la grande, l'autre. L'autre, elle est à la maison de retraite à l'EHPAD » et un troisième membre de sa famille est « À *[hôpital privé], oui. Ça, c'est une arrière-nièce. C'est une fille de mes nièces. » On peut noter pour finir que plusieurs pratiquantes ont travaillé dans le secteur du service à la personne, dans des métiers comprenant une part d'intervention sur les corps de personnes âgées, ou de jeunes enfants (Mme Durand, ancienne aide-ménagère, Michelle et Mme Hébert, assistantes maternelles retraitées).

Les effets de la socialisation médicale liée aux pathologies des pratiquant·es

Au-delà de leur parcours professionnel et de certaines configurations familiales, une fraction importante des enquêté·es a connu une socialisation médicale souvent ancienne, de par leur parcours de malade chronique. Régulièrement, ils et elles voient plusieurs spécialistes, et consultent leur généraliste plusieurs fois par an, pour des renouvellements d'ordonnance. La chronicité des pathologies a ainsi impliqué une familiarisation des pratiquant·es avec le discours médical, les amenant à un apprentissage dans la durée du « soin de soi ». Par ailleurs, plusieurs travaux ont mis en évidence la familiarité accrue des femmes des fractions stabilisées des classes populaires avec les normes et schèmes médicaux de perception de soi. Lors des entretiens, on peut saisir les effets de cette socialisation médicale, qui modalise le discours des pratiquant·es.

C'est notamment le cas de Maria (60 ans, ancienne employée). Elle a une longue carrière de consultations de spécialistes de santé (hypnothérapeutes, médecins généralistes, diététiciens, et de « psys »). À la suite d'un accident cardiaque en 2020, où elle n'a d'abord « *pas voulu déranger* » les hôpitaux qu'elle savait débordés pendant le COVID, le médecin hospitalier l'a invitée « *avec une grande diplomatie* » à perdre du poids : « *une dizaine de kilos, qu'il m'avait dit, pour pas me dire 20* » et l'a incitée à voir la nutritionniste salariée de l'hôpital. Elle s'engage alors dans un régime qui l'amène à perdre 24 kilos en 8 mois, ce qui est jugé trop rapide par ses médecins - kilos qu'elle « *reprend* » ensuite. Elle est alors amenée à consulter un autre nutritionniste, en ville. Ce dernier lui prescrit d'entrer dans un programme d'APA. La docilité de l'enquêtée aux recommandations médicales la prédispose à réaliser la prescription, même si « *le sport ça [lui] a jamais fait plaisir d'en faire* » et qu'elle n'est pas sûre de s'y maintenir.

L'APA dans l'ensemble des soins physiques

Une proportion importante des pratiquant·es s'est fait prescrire d'autres soins physiques, et fait des séances de kiné en même temps que le programme d'APA.

« Je suis allée voir le cardiologue qui m'a dit qu'il fallait que je perde un peu de poids et qu'il fallait que je fasse un peu de gym il m'a fait une ordonnance et je vais

chez le kiné trois fois par semaine et puis après on a eu contact avec les infirmières Asalée et c'est elle qui nous a parlé de ce programme et donc avec mon mari on a adhéré » (Mme Krock, ancienement ouvrière puis agente de service et entretien, âge NSP)

« GERTRUDE 28 : Oui, mais à la fois, aussi, quand j'ai vu la dernière fois au mois d'aout, fin aout, j'ai vu le neurologue et le chirurgien, ils m'ont prescrit de la kiné pendant un an hein ?! Un an, deux séances par semaine. Donc, aujourd'hui, c'est plus moi pour travailler l'équilibre, c'est plus moi qui a été voir la kiné et je lui ai dit « aujourd'hui, je voudrai travailler l'équilibre ! » (inspiration) parce que j'ai envie d'avancer quoi. Et bon, je trouve que les kinés aujourd'hui et bien... on devrait peut-être avoir... on devrait peut-être comme ça, on devrait être deux ou trois, mais dans la même salle finalement. Que la kiné, elle est là aussi pour voir si on fait bien les choses. Quand on est sur le vélo d'appartement, il n'y a pas de doute, on peut faire, mais aujourd'hui je suis encore au stade, je suis avec mes deux tabourets, un jour elle est passée, elle m'a dit « faite attention ! ». Elle a vu que finalement, je prenais appui sur les bras pour me relever...

E : Oui (d'encouragement)

GERTRUDE 29 : Et elle m'a dit « vous risquez de faire une tendinite ! ». Et bien « montrez-moi comment bien faire autrement ! ». (...)

GERTRUDE 320 : Ah oui, je m'intéresse au tapis de marche, à savoir que moi je vais plus sur le tapis, parce que c'est les étirements moi qui m'intéresse. Moi souvent, je fais soit du tapis, soit du tapis au sol, soit du tapis de marche (ton accentué), soit du vélo d'appartement et étirement au sol aussi.

E : Ouaih (dubitatif)

GERTRUDE 321 : Parce que j'ai quand même la kiné moi en parallèle, deux fois par semaine aussi. (...) et j'ai quand même la marche donc ça fait quand même 5 heures de sport par semaine. (61 ans, ancienne agricultrice, Entretien 2)

Enfin, l'orientation vers l'APA peut prendre la suite de la kinésithérapie. Ainsi, c'est parce qu'un pratiquant avait atteint le nombre maximal de séances de kinésithérapie remboursées par la Sécurité sociale⁶⁰, et que son médecin ne pouvait donc pas renouveler l'ordonnance, que celui-ci a été adressé au programme passerelle organisé par la MSS situé à proximité du cabinet de son médecin (Jean-Marie, 70 ans, ouvrier retraité). La compliance au contrôle médical peut ainsi amener à des situations (paradoxaux) de surentraînement, dont la « gestion » diffère selon le volume de capital culturel mobilisable dans le champ médical (sous ce rapport, Gertrude, ancienne agricultrice, et qui rapporte différencier les zones travaillées selon les séances, s'oppose relativement à une autre enquêtée qui rapportera avoir dû interrompre le programme à cause d'une épine calcanéenne, déjà là avant le début du programme mais réactivée par la pratique).

Pour conclure, si l'enquête a permis de mettre en évidence le poids de ressources culturelles spécifiques, favorisant l'entrée dans les programmes d'APA, il n'en demeure pas moins que

⁶⁰ En effet, le nombre de séances remboursé est limité pour certaines pathologies. A l'issue de ces séances, le kinésithérapeute peut entamer une démarche administrative spécifique pour allonger la durée de la prise en charge.

les ressources économiques dont disposent les pratiquant·es jouent également un rôle important :

« Il faut juste que je me pose au club où je suis à C-Village, ou alors que je trouve un autre, voilà, pas faire deux clubs, parce qu'au niveau finance c'est un peu cher quand même, c'est des inscriptions qui coûtent à un peu près entre 130 et 160 pour l'année ; mais bon ça fait quand même relativement, si vous voulez faire un club et puis de la marche en nordique, ça vous coûte 300 euro, on n'a pas que ça si vous voulez, on a déjà les mutuelles qui nous plombent alors on fait attention » (Mme Durand, 64 ans, ancienne employée dans le secteur du service à la personne)

Ce type de discours renvoie aux résultats de l'exploitation de l'ENPPS2020 faite en partie I, où on a vu que les gens qui ont des pathologies ou des limitations de capacité se jugent plus souvent contraints au niveau financier. « Entrer dans des programmes de prescription » renvoie à des réalités différentes, sur les plans organisationnel et de la prise en charge, comme sur le plan financier (comme vu dans le chapitre 1), néanmoins les régularités observées sont en partie liées aux ressources culturelles des pratiquant·es. On s'interrogera dans la dernière partie de cette section aux effets de la socialisation sportive.

Les effets de la socialisation sportive

Plusieurs travaux (Knobé, 2020 ; Jacolin-Nackaerts, 2018 ; Marcellini et al., 2016) ont mis en évidence les effets de la socialisation sportive comme déterminant de l'appropriation des programmes d'APA, en dégageant deux principaux facteurs explicatifs : une connaissance des cadres et normes sportives favorisant l'inscription dans une salle ou une association, et l'incorporation de dispositions corporelles et sportives qui ne seraient qu'à réactiver. L'enquête menée nous a plutôt conduit·es à nuancer le poids de la socialisation sportive, car une partie importante des pratiquant·es n'a pas ou peu de pratique antérieure - ce d'autant plus qu'on a travaillé sur une population vieillissante. S'agissant des cadres et normes sportives, ils demeurent (en creux) structurants dans la pratique de l'APA, comme on le verra dans les pages qui suivent.

Une faible socialisation sportive pour une majorité de nos enquêté·es

Beaucoup de pratiquant·es comptent des expériences ponctuelles, éparques, ou inscrites dans les logiques de loisirs ou de pratique douce. Siels n'ont pas eu des vies marquées par l'inactivité, leur biographie sportive est régulièrement restreinte aux périodes de vacances (grandes randonnées) ou à certaines périodes de leur vie, et ont ainsi souvent des parcours sportifs modestes. Quelques-unes évoquent avec humour cette distance à la pratique. L'une d'elles énonce : « *Je me demandais surtout, en plaisantant, quel serait l'être d'exception qui arriverait à me faire [faire] du sport* ». Et, revenant sur sa trajectoire professionnelle, elle remarque encore : « *Et après, j'ai été secrétaire d'un club sportif. Vous voyez, j'ai presque été sportive.* » (Mme Durand, 64 ans, ancienne employée dans les services). Quasi aucun·e pratiquant·e ne rapporte avoir eu une pratique intensive (à part un ancien circassien reconvertis dans le secteur du transport, et un ancien footballeur, qui a travaillé ensuite dans d'autres secteurs d'activité, atteint d'une sclérose en plaque).

De rares pratiquant·es se sont investis bénévolement dans un club sportif, ainsi de deux enquêtés qui se sont investis dans des clubs (local, pour l'un, un « très joli » club, pour l'autre), ou d'une enquêtée qui a été animatrice de gym volontaire. Cette dernière – dont le père était responsable d'un club de basket – fait état d'un « goût » précoce pour le sport

(évoquant « la balançoire », « le trapèze », dans le jardin de ses parents), ce qu'elle contraste avec le fait que son père ne l'encourageait pas à pratiquer. Elle rejoint donc des associations sportives à l'âge adulte seulement, suit une formation pour être animatrice de gym bénévole, puis rejoint un club d'athlétisme avec son mari et pratique la randonnée chaque semaine avec la fédération française de randonnée (FFR). Elle rapporte préférer être entrée dans un programme d'APA, plutôt qu'une prescription de kiné, pour le caractère collectif de la pratique : « *je voulais le faire un p'tit peu mais en groupe parce que seule c'est pas... C'est pas tellement drôle. Bah le kiné il faisait de...du comment ça s'a...du Pilates, il aurait pu venir me faire une séance de Pilates à domicile, une demi-heure une fois par semaine. Mais...toute seule, bon ça m'disais rien. Voyez hein ?* » (Janine, 87 ans, ancienne comptable).

S'il faudrait approfondir les recherches sur les non-engagements ou les arrêts de pratiques, **une pratique sportive assidue passée ne semble donc pas prédisposer à s'engager dans un programme « passerelle » d'APA sur prescription**, tandis que le cadrage médical prédispose apparemment davantage des personnes éloignées de la pratique à s'y engager. Cet état de fait peut venir s'inscrire dans la continuité des travaux de Raymonde Feuillet sur les personnes très âgées, qui montrait une difficulté des personnes au parcours sportif à s'inscrire dans des pratiques adaptées et apparaissant comme réduites, limitées.

Des expériences faiblement structurantes, mais réactivées à l'occasion de l'entrée dans l'APA

L'inscription dans un programme d'APA vient favoriser la réactivation de ces parcours sportifs modestes, ainsi que, probablement, la situation d'entretien. Plusieurs enquêté·es rapportent ainsi avoir « fait une fois le Canigou » ou bien « fait le Mont-Blanc » (et éventuellement, avoir dormi à cette occasion « au refuge du Requin »). Ainsi, Chantal met en avant une expérience de marche autour du Mont-blanc pour démontrer qu'elle était sportive :

Euh... oui, oui. Mais j'veais vous dire c'est que avant d'grossir j'étais... j'étais bien, je marchais bien, puisque à 40 ans j'suis allée au refuge du Requin, sur la paroi du Mont blanc, avec tout un groupe d'adolescents. Voilà, et j'étais... j'étais sportive (rires), bon avant de grossir ! (...) J'ai besoin d'être un peu poussée dans ces trucs-là ! (rires) Euh... pour faire mes activités manuelles j'ai besoin de personne, mais pour l'activité physique j'suis un peu... bon et puis j'suis un peu obèse quoi. (Chantal, 76 ans, ancienne comptable avec un maintien d'activité partiel)

Ces éléments posent ainsi une question méthodologique autour de l'analyse du maintien et de la réactivation des dispositions acquises antérieurement et mises en avant dans de nombreux travaux. L'enquête révèle en effet une tendance à survaloriser certaines expériences plus éparses et ponctuelles et demande ainsi un recul critique sur la manière dont ces expériences ont permis l'acquisition des dispositions pouvant être réactivées par quelques séances d'APA. Cela invite alors à penser des logiques d'appropriation en situation, et possiblement moins marquées par les histoires individuelles sportives des pratiquant·es.

Une référence en miroir au sport de compétition...

L'enquête montre qu'en dépit de leur cadrage médical, les dispositifs d'APA demeurent structurés par la référence au sport de compétition et par les logiques de hiérarchisation qu'il véhicule. Quelques participant·es ont souligné au cours des entretiens que « *On ne se prépare pas aux Jeux olympiques ici !* ». Maria remarque, un an après son premier cours : « *Donc c'est*

d'la gym à mon niveau, mais... ça m'convient tout à fait », rapportant par ailleurs progresser dans tous les domaines : « *j'ai amélioré tous mes points (sic)* ».

De plus, pendant les séances en salle, la « bonne humeur » semble généralement être de règle. À première vue, elle pourrait sembler relativement proche de celle que l'on peut observer dans les cours de fitness (par exemple Louchet, 2023). Fréquemment mentionnée par les participants, elle a également été observée au cours d'une phase d'observation participante de trois mois : les mouvements étaient généralement accompagnés de brefs commentaires approuveurs (« *c'est bien* ») et de rires de l'encadrante, provoquant en retour ceux des participant·es, sans que ces rires soient déclenchés par des plaisanteries. Cette atmosphère semble très éloignée de pratiques distinctives, axées sur le contrôle de soi, telles que le yoga (Garcia et al., 2023). Si, comme mentionné, cette « bonne humeur » se rapproche de l'ambiance de certains cours de sport, elle peut aussi être interprétée comme un mode de résolution de tensions nées de la mise en activité de personnes dont le corps n'est pas conforme aux normes dominantes dans le monde sportif, de jeunesse, de minceur, et de « forme ». Un pratiquant rapporte :

« Il y a des filles mignonnes qui ont de très grosses fesses, mais nous sommes toutes dans le même bateau. Nous avons de belles courbes. Je pense que c'est bien pour elles. Elles ne sont pas dévisagées parce qu'elles sont grosses. Nous ne parlons pas beaucoup, mais il y a une bonne ambiance. Ce n'est pas comme un cours de fitness. C'est différent ici » (Yvon, retraité, a travaillé « dans la géologie », âge NSP).

Cette remarque, comme d'autres recueillies, suggère que la « bonne ambiance » revêt un caractère ambivalent, ou double. Elle semble ne pas tant reposer sur des interactions directes avec les autres participant·es, que sur une forme d'évitement ou de suspension des jugements sociaux ordinaires (corroborant les résultats de Sébastien Haissat et Yves Travaillet [2012] qui notaient que les regards pouvaient déjà être perçus comme des interactions normalisatrices, disqualifiantes et stigmatisantes, par des femmes pratiquant dans des salles de sport traditionnelles).

... Et aux normes corporelles organisant le champ sportif

Cet évitement est sous-tendu par la reconnaissance d'une distance communes aux normes corporelles de jeunesse, et souvent de minceur, qui organisent le champ sportif. C'est le sens de la remarque de Maria (60 ans, ancienne employée) :

Maria Entretien 1 (1 séance d'essai) « j'suis avec dans un groupe où les femmes elles sont comme moi, elles ont du mal à se relever, elles sont... 'fin elles sont essoufflées, 'fin des choses comme ça quoi. (...) J'avais peur de me retrouver avec des fitness... vous savez des femmes super sportives. Dans ma tête c'était ça, j'avais peur de ça (...) j'aurais pas voulu me retrouver dans un truc de fitness euh... et avec des nénètes euh... (rires). J'me... J'me serais pas du tout sentie à l'aise »

Maria Entretien 2 (3 séances) « je me verrais pas dans un club de fitness quoi. (...) Là y'a quelqu'un qui s'occupe de nous, (...) Oui au début euh... les deux premières séances j'avais peur de... par rapport aux autres de pas savoir, de pas être assez dynamique euh... mais finalement, nan, c'est comme les autres. (...) j'me sens bien parce que le groupe y'a des femmes de mon âge, y'a un p'tit peu plus jeunes aussi, et puis un p'tit peu plus vieilles. Mais dans l'ensemble on est pareil quoi ! J'me retrouve avec des gens comme moi, et puis on est toutes pareil, alors des fois on est fatiguées mais (rires) mais on... mais j'ai envie d'aller à chaque fois jusqu'au bout. ».

Maria décrit la « bonne ambiance » à l'aune de cette forme de gémellité avec les autres pratiquantes, ainsi qu'avec l'intervenante, laquelle contribue par ailleurs à instaurer un climat où les efforts sont faits avec entrain, « humour »⁶¹.

Maria Entretien 2 (3 séances) « Q : Et l'ambiance vous trouvez qu'elle est bien ou comment ?

Maria : Eh bah franchement oui on...parce qu'on rit, elle nous fait rire. Euh...elle, 'fin on prend euh...les choses, elle nous fait faire les exercices un peu avec humour, parce que c'est sûr que quand elle dit : vous rentrez le ventre. Bah...vous rentrez les abdos, des choses comme ça. Bon bah...(rires) nous tout de suite : on n'en a pas ! (rires) Bon on rigole euh...elle dit : moi non plus j'en n'ai pas mais ça fait rien, faites quand même ! (rires) Nan mais y'a...c'est vrai que y'a, y'a...y'a du...une bonne ambiance.

Les raisons subjectivement exprimées par les pratiquant·es, au seuil des programmes (« se maintenir », « récupérer » après un accident de santé, retrouver de la mobilité et de la souplesse, mincir), reflètent une croyance commune dans l'autorité médicale élargie à des pratiques récemment intégrées à l'arsenal thérapeutique. En effet, bien plus que la socialisation sportive antérieure, ou même (dans une certaine mesure) les ressources économiques disponibles, la proximité au champ médical semble jouer, comme le montre la surreprésentation des pratiquant·es qui ont occupé une position souvent subordonnée en milieu hospitalier, et de celles et ceux dont un membre de la famille proche est membre des professions médicale. Par ailleurs, de façon logique s'agissant de programmes initialement destinés aux personnes en ALD, les pratiquant·es ont acquis une forme de « capital culturel mobilisable dans le champ médical » (Shim, 2010), qui les prédispose à s'approprier ces biens de santé. La généralisation de ce résultat de l'enquête n'est pas immédiate : on peut supposer qu'il y a des biais de sélection des enquêté·es, dont une partie a été contactée par le biais des encadrant·es des programmes. Néanmoins, le fait que trois des pratiquantes du groupe de marche nordique enquêté par un membre de l'équipe aient également travaillé dans le champ médical (une comme agente de service hospitalier, une comme aide-soignante, et une possiblement comme infirmière) renforce l'intérêt d'explorer cette piste dans le cadre de travaux ultérieurs. On s'attachera dans les pages suivantes au déroulement des programmes. Le cadrage médical, qui apparaissait pour une bonne partie de nos enquêté·es comme un déterminant de l'entrée dans les programmes d'APA sur prescription, apparaît également comme une condition de leur appropriation, au fil des séances.

2.3. Formes de l'appropriation des programmes d'APA

On l'a vu, les formes d'appropriation de la pratique sont en partie déterminées par les dispositions socialement construites des pratiquants. Elles sont également déterminées par

⁶¹ Dans une autre recherche, nous avons retrouvé le même type d'interventions humoristiques ponctuant les enseignements des professeurs. C'est la recherche « Danses à 2 : "Voulez-vous danser avec moi ?" », (financement INJEP, 2023-25) menée par certain·es membres de l'équipe sur la pratiques des danses « sociales ». Ces danses impliquent des publics parfois vieillissants, peu sportifs, peu familiers des ambiances ou codes des cours de sport, et dont les corps ne répondent pas nécessairement aux canons de la beauté ou de la performance physique. L'humour et les boutades semblent, dans certaines danses, constituer une quasi-nécessité pour être perçu·e comme « un·e bon·ne prof ». Il sera intéressant de creuser l'hypothèse selon laquelle l'humour jouerait un rôle clé dans la transmission pédagogique auprès de publics adultes, non captifs et peu habitués à l'effort physique.

les caractéristiques de l'activité (pédagogiques, sportives et sanitaire), ainsi que ses modes d'organisation (la durée du programme et les types de pratiques proposées) et la proximité ou la distance des encadrant·es (selon que la pratique se déroule en intérieur ou en extérieur). Plus généralement, l'engagement dans un programme sur prescription, sous le contrôle d'un professionnel, apparaît comme un indicateur d'une médicalisation diffuse des styles de vie des personnes vieillissantes. Sous ce rapport, l'engagement dans des programmes d'APA relève de, et poursuit les effets de la « police des âges » médicale, avec l'idée d'une pratique « adaptée » et « encadrée ». Une fraction importante des pratiquant·es a déjà pratiqué un ensemble d'AP à des fins de santé, destinées à des publics senior, ou dans le cadre du parcours de soin (yoga senior, associations pour senior, GV, APA à l'hôpital, etc). C'est le cas de Marc à la suite d'une tentative dans un club senior, de Monique qui s'était inscrite à des cours de yoga senior dans un club municipal mais n'a pas adhéré du tout, l'amenant à adhérer au programme d'APA, ou encore de Mme Durand, pour lesquel·les le COVID a marqué un coup d'arrêt comme pour beaucoup d'autres.

« Alors, il se trouve que juste avant le confinement, on s'était inscrit au truc des seniors avec ma femme parce que, justement, ils proposaient ce genre d'activité.

À l'*** ?

Non, à l'Office des seniors.

Ah, d'accord. Je vois. Oui.

Ils ont plein d'activités. Donc, on s'était inscrits et on s'était inscrits donc au Qigong. À part qu'on en a fait deux séances et puis qu'à la suite, on n'a plus pu y aller. » (Marc, 72 ans, ancien intermittent spectacle métier de la technique)

« En février je m'étais foute un coup de pied au cul en me disant c'est pas possible tu attends trop après les autres, donc je m'étais inscrite à un club de gym senior et là je faisais qu'une heure par semaine parce qu'après j'avais les 6 semaines avec les filles » (Mme Durand, 64 ans, ancienne employée dans les services)

« Deux fois par semaine, on y faisait de la gym [dans une association dédiée aux personnes en surpoids] » (Éliette, 68 ans, ancienne infirmière puis autres métiers)

Plusieurs pratiquant·es ont également pratiqué l'APA dans des environnements plus médicalisés. Le programme d'APA en ville peut ainsi prendre la suite du réentraînement à l'effort en milieu hospitalier (SSR), ou bien l'APA peut être débutée en parallèle de la kiné, ou faire partie d'une offre de soins qui combine ces approches de façon relativement indifférenciée, comme l'indique cet extrait d'entretien : « J'ai fait cet hôpital de jour l'année dernière. Et j'avais des cours d'activité physique adaptée. Et j'ai trouvé ça très bien. Parce que je faisais beaucoup de... Je faisais beaucoup de kiné. » (Véronique, 71 ans, secrétaire, puis femme au foyer avec bénévolat associatif). On peut aussi dire un mot ici d'un cas limite d'un pratiquant, Jean, expert de ces formes d'encadrement, qui a passé plus d'un an en fauteuil roulant, et qui compare l'APA à l'hôpital, qu'il déprécie, et l'APA en ville dans la structure commerciale dans laquelle il vient de s'inscrire.

La prescription d'APA peut aussi souvent advenir dans le cadre d'un suivi ETP ou d'une consultation d'une infirmière Asalée. C'est le cas d'une dizaine de pratiquant·es dans notre enquête, dont l'ensemble des usager·ères d'un dispositif particulier étudié dans l'axe 1, ou encore Jacques (79 ans, retraité des transports) qu'on a déjà mentionné, ainsi que Mme Grédy (ancienne aide-soignante à la retraite, âge NSP). Cette dernière est passée par un dispositif spécifique pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, dans lequel elle s'était investie l'année précédente : « j'ai vu sur le journal l'année dernière que les personnes qui avaient eu un cancer elles avaient le droit à de la gymnastique, il y avait le

numéro de téléphone donc j'ai téléphoné et la dame m'a dit oui avec plaisir ». Elle fait un an de pratique et aurait aimé poursuivre, mais les cours n'ont pas repris. Elle sollicite donc à demi-mot une prescription d'AP auprès de son médecin généraliste, qui l'oriente sur un programme encadré par une infirmière Asalée, cette fois en raison de son diabète et du fait qu'elle est en surpoids.

Alors je me suis renseignée dans les alentours pour savoir s'il n'y avait pas des cours de gym, mais je ne suis pas allée et puis c'est tout voilà. Après je suis partie voir mon docteur et j'ai dit et il m'a dit qu'il fallait maigrir et que, alors j'ai dit au docteur je vais prendre rendez-vous avec l'infirmière Asalée alors il a écrit que j'étais diabétique parce que je suis diabétique. Alors j'ai vu l'infirmière alors elle m'a dit bah oui je vais vous donner de la gym [audio incompréhensible] tout le mois de juin je fais de la gym deux fois par semaine. (Mme Grédy)

Le fait que plusieurs pratiquant·es rapportent leur participation à différents programmes « senior », « adaptés », « bien-être », fait ainsi partie d'une médicalisation diffuse des modes de vie, partiellement corrélée aux objectifs de santé publique de « démédicalisation de la vieillesse ».

« On est là pour sa santé »

En entretien, plusieurs pratiquant·es ont remarqué : « *On est là pour sa santé !* ». Si cette remarque visait généralement à insister sur le caractère individuel, et individualisant, de la pratique, elle dénote aussi une forme d'adhésion au cadrage médical de l'APA (plus ou moins fortement investi par les encadrant·es, selon les programmes). Néanmoins, la question se pose du maintien de ce cadrage au cours des programmes, selon leurs caractéristiques et les logiques qui y sont localement valorisées (« auto-surveillance », ou « ambiance », par exemple). La contribution de l'APA à une forme de saisie médicalisée de soi peut se manifester à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, les séances peuvent favoriser une forme d'auto-quantification et d'automesure des pratiquant·es. Les pratiquant·es, notamment dans les programmes les plus normés, tendent à surveiller leurs progrès, leur assiduité ou leur capacité à tenir les exercices (qu'il s'agisse d'arriver au bout de la série, de diminuer les temps de pause entre chaque série, ou de faire des exercices supplémentaires), intégrant ainsi des logiques de contrôle proches de celles de la santé publique. Cette dynamique varie toutefois selon le lieu et le type de la pratique.

Outre cette saisie de soi quantifiée, certain·es pratiquant·es ont rapporté des modalités d'auto-contrôle qu'on pourrait dire plus « incorporées », ou « intériorisées », probablement favorisées par l'absence de miroir dans les salles observées. C'est notamment le cas de pratiquantes qui saisissent leurs « progrès » au travers de leur respiration :

« Ah bah moi je trouve que ça me rend très bien au niveau de la respiration, quand je fais la gym je suis moins, enfin de toute façon c'est mon corps, quand je suis contrariée je suis beaucoup essoufflée et avec la gym je suis moins essoufflée ça me détend ça me fait du bien dans tout mon corps, je le reconnaît voilà » (Mme Grédy, ancienne aide-soignante à la retraite, âge NSP)

« Ben, moi, c'était surtout parce que je me sentais beaucoup essoufflée, quoi. Au moindre truc, je suis essoufflée, mais j'ai quand même... Bon, je suis encore essoufflée, mais je... Il y a des choses que j'ai... J'ai appris, en fait. Je respire pas forcément

comme il faut tout le temps, mais je sais comment faut faire » (Tessa, 68 ans, ancienne aide-soignante)

Dire être là « pour sa santé » c'est aussi - de façon apparemment paradoxale - signifier que malgré le cadrage médical, la mise à distance voire le déni de la maladie sont possibles. Le refus de se confronter directement aux signes visibles de la maladie, chez soi comme chez les autres, peut ainsi motiver des réorientations dans les parcours dans l'APA. Revenant sur les séances de sport adapté proposé par une association de lutte contre le cancer, qu'elle a arrêtées car les autres personnes avaient les signes de la maladie, une pratiquante engagée dans un programme d'APA en ville, proposé par une salle de sport commerciale, dit : « *Enfin voilà et bah je voulais être avec des bien-portants. Je voulais pas être avec des gens qui n'avaient plus de cheveux, qui... voilà. Ça, c'est très personnel. C'est... c'est égoïste sûrement. Je pouvais pas. Donc voilà. Voilà un petit peu comment je suis arrivée à [ce programme passerelle].* »

Dans le groupe de marche nordique suivi pendant deux ans par un des membres du collectif, certains écarts à la norme de santé, comme une boiterie ou des douleurs invalidantes, font d'ailleurs l'objet de stratégies de dissimulation partielle ou sont à tout le moins passés sous silence. L'observateur remarque ainsi que les « bavardages » d'une pratiquante lors des marches, qu'il avait pu observer au fil des séances, lui permettaient de justifier d'un rythme de marche moins rapide que d'autres pratiquantes sans avoir à en expliciter la cause.

Enfin, un enjeu fort réside dans la manière dont les participant·es gèrent la question de la maladie dans les interactions. Se plaindre est souvent mal vu, tout comme celles et ceux qui le font. Plusieurs pratiquantes remarquent :

« Et vous discutez de quoi, par exemple, quand vous êtes ensemble ?

On discute de la vie et du beau temps.

Est-ce que vous parlez de vos problèmes de santé, par exemple ?

Non, pour l'instant, non. Non, je crois qu'on n'a pas très envie quand on a...

Parce que moi, j'ai eu un AVC, mais j'ai eu un cancer aussi. Donc, on est... On évite de parler de nos problèmes de santé. Et ce qui est important, c'est d'avoir... D'aller au-delà, d'avoir... D'être positif dans tout ce qu'on fait. »

(Véronique, 71 ans, secrétaire puis femme au foyer avec bénévolat associatif)

« Je sais pas ce que les autres dames elles ont, euh je sais que y'a des femmes qui... après cancer. Euh je sais que y'en a mais je saurais pas lesquelles. Euh... de ce côté [l'EAPA] est... C'est la discréction quoi, elle euh... Elle dit pas euh... fin on sait pas qui a... qui a quoi » (Maria, 60 ans, ancienne employée)

Dans ces programmes généralement dispensés « en ville », la maladie apparaît comme un sujet rarement abordé de façon directe, ou dans des circonstances particulières ; la bonne humeur et l'humour sont valorisés, cependant que les références au cadre médical sont évitées autant que possible.

Comment les pratiquant·es parlent et s'approprient le programme de travail

La pratique de l'APA est ainsi enserrée dans des logiques à la fois sportives, de santé, et pédagogico-ludiques, qui sont plus ou moins saillantes suivant les dispositifs et les encadrant·es. Les formes du contrôle exercé par les encadrant·es varient selon la pratique : beaucoup plus proche dans les pratiques de renforcement musculaire, il est plus distant pour les pratiques en plein air comme la marche nordique. Ce contrôle est généralement

perçu positivement par les pratiquantes, qui opposent régulièrement les séances de kinésithérapie où elles sont « *laissées seules avec les machines* », à la présence rapprochée des encadrants et à la correction des mouvements qu'ils font, même si une partie d'entre elles disent qu'elles auraient souhaité un environnement « *plus médicalisé* ». Une pratiquante souligne : « *Il prenait pas plus [que 10 personnes] parce qu'après pour surveiller tout l'monde c'est pas évident. Alors il préfère qu'il y'en ait moins et... pouvoir surveiller tout l'monde.* » (Annie, 72 ans, ancienne ouvrière). Une autre pratiquante rapporte : « *Le but c'est d'augmenter de... de progresser quoi. Donc, à chaque fois, [l'encadrante] vérifie le temps qu'on y est allé, les kilomètres qu'on a fait et à quelle vitesse on a marché.* » (Gertrude, agricultrice retraitée, 61 ans). Par différence avec les programmes de minceur étudiés par Muriel Darmon (2010), le contrôle exercé par l'animateur ne s'étend pas à la totalité de la semaine : alors que la conversion des quantités et des qualités d'aliments ingérés à chaque repas de la semaine en « points » permet cette extension, l'autocontrôle des pratiquantes se limite généralement au fait de s'inscrire d'une fois sur l'autre pour la séance suivante, ou de s'excuser en cas d'absence (les motifs admis étant les visites chez le médecin, ou la garde des petits-enfants). Rares sont les pratiquant·es qui demandent à l'encadrante des mouvements qu'elles pourraient reproduire seules pendant la semaine, hormis parmi celles et ceux qui ont eu un accident de santé. Une des questions de recherche était de savoir ce que les pratiquant·es retenaient de l'APA et la manière dont ils la décrivaient, aussi en fonction du mode d'encadrement.

Maintenir ses capacités physiques... et mentales, et « vivre avec » ses limitations : logiques d'ajustement à l'avancée en âge

Le maintien des capacités est bien sûr un élément essentiel du programme, notamment la souplesse et la tonicité.

« Et vous faites toujours les mêmes types d'exercices ?

Quelquefois on change, avec Aurore, c'est le ballon - elle nous fait passer le ballon derrière le cou, autour du ventre, après avec le ballon on doit faire le tour de la jambe jusqu'à la pointe des pieds » (Mme Grédy, ancienne aide-soignante à la retraite, âge NSP)

« Parce que, d'un côté, c'est pas au-dessus de nos moyens, ils font bien attention à nous, et donc, si vous voulez, les exercices d'assouplissement et tout ce qu'on nous fait faire, je trouve que c'est très bien. » (Couple de A-Ville d'Occitanie, 85 et 88 ans, F ancienne agricultrice aidée de son mari)

Les objectifs des séances vont au-delà de l'entretien physique. Pour beaucoup, il s'agit de ne pas « se dégrader », de freiner certaines pertes liées à l'âge (notamment la mémoire, l'attention), et de gérer les effets des pathologies, qu'il s'agisse de douleurs ou de maladies chroniques. Une pratiquante indique ainsi :

En fait, ils nous travaillent autant le corps, d'après moi, mais peut-être que je me trompe, ils travaillent autant le corps que la mémoire. Parce que quand vous faites un enchaînement, là, vous avez des enchaînements, par exemple, avec des cerceaux au sol. Alors, une fois, vous faites un peu comme la marelle, vous faites à pieds joints, après, il faut faire entre les plots des pas chassés, et après, par exemple, marcher à un pied, hein, d'accord ? L'animatrice, elle nous le montre, et après, c'est à nous de le refaire, là, que le... Donc, ça vous oblige à réfléchir en même temps. (Mme Alonso, 68 ans, ancienne comptable)

L'observation de certaines activités, comme des jeux « d'APA-échecs » intégrés à certains programmes (mémorisation des pièces, stratégies des joueuses), renforce cette idée d'un travail cognitif et corporel combiné.

Un apprentissage implicite de l'APA pour les pratiquant·es est aussi d'apprendre à distinguer la part modifiable et celle non modifiable de leurs limitations. Il s'agit « d'apprendre à faire avec », notamment dans le cas des pathologies dégénératives. Un pratiquant d'un peu moins de 60 ans, ancien sportif, espère ainsi, non pas gagner, mais obtenir un « match nul » avec la sclérose en plaques. Pour les personnes plus âgées également, l'enjeu est de maintenir une forme de vitalité malgré les douleurs :

Oui, malgré que j'ai des difficultés avec le dos, j'y vais quand même. Et c'est des mouvements que je peux me permettre de faire, et ça me tient, quoi. Ça me maintient en forme, alors j'essaie de... Oui, oui, à m'y tenir, quoi. (Couple de A-Ville d'Occitanie, 85 et 88 ans)

Les pratiquant·es développent ainsi des stratégies proches de « maintien de soi » (physique et cognitif), en fonction de leurs ressources et de leur rapport au vieillissement.

Parler des séances : des répertoires techniques aux schèmes incorporés

Le déroulé des séances est structuré autour de gestes quantifiés et répétitifs, qui peuvent revenir dans des ordres différents selon les jours.

Écoutez, les séances durent une heure. Donc on fait des mouvements qui sont variés. On fait pas toujours les mêmes. Enfin à la longue il y en a quelques-uns qui reviennent, mais dans l'ensemble c'est... c'est souvent différent. Et puis l'ambiance est bien. Ils sont sympas. Ils sont bien gentils. Les dames qui sont avec nous, c'est pareil. Elles sont bien sympas. Ça se passe bien. Tout va bien. (Annie, 72 ans, ancienne ouvrière)

C'est peut-être ici qu'on voit le plus les effets de la socialisation sportive antérieure des pratiquant·es. Celle-ci est en effet reflétée par le langage utilisé par les participant·es pour décrire les séances. Alors que certain·es mobilisent un vocabulaire technique, d'autres décrivent plutôt « l'impression générale » qu'iels en retirent. Danielle, par exemple, dresse une description assez précise, et indique reproduire sans trop de problème les éléments demandés :

« Oui. Et à chaque fois du coup, comment ça se déroule, enfin j'imagine, échauffement... ?

Alors on a à peu près un quart d'heure d'échauffement. On a une demi-heure, souvent... on alterne le cardio et le... là on a beaucoup travaillé lundi matin, on a fait surtout le haut du corps. Ah si et l'équilibre. Ça, moi qui ai des problèmes d'équilibre... On a travaillé l'équilibre. Ça a été. Et on fait beaucoup de cardio. Et après on a dix minutes à peu près de... de... on se... on se détend. Bon. On reprend le rythme. » (Danielle, , 72 ans, ancienne institutrice, qui a eu une longue socialisation sportive)

Ce vocabulaire contraste avec celui d'autres pratiquantes qui n'ont pas ou peu pratiqué d'activité physique auparavant, comme par exemple Mme Krock qui, en réponse au chercheur qui lui demande de décrire une séance, répond :

« Q.- Et est-ce que vous pouvez me raconter comment se passe une séance ?

R.- Déjà j'y vais avec plaisir et il y a une bonne ambiance, on fait ce que l'on peut et pour moi c'est l'idéal, je ne veux pas qu'on me force à faire quelque chose et d'aller au-delà de mes possibilités et [les encadrantes] nous disent de faire ce que l'on peut et ça

ne me fait pas de mal du tout, pas du tout » (Mme Krock, anciennement ouvrière puis agente de service et entretien, âge NSP, pas de socialisation sportive antérieure)

La transmission des contenus se fait à la fois de manière explicite (par la parole de l'encadrant·e) et implicite (par imitation corporelle). Si la pédagogie explicite favorise la compréhension abstraite des objectifs de la pratique, la socialisation sportive antérieure joue sur la rapidité d'incorporation de ces séquences de mouvement par les pratiquant·es. Ainsi une institutrice retraitée, non sportive, explicite-t-elle les finalités de chacun de ces séquences lors d'un entretien qui a lieu à l'issue de sa 4e séance, tout en reproduisant les mouvements de manière « imparfaite » (soit qu'ils ne soient pas complètement exécutés, soit qu'ils ne soient pas coordonnées). Comme pour d'autres apprentissages « par corps », c'est la répétition de ces séquences de mouvements qui permet leur ancrage dans les schémas corporels des pratiquant·es, notamment pour celles et ceux qui sont les plus éloigné·es de cette forme de pratique.

Enfin, certains programmes intègrent également des séances d'essais d'autres activités sportives, outre le renforcement musculaire. Celles-ci, souvent inconnues des pratiquantes, favorisent la cohésion du groupe (« souder le groupe »). C'est le cas, par exemple, du rugby santé. Néanmoins, ces systèmes d'incitation, conçus pour encourager les gens à poursuivre une activité physique au-delà du programme, ont une vérité double : s'ils favorisent « la mise en activité » des participant·es, ces dernie·ères sont peu susceptibles de poursuivre l'activité au-delà de ces séances d'essai (qui, par un double mouvement, montrent aussi la distance des participant·es des programmes à ces pratiques sportivement « légitimes »).

Progresser dans les séances, l'auto-objectivation en miroir des autres pratiquant·es

Les entretiens comme le travail d'observation ethnographique permettent de mettre en évidence les tensions entre le caractère central du groupe et les effets poursuivis d'une mesure individuelle de son état de santé.

L'auto-évaluation des progrès faits au cours des séances mêle un travail d'observation de soi et des autres pratiquant·es. De fait, les enquêté·es, hommes comme femmes, parlent fréquemment de leur progression par relation avec celle des autres, de manière explicite. A la fin de sa première séance, l'enquêteur qui observe les séances de marche nordique note : « *Chacun s'observe sur qui descend le plus bas ou pas, qui arrive à appliquer les consignes à la lettre ou bien se trompe... je me suis moi-même (involontairement) trompé de côté pour me pencher... les regards [de l'EAPA] et des autres m'ont indiqué mon erreur de suite.* »

Quelques semaines plus tard, des marcheuses plus rapides que les autres, et qui quantifient régulièrement en fin de séance le nombre de pas qu'elles ont fait depuis le début de la matinée, plaisantent d'un autre marcheur : « *il croyait qu'on marchait comme des crapauds ! [sous-entendu, pas vite]* ».

Dans les entretiens, les témoignages qui suivent les premières séances donnent souvent lieu à des évaluations globales et des commentaires généralisants, par exemple sur un autre pratiquant jugé « *particulièrement pas en forme* ». Ces évaluations s'affinent par la suite, à mesure des séances, et sans qu'elles soient nécessairement associées aux pathologies des autres pratiquants que les enquêtés ne connaissent pas toujours (« *Untel a plus de mal avec le haut du corps, j'ai plus de mal avec l'équilibre* »).

Sous ce rapport, les pratiquantes apparaissent avoir une mesure plus fine de ces « petites différences », là où les pratiquants sont plus disposés à évaluer les performances des autres participant·es d'une façon globale. Cette différenciation se fait aussi entre les groupes, ceux

du matin ou de l'après-midi, « *du lundi* » ou « *du jeudi* », ainsi dans d'autres groupes « *les pratiquants travaille [raie] nt moins et [seraient] plus là pour bavarder* » (cette mesure peut provenir d'une fréquentation ponctuelle d'un autre créneau par exemple). L'auto-évaluation des performances (« *[avec Yves] on travaillait pas beaucoup* », « *j'ai bien travaillé* », ou « *je forçais pas trop* ») continue donc de refléter au moins en partie la dynamique des groupes et des relations entre les participant·es.

L'attitude des hommes dans des programmes majoritairement féminins

On a évoqué cela implicitement au-dessus : les modes d'investissement des pratiquant·es dans le groupe apparaissent fortement liés au genre. Les pratiquants apparaissent plus disposés à se tenir à distance de ces groupes très majoritairement féminins, maintenant ainsi leur statut (« *oh, je discute pas trop* » — Jean, 61 ans, ancien ouvrier devenu patron d'une PME, divorcé, 3 enfants, et « *Ah non moi non je ne suis pas trop lié* » après 20 séances, puis à la fin du programme : « *Je ne sais pas pour l'instant parce qu'il y a des gens qui parlent trop, le courant est passé de suite avec certaines personnes, mais bon voilà, mais il y a d'autres gens qui sont jaloux comme on dit, voilà c'est l'effet de groupe et moi ça ne m'a pas fait du bien ce genre d'ambiance* » : Mr Connac, ancien garagiste, veuf, âge NSP). Même, un enquêté rapporte être parti après la première séance, car le groupe lui paraissait trop distant socialement (il parlera d'un public de « *cassoc'* ») : « *Je me sentais pas bien, je me sentais très diminué, je me sentais vraiment dans un cours pour handicapés, pour personnes en détresse, voilà quoi. Mis au ban de la société* ». (François, 60 ans env., ex-attaché ministériel, célibataire, sans enfant).

Une pratiquante confirme : « *Il y a des messieurs, des hommes, les hommes ça discute pas. (...) [Alors] qu'avec une femme on arrive toujours à trouver à soutenir une conversation quoi.* » (Freda, ancienne aide-soignante, 69 ans, célibataire, 1 fille). Par contraste, plusieurs enquêtées mettent en avant le caractère soutenant des collectifs, dans la mesure où les autres y apparaissent comme « *proches de soi* », sous les rapports de l'âge et de l'apparence : elles sont « *rassurées* » par les photos de « *femmes comme [elles]* », c'est-à-dire « *âgées* » et « *en surpoids* » (Danielle, institutrice retraitée, 68 ans, mariée, 2 enfants, aidante de son conjoint), ou par une première séance « *avec des femmes qui ont des problèmes comme [elles]* » (Maria, 60 ans, employée de bureau retraitée, divorcée et remariée, 2 enfants).

Néanmoins lorsque cela ne les conduit pas à un exit brutal comme François, la distinction apparaît moins marquée pour les pratiquants favorisés, et qui ont eu une longue socialisation médicale professionnelle, comme Alain (ancien directeur de centre de rééducation, 79 ans) :

Et que ce soit le renforcement musculaire ou le tennis de table, vous en attendez quoi, alors ?

Mais ça part du plaisir. J'en attends une forme éclatante. (...) Pour pouvoir, voilà, parce que, mine de rien, le diabète, de temps en temps, je passe d'un autre, quand je suis un peu en hyperglycémie, je passe d'un autre jour où je suis fatigué, où j'ai pas envie, où je suis pas motivé, alors que là, le fait d'avoir des repères dans le temps, maintenant, dans ma tête, c'est ça, jeudi matin, tennis de table, jeudi après-midi. Donc, renforcement musculaire, et ce que j'en attends, c'est du plaisir aussi, hein, c'est... Alors, du plaisir, et puis, je pourrais rajouter que j'en attends quelque part comme un lien social, c'est-à-dire que je pense que je vais rencontrer des gens qui ont

des pathologies pas forcément les mêmes que la mienne, mais bon, et avec lesquelles on va pouvoir un petit peu échanger, discuter.

Étude de cas : un groupe de marche nordique, une pratique à distance des logiques sportives et sanitaires ?

Quelles sont les conditions nécessaires à la formation d'un collectif dans une pratique qui, d'une part, encourage une approche individuelle centrée sur soi-même et, d'autre part, tend à limiter les interactions entre les participants, tout en valorisant un climat de « bonne humeur » ? Dans quelle mesure un cours peut-il évoluer d'un simple agrégat de pratiquant·es, à un collectif capable au moins en partie de produire ses propres régulations ? Quels effets cette dynamique a-t-elle sur le cadrage médical (ou autre) de la pratique ? En particulier, comment contribue-t-elle à transformer l'économie des pratiques de santé, lorsque les normes médicales ne sont plus seulement rappelées de l'extérieur, mais intégrées de manière diffuse par un effet d'auto-contrainte exercé par le groupe lui-même ? L'observation ethnographique d'un groupe de marche nordique, pendant une année scolaire, permet de montrer en quoi la pratique en groupe peut constituer un espace d'aménagement des normes médicales et sportives qui organisent l'activité, en relation avec l'habitus de classe et de sexe des pratiquant·es qui se l'approprient.

La répétition des séances de marche au cours de l'année engendre progressivement la formation d'un collectif (avec ses rituels d'autocélébration, d'autorenforcement, etc.). La pratique devient ainsi un lieu d'interpénétration des sphères « publiques » et « privées », ou pour le dire autrement, elle est une « scène » en soi, autant qu'une « coulisse » de la scène familiale. Le groupe fonctionne comme un espace de mise en discussion collective d'un ensemble de normes, partiellement contradictoires entre elles, qui sont à la fois affirmées, discutées et aménagées, relevant donc de la sphère familiale (relations avec le conjoint, avec les descendants, enfants et petits-enfants jugé·es « trop gâté·es »), de celle amicale, des goûts (notamment en matière de décoration), du jardinage, des petites maladies « de saison », des deuils traversés et des décès dans l'entourage (notamment de médecins), etc. Au-delà des discussions, l'entre-soi garantit une compréhension des implicites, et des signes exhibés par les membres du groupe.

De même, le groupe de randonnée fonctionne comme un espace d'explicitation des effets de l'avancée en âge, où les transformations du corps vieillissant – généralement passées sous silence – peuvent se dire collectivement : « *tout change, même les pieds, des fois on a les doigts de pied tout crochus. [Moi, je vais chez la pédicure deux fois par an. C'est dangereux d'essayer de se couper les ongles de pieds tout seul, on peut se blesser !]* » (carnet B, Sylvette, 71 ans, séance 14, janvier 2022). Corrélativement, les discussions sont l'occasion d'une réaffirmation des normes de genre et des « limites » de ce qui est admissible à mesure de l'avancée en âge. Une pratiquante raille « *les comportements outranciers inconvenants : montrer sa poitrine en public, porter des jupes courtes... surtout après un certain âge* ». La prééminence de ces discussions amène l'observateur à qualifier les séances de « *marches parlées* », dont on va maintenant essayer de préciser les logiques et fonctions.

Les thèmes et le contenu des discussions reflètent la position sociale des pratiquantes, majoritairement issues des fractions stables des classes populaires (Arborio et Lechien, 2019), et donc, discutant dans un relatif entre-soi : « présenter bien », « bien tenir » sa maisonnée, « se montrer active », s'affirmer comme « bon·ne vivant·e », « avoir de l'appétit » y compris sexuel. À ce propos, on peut voir les différences avec la « quête de

respectabilité » des jeunes femmes de milieu populaire interrogées par Beverley Skeggs (2015), qui mettent plutôt à distance la sexualité. Outre la stabilité sociale possiblement un peu plus importante des nos enquêtées par rapport à celles de Skeggs, on peut y voir les effets de l'époque (les travaux de Skeggs quoique toujours explicatifs de processus encore à l'œuvre, ont désormais 30 ans d'écart avec notre enquête), mais aussi de l'âge des enquêtées. Au travers de nos deux terrains, on peut ainsi repérer combien il est plus facile de défendre une vie sexuellement active à 65 ou 70 ans sans risquer de passer pour une femme vulgaire, facile, etc. – si toutefois la personne le fait dans le respect des normes associées à son âge (dans un cadre conjugal et sans chercher à ressembler à une jeune femme sur le plan de l'apparence). Ce maintien de la sexualité devient au contraire une marque potentielle de respectabilité, ou en tout cas de santé. Ce qui gêne et peut être mal vu à 20 ou 25 ans devient une qualité à 60 ou 70 ans : on voit ici à l'œuvre une recomposition des rapports au corps et à la sexualité chez les femmes et de leurs représentations liés à l'âge et à la vieillesse.

Il faut souligner en tout cas que le groupe de randonnée constitue visiblement un espace où, comme dans les autres sphères, il faut « se rendre présentable » en dépit de l'effort physique : les pratiquantes arrivent toujours dans des tenues très propres, peut-être neuves, et elles sont « brushées », conformément à « l'*ethos* de l'effort et du dépassement physique forgeant des corps endurants » conjoint d'un travail sur l'apparence visant à « masquer les effets de la pénibilité du travail » entrepris précocement par les femmes issues des classes populaires, et analysé par Sophie Denave et Fanny Renard dans leur travail sur les « corps en apprentissage » (2019).

L'APA fonctionne ici comme un espace de mise en discussion permettant l'appropriation collective et l'aménagement des normes médicales/hygienistes dominantes, liées à la nutrition, à la consommation d'alcool, aux pratiques de soin, reflétant l'attention accrue aux « questions de santé, [au fait de] rendre la médecine et le médecin plus familiers » des femmes des fractions établies des milieux populaires (Arborio et Lechien, 2019). Les considérations sur l'alimentation, les aliments « autorisés » et « interdits », tiennent aussi une place importante dans les conversations, amenant l'encadrante à inciter les pratiquantes (qui sont toutes en surpoids) à s'auto-contrôler, lorsqu'elle remarque sur un mode humoristique « *qu'on parle souvent d'alimentation dans ce groupe de marche nordique et que cela [lui] donne faim à chaque fois* ».

Le processus d'appropriation des normes sanitaires dominantes, distinctives, apparaît partiellement contradictoire avec celui des savoir-faire et techniques sportifs. Tout d'abord, le groupe se construit en partie à distance de l'encadrante, ce qui est favorisé par le type de pratique : dès les vacances de la Toussaint, une partie des pratiquantes se retrouve entre elles pour faire une séance de marche, en dépit de son absence. Le travail d'enquête montre une faible appropriation de ces savoir-faire et techniques sportifs, ainsi que des « signes » de la sportivité, sur la durée du travail d'enquête ethnographique : les pratiquantes n'acquièrent pas les chaussures adéquates pour l'activité pratiquée – une seule participante a une paire de chaussures de randonnée, certaines autres ayant des chaussures de running neuves, certaines enfin n'ayant pas de chaussures prévues pour marcher –, non plus que les bâtons recommandés. Une partie du groupe cesse d'ailleurs rapidement d'utiliser ceux proposés par l'encadrante, et ne participe pas ou peu aux étirements de fin de séance – d'autant que l'encadrante elle-même cesse progressivement de les inviter à y participer, puis en fait l'économie pour pouvoir, semble-t-il à l'enquêteur, partir plus rapidement en fin de séance. Ces résistances à « l'investissement » dans la pratique sportive, entendue comme

l'appropriation de savoir-faire techniques et d'équipements spécialisés, n'empêchent d'ailleurs pas des progrès collectifs sur le rythme de la marche au fil des séances. Les tensions structurant cet espace, entre les logiques sportives, médicales et ludiques, et entre les normes dominantes hygiénistes et l'ethos des pratiquant·es qui sont majoritairement recruté·es dans les fractions établies des classes populaires, mettent ainsi en question les modalités de l'appropriation de cette pratique. L'incorporation de savoir et de savoir-faire spécifiques à la pratique se trouve limitée, soit du fait des techniques pédagogiques, soit du fait d'un refus d'investir dans la pratique (ainsi dans ce groupe de marche nordique, où les pratiquant·es n'acquièrent pas les équipement jugés nécessaires) — ce qui n'empêche que la marche devient effectivement de plus en plus rapide. Comme le remarque une pratiquante, à propos d'un nouvel arrivant d'un autre créneau de marche : « *il croyait qu'on marchait comme des crapauds !* » — sous-entendu, pas vite. L'observation met en évidence une encapacitation, façonnée au sein du groupe, produite par les mises en discussion répétées des pratiquant·es et par les progrès physiques des unes et des autres ? Néanmoins les possibilités de valorisation de ces ressources nouvelles dans d'autres espaces demeurent prises dans des rapports sociaux inégalitaires, sans qu'elles puissent contribuer à redéfinir ces rapports sociaux (ni d'ailleurs, qu'elles cherchent à les redéfinir). Enfin, on peut constater que c'est par la mise à distance du cadre de la pratique, dans sa composante sportive, et dans une certaine mesure des savoirs et savoir-faire de l'éducatrice sportive (contrastant avec l'omniprésence des encadrants, dans le cadre des séances en salle), que les objectifs de retour à la pratique de cette politique publique trouvent contre-intuitivement une réalisation aboutie.

Ce qui se joue ici, c'est enfin la question du rapport au statut de malade, et des stratégies subjectives que les individus mobilisent pour (ne pas) s'y reconnaître, et se montrer (ou non) comme tel·le. Certaines personnes développent en effet des manières d'être ou de se raconter, qui leur permettent d'éviter de se définir comme malades, même lorsqu'elles présentent des troubles ou des limitations physiques (c'est un processus qu'un certain nombre des membres de l'équipe avaient déjà étudié dans des recherches passées, par ex. concernant les personnes vivant avec le VIH, ou d'une association de personnes malades chroniques⁶²). C'est particulièrement visible dans le groupe de marche observé : les participant·es ont tendance à adopter ces stratégies d'évitement, en s'inscrivant dans une logique de bien-être ou d'activité collective plutôt que dans une perspective thérapeutique ou médicalisée. Parallèlement, les échanges entre pratiquantes portent souvent sur des aspects du quotidien, par exemple la gestion du potager — révélant un registre de sociabilité ordinaire qui dépasse largement le cadre d'une prise en charge des pathologies — mais aussi parfois sur les problématiques de santé, notamment de leur entourage.

Dans ce contexte, on peut considérer qu'il y a ici une *démédicalisation* de l'APA : elle est perçue avant tout comme une occasion de marcher ensemble, de se retrouver, et non comme un soin prescrit ou encadré par une autorité médicale. Ce glissement s'explique aussi par le cadre institutionnel précis de cette activité : elle est animée par une éducatrice sportive formée à l'APA, mais rattachée à un projet de Maison Sport Santé (MSS) éloigné des réseaux médicaux traditionnels au moment de l'observation.

Ce type d'organisation favorise l'émergence d'une sociabilité propre au groupe, dans laquelle les interactions reposent davantage sur des affinités dispositionnelles, des pratiques partagées et des solidarités locales que sur des assignations médicales. Elle favorise même,

⁶² Notamment Ferez et Thomas, 2012 ; Ferez, Duval-Marin, Thomas, Héas et Fougeyrollas, 2014 ; Duval-Marin, Ferez, Thomas et Schuft, 2016 ; Schuft, Duval-Marin, Thomas, & Ferez, 2018)

semble-t-il, la formation d'un collectif que les pratiquant·es défendent en excluant interactionnellement les personnes (surtout les hommes) dont elles estiment qu'iels n'appartiennent pas au groupe. Cela soulève la question du rapport entre formes de sociabilité : dans quelle mesure ces interactions s'articulent-elles ou se distinguent-elles des formes de sociabilité dites « réelles » dans les villages environnants ? Le groupe devient-il un espace de reconfiguration de ces relations locales ou simplement une extension de celles-ci dans un autre cadre ? Ces questionnements mériteraient d'être explorés par le biais d'une recherche ethnographique spécifique. Néanmoins deux éléments vont dans le sens d'une pratique qui permettrait de tenir à distance les hiérarchies locales, et possiblement, d'en aménager les effets oppressifs. Ainsi, la « leadeuse » du groupe de marche se fait « toute petite » dans la sociabilité ordinaire. De plus, certains participantes parcourrent de longues distances pour participer aux séances de marche. Ce qui a d'abord été interprété comme un comportement "anti-économique", lié à une réticence à s'investir dans cette activité physique gratuite (ainsi que le refus d'acheter des chaussures adaptées, d'utiliser des bâtons de marche ou de s'étirer à la fin de la séance), s'est avéré être plus étroitement lié aux fonctions que ce groupe remplissait pour ses membres. On peut poser l'hypothèse que l'engagement durable dans le groupe est une manière de gérer les tensions dans d'autres domaines de la vie des pratiquant·es, une forme de "méconnaissance commune" (Bourdieu, 1997) des relations de pouvoir dans lesquelles iels sont pris, et dans lesquelles iels peuvent exprimer les manifestations du vieillissement, les plisanteries sexuelles rituelles, ou l'agacement vis-à-vis de leur famille.

Le maintien dans les programmes, un reflet des inégalités de santé

Au terme des programmes, qu'en est-il des pratiquant·es, quelles modifications éventuelles de leur style de vie ont-iels rapporté ? Si une partie d'entre elles et eux « décrochent » avant la fin de programmes, souvent en lien avec leur état de santé (soit du fait d'une chute, d'un effet de « surentraînement » de type épine calcanéenne, ou d'une opération, programmée ou non), la majorité des pratiquant·es pour lesquels un entretien a pu être mené à l'issue du programme l'ont poursuivi jusqu'à la dernière séance. Des pratiquant·es proches de la retraite ont rapporté une amélioration de leur état de santé, leur permettant de poursuivre leur activité, comme Gertrude (61 ans, ancienne agricultrice) dont la consolidation, validée par la médecine du travail, lui permet de conserver la garde des enfants qu'elle accueille. Un autre pratiquant rapporte :

J'en ai fait quand même par semaine deux fois à peu près ou trois fois je ne sais plus, bon voilà je me sens bien, j'ai refait mon bilan santé.

Et alors ?

Et alors, incroyable, incroyable, incroyable et on m'a même fait venir à la médecine du travail et je suis remonté avec le cœur de 85 % voilà je me sens bien.

Et justement vous me parlez du bilan, est ce que vous avez vu des effets, des progressions entre justement la première séance et la dernière ?

Oh oui oui oui oui j'ai vu drôlement de changements, oui sur le papier là, j'ai vu des améliorations incroyables et la cardiologue était stupéfaite (...).

Et le fait de pratiquer de l'activité physique adaptée comme de la gym qu'est ce ça a changé concrètement pour vous dans votre quotidien ? Est-ce que vous avez de nouvelles habitudes ?

Euh, non pas précisément, non, mais ça m'a physiquement ça m'a amélioré drôlement, je fais les choses que je ne faisais pas avant et voilà.

Et au niveau de vos habitudes alimentaires ?

Ah non non (M. Connac 3, ancien garagiste, âge NSP)

Une partie des pratiquant·es poursuit ou cherche à poursuivre l'activité, dans le même programme lorsque cela est possible. Ainsi, Jean-Marc, un pratiquant choisi par la coordination d'une CPTS pour parler de la PAP devant un public de soignant·es (cadre de l'éducation nationale à la retraite) parle ainsi de « *redoubler – pour [s]on grand plaisir –* » pour une nouvelle session d'atelier passerelle ou service approchant. Pour Jean-Marc, il s'agit même d'une « *passerelle d'atelier passerelle* ». Il désigne ainsi un parcours mis en place par la CPTS, en lien avec la maison sport santé départementale, qui vise à permettre un détachement plus progressif, et plus abouti, du système « *passerelle* ». Dans le même département, quelques années plus tôt, un groupe de pratiquantes que nous avions rencontrées s'était mis à la recherche d'un·e autre professionnel·le de l'APA susceptible d'encadrer leur groupe, comme elles ne pouvaient pas poursuivre dans le même cadre. Emmené par la femme la plus favorisée socialement du groupe, le groupe n'incluait pas la dernière pratiquante de l'atelier passerelle, moins assidue, et d'origine immigrée. Au moment des entretiens rétrospectifs, leur recherche n'avait pas encore aboutie, notamment parce que le tarif d'intervention d'une EAPA sans aucune aide semblait un peu trop élevé pour que toutes s'engagent. Enfin, quelques pratiquants, plutôt des hommes, socialement favorisés, ont poursuivi dans d'autres cadres jugés plus conformes à leurs attentes : soit par des cours individuels d'APA à domicile, soit dans des salles privées, encadrés par des kinésithérapeutes.

Quid des objectifs de santé publique de remettre des personnes en activité ?

On l'a vu dans les pages qui précèdent, les pratiquant·es qui entrent dans les programmes sur prescription **le font plutôt en lien avec le cadrage médical de la pratique, et généralement sans qu'ils aient eu une longue socialisation sportive**. Une partie importante d'entre elles et eux ont d'autres pratiques de soins physiques (notamment, de la kinésithérapie), et certain·es ont pratiqué, ou pratiquent à l'issue des programmes, des activités dans des programmes « seniors ». L'inscription dans les programmes d'APA semble ainsi signaler **une médicalisation diffuse des styles de vie**, et notamment des pratiques qui n'étaient naguère pas contrôlées (quoiqu'indirectement) par les professionnel·les de santé. On a également vu qu'une partie des pratiquant·es vieillissant·es s'engageaient dans la pratique avec **d'autres objectifs**, souvent en lien avec les **aménagements rendus nécessaires par le passage à la retraite**, souhaité ou contraint : de sociabilité, de reprise du travail, de renégociation du poids relatif de la sphère familiale ou de la place dans la famille (c'est-à-dire, dans le travail domestique de prise en charge des petits-enfants). Sans prétendre explorer de façon exhaustive dans ce rapport les relations qu'entretiennent les objectifs de santé publique et ces appropriations « *détournées* », on peut néanmoins en donner quelques pistes.

1- Qu'en est-il de l'appropriation de ce bien *en soi*, c'est-à-dire indépendamment des caractéristiques de la pratique et des objectifs de santé publique ?

Cette forme pourrait être caractérisée comme une forme de « détournement » du dispositif par les pratiquantes : un **investissement à partir des bénéfices attendus dans d'autres sphères de la vie des pratiquant·es**, souvent en lien avec les rapports sociaux de sexe et les rapports de force au sein de la famille. Les femmes semblent avoir en effet le plus intérêt à s'engager dans les programmes pour y consolider un « espace à soi », indépendant de la sphère familiale rendue centrale après le retrait de la sphère professionnelle (cf. [supra](#)). La prescription médicale justifie alors pleinement l'engagement : c'est le médecin qui recommande ce « temps pour soi »-là. Les entretiens comme l'observation montrent néanmoins, on l'a vu, comment la régularité de la pratique demeure subordonnée à d'autres temporalités et notamment aux contraintes engendrées par la sphère familiale, pouvant faire obstacle à l'appropriation effective des savoir-faire spécifiques.

2- Qu'est-ce que le désinvestissement au fil du programme – parfois après un engagement initial important dans la pratique – permet d'objectiver de cette politique de santé publique ?

Le désinvestissement, comme mise à distance de la pratique qui ne suppose pas forcément un arrêt de la participation aux séances, apparaît comme un **effet du décalage entre les attentes et l'expérience des programmes d'APA**. C'est notamment le cas d'un enquêté, qui ne voit pas les progrès escomptés arriver — du fait de son état de santé, qui implique de longues périodes d'interruption et de nouvelles opérations chirurgicales en cours de programme. Il renouvelle son ordonnance pour se maintenir dans la pratique, mais sans enthousiasme.

Ce cas permet d'ouvrir sur un questionnement sur les **relations entre l'engagement et l'appropriation effective de la pratique**. Certains entretiens permettent de montrer en quoi la pratique peut réactiver des dispositions forgées dans la sphère professionnelle, d'endurance corporelle et de valorisation de l'effort notamment, favorisant un engagement subjectif important des pratiquant·es. Néanmoins les possibilités effectives de maintien dans la pratique sont notamment liées aux pathologies des pratiquant·es, et reflètent les écarts des conditions de vie et les effets durables des métiers exercés antérieurement.

➔ Ce constat montre les limites d'une offre publique d'APA destinée prioritairement aux personnes âgées, où il s'agirait d'inciter des populations « éloignées de la pratique » à « se (re) mettre au sport », sans prendre en compte les inégalités de santé engendrées par le travail et qui limitent les possibilités d'une appropriation effective des contenus des programmes par des pratiquant·es âgé·es et en ALD.

Conclusion :

Ce chapitre a porté la focale sur les déterminants sociaux de l'entrée et du maintien dans des programmes sur prescription d'une part, et de l'autre sur ceux de l'appropriation par les pratiquant·es des savoirs et savoir-faire spécifiques qui y sont transmis. Cette partie a apporté des éléments d'analyse statistique sur les déterminants et les modalités de la pratique d'une activité physique ou sportive dans l'ensemble de la population âgée de 55 ans et plus, et à l'analyse du récit des usagers et usagères de plusieurs programmes d'activité physique adaptée sur prescription dans 5 régions françaises.

Nous avons présenté en premier lieu les caractéristiques des pratiques physiques des personnes âgées de plus de 55 ans en France, à partir de l'exploitation de l'enquête nationale ENPPS2020. Cette enquête permet d'objectiver les pratiques d'activité physique et sportive des personnes vieillissantes, également en lien leur état de santé, afin de mieux saisir comment la « demande » d'APA sur prescription est potentiellement structurée. **Ci-dessous les éléments qui doivent retenir notre attention à ce stade.**

- La dégradation de l'état de santé avec l'âge est corrélée à une diminution de la pratique d'activité physique et sportive, mais cette baisse est socialement différenciée.
- Les pratiques sportives sont socialement distribuées selon la position dans l'espace social (appréhendée ici au travers de deux modalités : le diplôme, et le métier actuel ou le dernier métier exercé).
- Il existe des écarts selon le sexe : les femmes de plus de 55 ans rapportent moins de diversité et de fréquence dans leurs pratiques physiques que les hommes.
- En revanche, l'encadrement devient un repoussoir pour les hommes vieillissants, tandis que les femmes y sont plus présentes.
- Les personnes se percevant en mauvaise santé sont surreprésentées parmi celles qui ont peu ou pas d'activités physiques, la probabilité de vieillir en mauvaise santé étant lié à leur position sociale.
- Les personnes en surpoids ou obèses pratiquent moins souvent, avec des effets différenciés selon le sexe. Certaines pratiques sportives paraissent davantage admettre les « corps gros » masculins (Carof, 2019) que d'autres, alors que les femmes en surpoids ou en situation d'obésité sont globalement sous-représentées.
- Le coût des activités sportives constitue un frein pour les personnes vieillissant en mauvaise santé : reflet des inégalités sociales, les inégalités de santé produisent également en retour des effets sur le niveau d'aisance financière subjectivement perçu. Ainsi les personnes en mauvaise santé, qui pourraient bénéficier de l'AP, sont également celles qui se perçoivent comme étant les plus contraintes financièrement.

Nous l'avons vu au cours des précédents chapitres, le dispositif de prescription d'activité physique apparaît comme peu structurant et ayant une position en demi-teinte dans l'ensemble des thérapeutiques légitimes. Les entretiens et observations menés pour cet axe de travail, plutôt que d'amener à pointer l'effet direct de la prescription médicale (qui est un des arguments mobilisés par les entrepreneurs politiques de la cause de l'APA), nous poussent à saisir l'entrée dans un programme d'APA sur prescription comme une **succession de seuils**. La prescription ne fonctionne pas comme un « **tournant biographique** », même modeste – d'autant moins que la prescription arrive souvent tardivement dans le **processus de prescription**. D'ailleurs ces seuils, et les sas formés par les délais d'attente et les

moments de bilans ou d'intervention de professionnel·les de santé dans le processus, objectivent aussi **la distance entre les domaines d'activité médical et sportif**. Les attentes des pratiquant·es s'y reconfigurent en partie, trouvant potentiellement à s'y « affermir ». L'APA sur prescription se distingue néanmoins, comparativement à d'autres types de programmes ou le reste de l'offre sportive, **par son cadrage médical**. Dans les structures étudiées, l'observation a montré que les encadrant·es mobilisaient une **définition instrumentale de la santé**, c'est-à-dire en lien avec la capacité des pratiquant·es à poursuivre certaines activités, notamment liées au travail. Ce cadrage coexiste toutefois, voire entre en concurrence, **avec des logiques sportives et pédagogiques**, le tout sans rapport direct de contrainte. Pour autant, l'APA sur prescription vient interroger, en même temps que **les évolutions des modes de contrôle médical, les conditions de l'adhésion des pratiquant·es à ce contrôle à distance**.

Sous ce rapport, il y a une distinction entre les **attentes subjectivement exprimées et les déterminants** de l'entrée dans les programmes. Une fraction des pratiquant·es de 55 ans et plus disent entrer dans les programmes avec l'objectif de maigrir, cet objectif étant très souvent combiné à d'autres préoccupations de santé. Cela rejoint des constats formulés dans d'autres travaux (Coustéaux, 2011) : avec l'avancée en âge, même si les considérations esthétiques peuvent continuer à être importantes (surtout pour les femmes), **les impératifs liés à la santé tendent à primer, dans un contexte marqué par l'injonction contemporaine au « bien vieillir »**.

L'adhésion à l'AP sur prescription s'inscrit dans un processus de médicalisation diffuse des styles de vie, **facilité par la proximité dispositionnelle au médical des pratiquant·es** interrogé·es. Le processus amenant vers ces programmes, et l'organisation de l'offre d'APA sur prescription, apparaissent tendre à sur-sélectionner des pratiquant·es à cette aune : dans l'enquête, une fraction importante des pratiquant·es a ainsi **travaillé dans le champ médical dans des positions subordonnées, facilitant la reconnaissance de l'autorité médicale**. D'autres pratiquant·es ont une **longue socialisation médicale**, du fait de leur parcours de soin qui les amène à voir régulièrement de multiples spécialistes, et du « **capital culturel de santé** » qu'iels y ont accumulé (Shim, 2010).

Dans le courant du programme, le fait que le **programme accueille des personnes suffisamment proches, corporellement et surtout socialement, de soi, facilite le maintien dans la pratique**. La plupart des programmes étudiés – soit par observation directe, soit au travers des entretiens avec des usagers et usagères – paraissent **amener à l'(auto-)exclusion, à la fois, des individus « trop » précaires et des personnes « trop » dotées** (avec certaines variations selon les caractéristiques des programmes).

Si, allant de pair avec cette **homogénéité sociale**, quelques programmes permettent une certaine **sociabilité**, ce n'est néanmoins pas le cas de tous. Dans les cours de renforcement musculaire, on n'a pas observé de formation d'un groupe, en dépit de **l'injonction à la « bonne humeur »** (qui rapproche ces cours des pratiques sportives ou physiques de loisir, mais les différencient d'autres pratiques plus distinctives comme le yoga). Le cours de marche nordique étudié par un chercheur de l'équipe a en revanche engendré la **formation d'un groupe féminin**, qui se réunit et pratique en dehors de la présence de l'encadrante. **Les potentialités d'émancipation hors des pratiques diffèrent selon les formes de contrôle exercées par les encadrant·es** (en proximité, ou à distance).

Individuellement, la **réactivation de dispositions liées aux trajectoires professionnelles** (entre autres, régularité, goût de l'effort, discipline corporelle) apparaît également

déterminer le **maintien de l'engagement**. Un élément important de nos résultats s'avère d'ailleurs être le **caractère central du travail pour la très grande majorité des enquêté·es** – travail professionnel et travail familial. À ce sujet, différents travaux ont montré les continuités existant entre les savoir-faire domestiques et professionnels s'agissant du travail des femmes. Dans la continuité, on peut poser l'hypothèse que **la réactivation des dispositions forgées dans la sphère professionnelle dans la pratique de l'APA, facilite ensuite leur réinvestissement dans la sphère domestique**, notamment dans le cadre du travail domestique dédié aux descendant·es, autant qu'au conjoint et aux ascendant·es. L'APA sur prescription peut d'ailleurs être **mobilisée, de manière parfois « détournée », comme ressource dans les recompositions biographiques** liées à l'avancée en âge (travail / retraite, famille). Placer la focale sur les pratiquantes et pratiquants plus âgés, à la fois lors de l'entrée et au fur et à mesure du programme, permet de saisir indirectement les **effets de la désinstitutionnalisation des parcours**, du brouillage de l'entrée en retraite et de la réalité du travail aux âges plus avancés ; mais aussi **la « bonne volonté » dont les pratiquant·es font montre afin de rester « productifs », aussi bien dans la sphère du travail que celle de la famille**. Ce résultat est cohérent avec d'autres travaux, notamment ceux du projet collectif « Le “populaire” aujourd’hui »⁶³, qui note chez les membres des fractions stables des classes populaires (dont nos enquêté·es font majoritairement partie) une « distinction très forte envers les "assistés" », [à relier à] une injonction plus récente, liée à la redéfinition des politiques sociales à partir de la fin des années 1980, qui vient **réactiver et remanier cet ethos populaire : "se prendre en charge" .** » (Lechien et Siblot, 2019, §24) Le brouillage entre retraite et activité paraît légèrement plus marqué chez les femmes, surtout si l'on intègre le travail domestique, comme les femmes de ces âges sont souvent davantage concernées par des charges familiales envers ascendants et descendants – ce qui a aussi des effets sur les enjeux et les manières de s'engager dans l'APA sur prescription. Pour elles, comme pour certains hommes, **la pratique d'une activité physique sur prescription médicale sert aussi bien à « maintenir sa place » dans l'économie des relations familiales qu'à se dégager un espace et un temps « à soi »**, dont la légitimité est renforcée par l'ordonnance du médecin.

Les entretiens ont montré que l'engagement dans un programme d'APA sur prescription contribuait régulièrement à **retravailler, en même temps que leurs aptitudes corporelles, les hiérarchies incorporées** par une partie des pratiquantes, **entre « le corps » et « l'esprit »** héritées des hiérarchies scolaires, ou **entre le « masculin » et le « féminin »**. Des pratiquantes en surpoids constatent ainsi que la prescription renforce leur volonté de suivre le programme, alors qu'auparavant elles avaient fait primer d'autres activités culturelles. Ces systèmes d'incitation destinés à « se (re)mettre à la pratique sportive » ont pourtant une **vérité double, en mettant les participant·es en activité tout en mettant en évidence leur distance objective à la pratique**. S'ils contiennent une part « d'enchantement » (Winkin, 2023), ces programmes n'en contribuent pas moins à ouvrir des **potentialités de changement, voire des formes d'encapacitation**. La question du maintien de ces changements à long terme pourrait faire l'objet d'autres travaux. Toutefois, il faut noter que l'étude de certains cas d'enquêté·es pointe vers les limites d'une offre publique d'APA destinée prioritairement aux personnes âgées, où il s'agirait d'inciter des populations

⁶³ Ayant accueilli, ponctuellement ou durablement : Thomas Amossé, Anne-Marie Arborio, Christelle Avril, Stéphane Beaud, Henri Eckert, Violaine Girard, Marie-Hélène Lechien, Gérard Mauger, Julian Mischi, Séverine Misset, Marie-Pierre Pouly, Audrey Richard, Cyrille Rougier, Yasmine Siblot, Thomas Sigaud et Maulde Urbain-Mathis.

« éloignées de la pratique » à « se (re) mettre au sport », **sans prendre en compte les inégalités de santé engendrées par le travail et qui limitent les possibilités d'une appropriation effective des contenus des programmes par des pratiquant·es âgé·es et en ALD.**

Bibliographie du chapitre 3

- Arborio, A.-M., & Lechien, M.-H. (2019 b). La bonne volonté sanitaire des classes populaires. *Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé*. *Sociologie*, 10(1), 91–110.
- Archambault, É., & Prouteau, L. (2010). Un travail qui ne compte pas ? La valorisation monétaire du bénévolat associatif. *Travail et emploi*, 124, 57–67. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.4799>
- Banens, M., Thomas, J. et Boukabza, C. (2019). Le genre et l'aide familiale aux seniors dépendants. *Revue française des affaires sociales*, 115-131. <https://doi.org/10.3917/rfas.191.0115>.
- Boltanski, L. (1971). Les usages sociaux du corps. *Annales*, 26(1), 205–233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>
- Caradec, V. (2004). Vieillir après la retraite. *Approche sociologique du vieillissement*. Paris : PUF, coll. *Sociologie d'aujourd'hui*.
- Caradec, V. (2015). Franchir le cap de la retraite. In N. Marquis (Dir.), *Le changement personnel : Histoire, mythes, réalités* (pp. 126–129). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.marqu.2015.01.0126>
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- Cousteaux, A.-S. (2011). *Le masculin et le féminin au prisme de la santé et de ses inégalités sociales* (Thèse de doctorat en sociologie). Sciences Po, Paris.
- Cousteaux, A.-S. (2021). Santé. In J. Rennes (Dir.), *Encyclopédie critique du genre* (pp. 679–691). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01.0679>
- Darmon, M. (2010). Surveiller et maigrir. *Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement*. *Revue d'Études en Agriculture et Environnement*, 91, 209–228.
- Déchaux, J.-H., & Le Pape, M.-C. (2021). *Sociologie de la famille* (3e éd.). Paris : La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.decha.2021.01>
- Denave, S., & Renard, F. (2019). Des corps en apprentissage. Effets de classe et de genre dans les métiers de l'automobile et de la coiffure. *Nouvelles Questions Féministes*, 38(2), 68–84.
- DREES. (2009). *La santé des femmes en France*. Paris : La Documentation française.
- Duval, E., Ferez, S., Thomas, J., & Schuft, L. (2016). La construction de la valorisation de l'activité physique : Le rôle des associations VIH. *Santé Publique*, Hors-série [S1], 89–100. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0089>
- Fainzang, S. (2006). *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ferez, S., & Thomas, J. (2012). *Sport et VIH. Un corps sous contrainte médicale*. Paris : Téraèdre. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01094171>
- Fourcade, N., Gonzalez, L., Rey, S., & Husson, M. (2013). *La santé des femmes en France. Études et résultats*, 834. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-sante-des-femmes-en-france-0>

- Garcia, M.-C., & Ottogalli-Mazzacavallo, C. (2022). La féminisation du sport fédéral : une affaire de petites et jeunes filles ? *Agora. Débats, jeunesse*, 90, 71–85.
- Garfinkel, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris : PUF.
- Génolini, J.-P., & Morales, Y. (2023). Participation vs prescription : vers une réduction des inégalités sociales en promotion de la santé par le sport. *Staps*, 143(5), 41–60. <https://doi.org/10.3917/sta.143.0041>
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1 : La présentation de soi*. Paris : Minuit.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience* (Ouvrage original publié en 1971). Paris : Minuit.
- Gross, O. (2017). L'engagement des patients au service du système de santé. Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.gross.2017.01>
- Hirschman, A. O. (1970). *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press.
- Honneth, A. (2006). *La société du mépris. Vers une nouvelle théorie critique* (O. Voirol, Trad.). Paris : La Découverte.
- INSERM (Dir.). (2019). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Rapport. Collection Expertise collective, EDP Sciences.
- Jacolin-Nackaerts, M. (2018). L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? *Sciences sociales et sport*, 11(1), 99-132. <https://doi.org/10.3917/rsss.011.0099>
- Knobé, S. (2020). Des formes différencierées de réception d'actions de prévention de l'obésité. L'exemple d'un programme de sport-santé à destination d'étudiants obèses. *Revue française des affaires sociales*, 51-67. <https://doi.org/10.3917/rfas.203.0051>
- Le Clainche, C. (2023). Éprouver la maladie chronique : nouvelles formes de vie et enjeux à risque de l'évaluation des politiques publiques. *Diogène*, 281–282(1–2), 190–205. <https://doi.org/10.3917/dio.281.0190>
- Lechien, M.-H., & Siblot, Y. (2019). « Eux/nous/ils » ? Sociabilités et contacts sociaux en milieu populaire. *Sociologie*, N° 1, vol. 10, Article N° 1, vol. 10.
- Legrand, M., & Voléry, I. (2013). *Genre et parcours de vie : Vers une nouvelle police des corps et des âges*. Nancy : Presses universitaires de Nancy — Éditions universitaires de Lorraine.
- Louchet, C. (2023). Les pratiques alimentaires et sportives au sein des salles de fitness non mixtes. Entre transmission, partage et appropriation. *Ethnologie française*, 53(3), 469-482. <https://doi.org/10.3917/ethn.233.0469>
- Misset, S., & Siblot, Y. (2019). « Donner de son temps » pour ne pas être des « assistés ». *Sociologie*, N° 1, vol. 10, Article N° 1, vol. 10. <https://journals.openedition.org/sociologie/4950>
- Moulaert, T. (2013). L'outplacement des 45 ans et plus en Belgique : Une tentative avortée de gouvernement à distance des fins de carrière ? *Retraite et société*, 64(1), 107–131. <https://doi.org/10.3917/rs.064.0107>
- Orange, S., & Renard, F. (2022). *Des femmes qui tiennent la campagne*. Paris : La Dispute.
- Paillet, A. (2021). *Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth*. ARSS, 1, 20–39.
- Percheron, A., & Rémond, R. (1991). *Âge et politique*. Paris : Economica.
- Pierret, J. (1984). Les significations sociales de la santé. In M. Augé & C. Herzlich (Dir.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 217–256). Paris-Montreux : Éditions des Archives Contemporaines.
- Raoult, N. (2022). La place des femmes dans les générations pivot. *Pour*, 242(1), 99-103. <https://doi.org/10.3917/pour.242.0099>
- Régnier-Loilier, A. (Éd.). (2009). *Portraits de familles : L'enquête Étude des relations familiales et intergénérationnelles*. Paris : Ined.

- Rennes, J. (Dir.). (2021). Encyclopédie critique du genre. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2021.01>
- Revillard, A. (2018). Saisir les conséquences d'une politique à partir de ses ressortissants : La réception de l'action publique. *Revue française de science politique*, 68(3), 469–491. <https://doi.org/10.3917/rfsp.683.0469>
- Schirrer, M., Ottogalli-Mazzacavallo, C., & Fol, Y. (2025). Tous sportifs ? Toutes sportives ? Genre et perception de la sportivité chez des élèves de terminale. *Sciences sociales et sport*, 25(1), 63–95. <https://doi.org/10.3917/rsss.025.0063>
- Schuft, L., Duval-Marin, E., Thomas, J., & Ferez, S. (2018). To be or not to be sick and tired : Managing the visibility of HIV and HIV-related fatigue. *Health*, 22(4). <https://doi.org/10.1177/1363459317693406>
- Scodellaro, C. (2014). La santé perçue aux âges élevés : des critères médicaux aux évaluations pratiques. *Retraite et société*, 67(1), 19–41. <https://doi.org/10.3917/rs.067.0019>
- Selponi, Y. (2020). Reproduire l'ordre social en se l'appropriant. L'ambivalence des réceptions des actions préventives en milieu scolaire, rural et populaire. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 235(5), 48–63.
- Simonet, M. (2010). Le travail bénévole. Engagement citoyen ou travail gratuit ? Paris : La Dispute, coll. Travail et salariat.
- Skeggs, B. (2015). Des femmes respectables : Classe et genre en milieu populaire. Paris : Agone.
- Thomas, H. (2009). Policer le grand âge pour conjurer le péril vieux. *Mouvements*, 59(3), 55–66.
- Thomas, J., & Banens, M. (2020). Conjoint·e comme avant : Genre et frontières des aides conjugale et filiale. *Gérontologie et société*, 42, 161(1), 55–69. <https://doi.org/10.3917/gs1.161.0055>
- Thomas, J., Féliu, F., Guérandel, C., Mardon, A., Parmantier, C., & Pouillaude, A. (2023). Dansesà2. INJEP. <https://shs.hal.science/halshs-04678367>
- Vigarello, G. (1978). Le corps redressé : Histoire d'un pouvoir pédagogique. Paris : Éditions de Minuit.

Annexes du chapitre 3

Annexe A' – Part de la population rapportant un problème de santé chronique, par âge

Problème de santé chronique

En fonction de la classe d'âge, du diplôme, de la PCS, et du sexe

Seul les résultats Oui et Non ont été conservés

Characteristic	Non N = 7,011	Oui N = 3,535	p-value
CL_AGE			<0.001
15-19	1,390 (84%)	266 (16%)	
20-24	465 (80%)	114 (20%)	
25-29	500 (80%)	122 (20%)	
30-34	625 (79%)	164 (21%)	
35-39	620 (75%)	204 (25%)	
40-44	571 (75%)	194 (25%)	
45-49	568 (65%)	305 (35%)	
50-54	525 (62%)	325 (38%)	
55-59	434 (55%)	353 (45%)	
60-64	401 (55%)	324 (45%)	
65-69	336 (49%)	346 (51%)	
70-74	294 (45%)	365 (55%)	
75-79	141 (40%)	211 (60%)	
80-84	78 (35%)	145 (65%)	
85-89	51 (44%)	66 (56%)	
90 et plus	12 (28%)	31 (72%)	
GS_DETAIL			<0.001
1	46 (71%)	19 (29%)	
2	204 (70%)	87 (30%)	
3	914 (74%)	318 (26%)	
4	1,114 (72%)	443 (28%)	
5	934 (69%)	410 (31%)	
6	638 (74%)	227 (26%)	
7	1,088 (46%)	1,278 (54%)	
8	1,935 (73%)	713 (27%)	
9	138 (78%)	40 (22%)	
SEXE			0.005
f	3,602 (65%)	1,919 (35%)	
h	3,409 (68%)	1,616 (32%)	
DIPLOM			<0.001
1	524 (58%)	385 (42%)	
10	830 (73%)	303 (27%)	
11	96 (64%)	53 (36%)	
12	65 (66%)	34 (34%)	
2	209 (47%)	233 (53%)	
3	1,022 (73%)	375 (27%)	
4	1,102 (61%)	708 (39%)	
5	1,521 (70%)	657 (30%)	
6	125 (62%)	77 (38%)	
7	19 (83%)	4 (17%)	
8	843 (68%)	400 (32%)	
9	655 (68%)	306 (32%)	

¹ n (%)

² Pearson's Chi-squared test

[\[retour au texte\]](#)

Annexe B' – Effectif et pourcentage de pratiquant·es pour différentes familles de pratique, par âge (sans pondération)

Famille de pratique en fonction de l'âge

Characteristic	20-24, N = 603	25-29, N = 653	30-34, N = 820	35-39, N = 868	40-44, N = 808	45-49, N = 909	50-54, N = 897	55-59, N = 840	60-64, N = 754	65-69, N = 709	70-74, N = 682	75-79, N = 366	80-84, N = 233	85+, N = 168
fam_aiki	1 (0.2%)	0 (0%)	3 (0.4%)	4 (0.5%)	2 (0.2%)	4 (0.4%)	1 (0.1%)	0 (0%)	3 (0.4%)	0 (0%)	2 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_alpi_esca	77 (13%)	58 (8.9%)	83 (10%)	82 (9.4%)	82 (10%)	68 (7.5%)	45 (5.0%)	25 (3.0%)	26 (3.4%)	19 (2.7%)	15 (2.2%)	2 (0.5%)	2 (0.9%)	2 (1.2%)
fam_athle	17 (2.8%)	18 (2.8%)	14 (1.7%)	12 (1.4%)	10 (1.2%)	7 (0.8%)	11 (1.2%)	7 (0.8%)	3 (0.4%)	4 (0.6%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0.9%)	0 (0%)
fam autres_acti_aqua	13 (2.2%)	14 (2.1%)	10 (1.2%)	16 (1.8%)	19 (2.4%)	19 (2.1%)	19 (2.1%)	19 (2.3%)	17 (2.3%)	30 (4.2%)	14 (2.1%)	6 (1.6%)	3 (1.3%)	3 (1.8%)
fam autres_acti_arti	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam autres_acti_spt	111 (18%)	83 (13%)	115 (14%)	102 (12%)	110 (14%)	104 (11%)	76 (8.5%)	57 (6.8%)	50 (6.6%)	44 (6.2%)	42 (6.2%)	15 (4.1%)	9 (3.9%)	2 (1.2%)
fam autres_sp_co	8 (1.3%)	6 (0.9%)	8 (1.0%)	3 (0.3%)	6 (0.7%)	10 (1.1%)	5 (0.6%)	6 (0.7%)	2 (0.3%)	1 (0.1%)	4 (0.6%)	1 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)
fam autres_sp_combat	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam autres_sp_precis	18 (3.0%)	18 (2.8%)	18 (2.2%)	30 (3.5%)	13 (1.6%)	10 (1.1%)	15 (1.7%)	11 (1.3%)	6 (0.8%)	4 (0.6%)	2 (0.3%)	0 (0%)	2 (0.9%)	1 (0.6%)
fam_basket	65 (11%)	44 (6.7%)	31 (3.8%)	50 (5.8%)	40 (5.0%)	31 (3.4%)	7 (0.8%)	5 (0.6%)	6 (0.8%)	1 (0.1%)	6 (0.9%)	2 (0.5%)	1 (0.4%)	0 (0%)
fam_chasse_peche	59 (9.8%)	54 (8.3%)	65 (7.9%)	81 (9.3%)	63 (7.8%)	71 (7.8%)	58 (6.5%)	79 (9.4%)	68 (9.0%)	71 (10%)	63 (9.2%)	26 (7.1%)	8 (3.4%)	4 (2.4%)
fam_cirque	0 (0%)	1 (0.2%)	4 (0.5%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_cyclisme	207 (34%)	247 (38%)	345 (42%)	382 (44%)	378 (47%)	393 (43%)	372 (41%)	328 (39%)	302 (40%)	250 (35%)	197 (29%)	67 (18%)	29 (12%)	9 (5.4%)
fam_dances	80 (13%)	88 (13%)	80 (9.8%)	84 (9.7%)	83 (10%)	72 (7.9%)	71 (7.9%)	48 (5.7%)	59 (7.8%)	42 (5.9%)	43 (6.3%)	21 (5.7%)	7 (3.0%)	3 (1.8%)
fam_equit	28 (4.6%)	26 (4.0%)	29 (3.5%)	19 (2.2%)	21 (2.6%)	21 (2.3%)	12 (1.3%)	13 (1.5%)	9 (1.2%)	2 (0.3%)	3 (0.4%)	1 (0.3%)	2 (0.9%)	0 (0%)
fam_fit	352 (58%)	306 (47%)	359 (44%)	317 (37%)	259 (32%)	252 (28%)	212 (24%)	167 (20%)	125 (17%)	128 (18%)	87 (13%)	35 (9.6%)	17 (7.3%)	5 (3.0%)
fam_formes_douces_yoga	84 (14%)	88 (13%)	122 (15%)	111 (13%)	108 (13%)	128 (14%)	136 (15%)	107 (13%)	100 (13%)	79 (11%)	72 (11%)	29 (7.9%)	23 (9.9%)	7 (4.2%)
fam_foot	143 (24%)	139 (21%)	146 (18%)	140 (16%)	89 (11%)	81 (8.9%)	57 (6.4%)	31 (3.7%)	19 (2.5%)	21 (3.0%)	12 (1.8%)	1 (0.3%)	4 (1.7%)	1 (0.6%)
fam_glissee_aqua	28 (4.6%)	24 (3.7%)	23 (2.8%)	21 (2.4%)	24 (3.0%)	23 (2.5%)	13 (1.4%)	8 (1.0%)	8 (1.1%)	4 (0.6%)	3 (0.4%)	1 (0.3%)	1 (0.4%)	0 (0%)
fam_golf	8 (1.3%)	10 (1.5%)	17 (2.1%)	20 (2.3%)	12 (1.5%)	21 (2.3%)	10 (1.1%)	28 (3.3%)	24 (3.2%)	19 (2.7%)	20 (2.9%)	11 (3.0%)	5 (2.1%)	0 (0%)
fam_gyms	51 (8.5%)	73 (11%)	108 (13%)	101 (12%)	113 (14%)	117 (13%)	124 (14%)	132 (16%)	146 (19%)	152 (21%)	134 (20%)	61 (17%)	28 (12%)	15 (8.9%)
fam_hand	29 (4.8%)	18 (2.8%)	12 (1.5%)	19 (2.2%)	11 (1.4%)	11 (1.2%)	5 (0.6%)	2 (0.2%)	2 (0.3%)	2 (0.3%)	3 (0.4%)	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.6%)
fam_hist_occ	1 (0.2%)	5 (0.8%)	2 (0.2%)	2 (0.2%)	3 (0.3%)	3 (0.3%)	1 (0.1%)	0 (0%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_jogg	245 (41%)	263 (40%)	325 (40%)	291 (34%)	252 (31%)	277 (30%)	162 (18%)	142 (17%)	82 (11%)	38 (5.4%)	33 (4.8%)	13 (3.6%)	5 (2.1%)	1 (0.6%)
fam_judo	16 (2.7%)	7 (1.1%)	11 (1.3%)	11 (1.3%)	9 (1.1%)	15 (1.7%)	8 (0.9%)	6 (0.7%)	2 (0.3%)	2 (0.3%)	0 (0%)	1 (0.4%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)
fam_karate	11 (1.8%)	7 (1.1%)	14 (1.7%)	8 (0.9%)	6 (0.7%)	10 (1.1%)	6 (0.7%)	9 (1.1%)	3 (0.4%)	3 (0.4%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.6%)
fam_kungfu	1 (0.2%)	3 (0.5%)	3 (0.4%)	2 (0.2%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	2 (0.2%)	2 (0.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_luttes	3 (0.5%)	3 (0.5%)	2 (0.2%)	0 (0%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_marche	367 (61%)	428 (66%)	573 (70%)	605 (70%)	627 (78%)	672 (74%)	685 (76%)	650 (77%)	580 (77%)	554 (78%)	528 (77%)	255 (70%)	150 (64%)	69 (41%)
fam_modelisme	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_moto_auto	76 (13%)	80 (12%)	77 (9.4%)	82 (9.4%)	52 (6.4%)	87 (9.6%)	70 (7.8%)	66 (7.9%)	49 (6.5%)	20 (2.8%)	19 (2.8%)	5 (1.4%)	0 (0%)	1 (0.6%)
fam_nata	283 (47%)	314 (48%)	412 (50%)	494 (57%)	457 (57%)	493 (54%)	446 (50%)	375 (45%)	352 (47%)	278 (39%)	247 (36%)	119 (33%)	40 (17%)	15 (8.9%)
fam_naut	37 (6.1%)	38 (5.8%)	47 (5.7%)	42 (4.8%)	37 (4.6%)	49 (5.4%)	43 (4.8%)	36 (4.3%)	37 (4.9%)	26 (3.7%)	21 (3.1%)	12 (3.3%)	5 (2.1%)	1 (0.6%)
fam_pagaie	62 (10%)	84 (13%)	67 (8.2%)	63 (7.3%)	74 (9.2%)	65 (7.2%)	54 (6.0%)	45 (5.4%)	31 (4.1%)	13 (1.8%)	8 (1.2%)	2 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_petanque	109 (18%)	148 (23%)	161 (20%)	184 (21%)	154 (19%)	195 (21%)	184 (21%)	167 (20%)	158 (21%)	146 (21%)	138 (20%)	59 (16%)	26 (11%)	13 (7.7%)
fam_pieds_poings	29 (4.8%)	41 (6.3%)	27 (3.3%)	28 (3.2%)	16 (2.0%)	15 (1.7%)	4 (0.4%)	7 (0.8%)	2 (0.3%)	2 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_plongee	32 (5.3%)	42 (6.4%)	62 (7.6%)	49 (5.6%)	43 (5.3%)	58 (6.4%)	56 (6.2%)	31 (3.7%)	23 (3.1%)	18 (2.5%)	9 (1.3%)	2 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_rando	134 (22%)	191 (29%)	230 (28%)	225 (26%)	220 (27%)	262 (29%)	244 (27%)	241 (29%)	242 (32%)	212 (30%)	168 (25%)	59 (16%)	31 (13%)	7 (4.2%)
fam_raquettes	148 (25%)	182 (28%)	176 (21%)	208 (24%)	221 (27%)	215 (24%)	154 (17%)	121 (14%)	73 (9.7%)	43 (6.1%)	47 (6.9%)	20 (5.5%)	8 (3.4%)	1 (0.6%)
fam_roller_skate	50 (8.3%)	59 (9.0%)	60 (7.3%)	77 (8.9%)	61 (7.5%)	44 (4.8%)	27 (3.0%)	11 (1.3%)	6 (0.8%)	6 (0.8%)	9 (1.3%)	2 (0.5%)	2 (0.9%)	1 (0.6%)
fam_rugby	25 (4.1%)	16 (2.5%)	16 (2.0%)	17 (2.0%)	15 (1.9%)	9 (1.0%)	7 (0.8%)	6 (0.7%)	3 (0.4%)	1 (0.1%)	3 (0.4%)	1 (0.3%)	2 (0.9%)	1 (0.6%)
fam_self_def	2 (0.3%)	3 (0.5%)	1 (0.1%)	2 (0.2%)	7 (0.9%)	4 (0.4%)	6 (0.7%)	3 (0.4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_sp_aerien	19 (3.2%)	25 (3.8%)	39 (4.8%)	42 (4.8%)	46 (5.7%)	36 (4.0%)	22 (2.5%)	21 (2.5%)	9 (1.2%)	16 (2.3%)	11 (1.6%)	3 (0.8%)	1 (0.4%)	0 (0%)
fam_sp_enchaine	5 (0.8%)	2 (0.3%)	6 (0.7%)	5 (0.6%)	7 (0.9%)	4 (0.4%)	4 (0.4%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	1 (0.1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
fam_sp_hiv	119 (20%)	139 (21%)	185 (23%)	184 (21%)	185 (23%)	194 (21%)	136 (15%)	128 (15%)	109 (14%)	72 (10%)	57 (8.4%)	28 (7.7%)	4 (1.7%)	4 (2.4%)
fam_tir	17 (2.8%)	11 (1.7%)	22 (2.7%)	31 (3.6%)	18 (2.2%)	17 (1.9%)	18 (2.0%)	16 (1.9%)	14 (1.9%)	9 (1.3%)	3 (0.4%)	1 (0.3%)	2 (0.9%)	0 (0%)
fam_volley	27 (4.5%)	24 (3.7%)	29 (3.5%)	42 (4.8%)	19 (2.4%)	26 (2.9%)	18 (2.0%)	10 (1.2%)	9 (1.2%)	5 (0.7%)	8 (1.2%)	1 (0.3%)	36 (12%)	15 (5.9%)

¹ n (%)

univers de pratique en fonction de l'âge

Characteristic	20-24, N = 666	25-29, N = 698	30-34, N = 857	35-39, N = 909	40-44, N = 851	45-49, N = 956	50-54, N = 941	55-59, N = 888	60-64, N = 803	65-69, N = 773	70-74, N = 821	75-79, N = 447	80-84, N = 308	85+, N = 255
univ_aqua_naut	366 (55%)	385 (55%)	475 (55%)	554 (61%)	521 (61%)	569 (60%)	509 (54%)	433 (49%)	392 (49%)	335 (43%)	299 (36%)	152 (34%)	54 (18%)	21 (8.2%)
univ_autres	124 (19%)	92 (13%)	120 (14%)	108 (12%)	111 (13%)	106 (11%)	77 (8.2%)	64 (7.2%)	51 (6.4%)	49 (6.3%)	48 (5.8%)	19 (4.3%)	9 (2.9%)	3 (1.2%)
univ_equi_chasse_peche	93 (14%)	82 (12%)	94 (11%)	101 (11%)	89 (10%)	98 (10%)	70 (7.4%)	98 (11%)	80 (10%)	78 (10%)	74 (9.0%)	32 (7.2%)	11 (3.6%)	4 (1.6%)
univ_forme_gymna	445 (67%)	400 (57%)	475 (55%)	461 (51%)	418 (49%)	421 (44%)	400 (43%)	343 (39%)	309 (38%)	307 (40%)	292 (36%)	138 (31%)	66 (21%)	30 (12%)
univ_marche_balade	526 (79%)	572 (82%)	728 (85%)	771 (85%)	738 (87%)	823 (86%)	799 (85%)	746 (84%)	674 (84%)	642 (83%)	640 (78%)	321 (72%)	190 (62%)	87 (34%)
univ_sp_collectifs	242 (36%)	203 (29%)	208 (24%)	219 (24%)	159 (19%)	144 (15%)	93 (9.9%)	56 (6.3%)	43 (5.4%)	33 (4.3%)	31 (3.8%)	8 (1.8%)	5 (1.6%)	3 (1.2%)
univ_sp_combats	69 (10%)	70 (10%)	63 (7.4%)	58 (6.4%)	41 (4.8%)	50 (5.2%)	27 (2.9%)	26 (2.9%)	13 (1.6%)	8 (1.0%)	6 (0.7%)	1 (0.2%)	1 (0.3%)	2 (0.8%)
univ_sp_cycles	290 (44%)	329 (47%)	413 (48%)	461 (51%)	433 (51%)	464 (49%)	425 (45%)	375 (42%)	343 (43%)	271 (35%)	237 (29%)	82 (18%)	32 (10%)	10 (3.9%)
univ_sp_hiver	193 (29%)	194 (28%)	245 (29%)	249 (27%)	246 (29%)	253 (26%)	178 (19%)	156 (18%)	141 (18%)	100 (13%)				

Annexe C' - Usages quotidiens du corps des personnes âgées de 55 ans et plus, pour les personnes rapportant un problème de santé chronique, des limitations quotidiennes, et la perception d'un mauvais état de santé ($P<0,000$)

Effectif pondéré	Ensemble des répondant·es	pb_santé_chron_oui	Limité_quot	Fortement_limité_quot	mauvaise_santé	très_mauvaise_santé
% en colonne						
quot_tjs_debout	1 696	690 170	269 498	163 898	93 357	20 65
	562	7	6	6	5	4
quot_svt_debout	9 456	4 534 618	2 422 941	960 598	592 116	118 592
	474	48	54	33	34	20
quot_parfois_debout	6 871	3 771 396	1 766 101	1 487 544	972 708	295 414
	997	40	39	52	55	51
quot_jamais_debout	642	439 601	69 903	276 441	102 241	144 725
	935	5	2	10	6	25
Ensemble	18 667	9 435 784	4 528 443	2 888 481	1 760 423	578 796
	969	100	100	100	100	100
quot_tjs_marche	2 274	921 623	432 428	197 562	98 290	9 81
	878	10	10	7	6	2
quot_svt_marche	9 334	4 458 438	2 310 290	831 471	504 347	88 963
	797	47	51	29	29	15
quot_parfois_marche	6 272	3 508 262	1 706 321	1 485 294	978 472	301 768
	995	37	38	51	56	52
quot_jamais_marche	785	547 461	79 403	374 154	179 314	178 986
	299	6	2	13	10	31
Ensemble	18 667	9 435 784	4 528 443	2 888 481	1 760 423	578 796
	969	100	100	100	100	100
quot_tjs_porte_charge	601	266 21	122 56	76 67	37 539	3 500
	168	3	3	3	2	1
quot_svt_porte_charge	1 764	783 953	459 785	138 664	104 3	5 581
	133	8	10	5	6	1
quot_parfois_porte_charge	6 868	3 241 965	1 693 530	679 97	405 637	87 735
	395	34	37	24	23	15

quot_jamais_porte_charge	9 434	5 143 845	2 253 72	1 994 653	1 213 244	481 981
	273	54	50	69	69	83
	50,5					
Ensemble	18 667		4 528 44			
	969	9 435 784	3	2 888 481	1 760 423	578 796
	100,0	100	100	100	100	100
<1 h_bricolage	2 425					
	434	1 203 714	506 98	359 90	195 666	50 719
	13,0	13	11	12	11	9
1_2h_bricolage	3 183					
	372	1 563 302	821 918	346 261	259 772	37 340
	17,1	17	18	12	15	6
2-4h_bricolage	2 668					
	884	1 275 434	734 987	258 511	188 886	27 180
	14,3	14	16	9	11	5
>4 h_bricolage	3 309					
	248	1 665 237	782 840	296 668	184 13	34 274
	17,7	18	17	10	10	6
NRP ou manquant	7 081		1 682 59			
	031	3 728 97	8	1 627 951	932 85	429 284
	37,9	40	37	56	53	74
Ensemble	18 667		4 528 44			
	969	9 435 784	3	2 888 481	1 760 423	578 796
	100,0	100	100	100	100	100
<1 h_jardinage	2 127					
	984	1 144 988	471 191	349 817	227 638	51 232
	11,4	12	10	12	13	9
1-2h_jardinage	2 544					
	875	1 101 971	663 986	277 40	169 524	22 587
	13,6	12	15	10	10	4
2-5h_jardinage	4 092					
	199	1 854 544	1 88 113	360 692	232 237	41 664
	21,9	20	24	12	13	7
>5 h_jardinage	3 811					
	813	1 917 556	880 1	397 154	258 933	33 566
	20,4	20	19	14	15	6
NRP ou manquant	6 091		1 425 15			
	098	3 416 724	2	1 503 778	872 91	429 748
	32,6	36	32	52	50	74
Ensemble	18 667		4 528 44			
	969	9 435 784	3	2 888 481	1 760 423	578 796
	100,0	100	100	100	100	100
<2 h_ménage	3 248 128	1 609 184	864 681	474 81	262 181	59 304
	17	17	19	16	15	10
2-3h_ménage	3 195 931	1 507 399	815 346	368 173	200 739	40 268
	17	16	18	13	11	7
3-6h_ménage	4 369 83	2 145 366	1 75 991	569 151	397 593	57 264
	23	23	24	20	23	10
>6 h_ménage	4 245 852	2 82 432	1 16 338	585 227	435 109	83 843
	23	22	22	20	25	14

NRP ou manquant	3 608 977	2 914 02	756 87	891 850	464 801	338 116
	19	22	17	31	26	58
Ensemble	18 667 969	9 435 784	4 528 443	2 888 481	1 760 423	578 796
	100	100	100	100	100	100
L_V_ecran-de3h	9 949 503	4 669 38	2 284 848	1 211 922	683 7	256 111
	53	50	50	42	39	44
	7 850 405	4 237 672	2 228 85	1 437 956	950 625	246 463
L_V_ecran3-7h	42	45	45	50	54	43
	868 061	529 74	221 509	238 603	126 791	76 223
	5	6	5	8	7	13
Ensemble	18 667 969	9 435 784	4 528 443	2 888 481	1 760 423	578 796
	100	100	100	100	100	100
WE_ecran-de3h	9 329 189	4 307 575 400	2 172 454	1 194 49	700 743	257 965
	50,0	46	48	41	40	45
	8 377 761	4 522 862	2 105 551	1 425 167	899 337	226 295
WE_ecran3-7h	44,9	48	46	49	51	39
	961 019	605 347	250 438	269 265	160 343	94 537
	5,1	6	6	9	9	16
Ensemble	18 667 969	9 435 784	4 528 443	2 888 481	1 760 423	578 796
	100,0	100	100	100	100	100

[\[retour au texte p.194\]](#)

Annexe D' – Usages quotidiens du corps des personnes âgées de 55 ans et plus, par sexe

Effectif pondéré	Ensemble des répondant·es	femmes	hommes
% en colonne			
quot_tjs_debout	1 696 562	919810	776752
	100,0	54,2	45,8
quot_svt_debout	9 456 474	5005056	4451419
	100,0	52,9	47,1
quot_parfois_debout	6 871 997	3709785	3162212
	100,0	54,0	46,0

quot_jamais_debout	642 935	384627	258308
	100,0	59,8	40,2
Ensemble	18 667 969	10019278	8648691
	100,0	53,7	46,3
quot_tjs_marche	2 274 878	1164489	1110389
	100,0	51,2	48,8
quot_svt_marche	9 334 797	4872286	4462511
	100,0	52,2	47,8
quot_parfois_marche	6 272 995	3546914	2726081
	100,0	56,5	43,5
quot_jamais_marche	785 299	435589	349710
	100,0	55,5	44,5
Ensemble	18 667 969	10019278	8648691
	100,0	53,7	46,3
quot_tjs_porte_charge	601 168	277669	323499
	100,0	46,2	53,8
quot_svt_porte_charge	1 764 133	878721	885412
	100,0	49,8	50,2
quot_parfois_porte_charge	6 868 395	3259606	3608790
	100,0	47,5	52,5
quot_jamais_porte_charge	9 434 273	5603282	3830991
	100,0	59,4	40,6
Ensemble	18 667 969	10019278	8648691
	100,0	53,7	46,3
<1 h_bricolage	2 425 434	1677789	747645
	100,0	69,2	30,8
1_2h_bricolage	3 183 372	1277007	1906365
	100,0	40,1	59,9
2-4h_bricolage	2 668 884	885669	1783215
	100,0	33,2	66,8
>4 h_bricolage	3 309 248	664212	2645035
	100,0	20,1	79,9
Ensemble	11 586 938	6340476	6236394
	100,0	50,4	49,6
<1 h_jardinage	2 127 984	1341884	786100
	100,0	63,1	36,9

1-2h_jardinage	2 544 875	1411517	1133357	
	100,0	55,5		44,5
2-5h_jardinage	4 092 199	1964463	2127736	
	100,0	48,0		52,0
>5 h _jardinage	3 811 813	1622612	2189201	
	100,0	42,6		57,4
Ensemble	12 576 871	6340476	6236394	
	100,0	50,4		49,6
<2 h _ménage	3 248 128	1082721	2165407	
	100,0	33,3		66,7
2-3h_ménage	3 195 931	1713380	1482550	
	100,0	53,6		46,4
3-6h_ménage	4 369 083	2965672	1403410	
	100,0	67,9		32,1
>6 h _ménage	4 245 852	3398180	847671	
	100,0	80,0		20,0
Ensemble	15 058 993	9159953	5899039	
	100,0	60,8		39,2
L_V_ecran-de3h	9 949 503	5137468	4812035	
	53	51,6		48,4
L_V_ecran3-7h	7 850 405	4360676	3489729	
	42	55,5		44,5
L_V_ecran+de7h	868 061	521134	346927	
	5	60,0		40,0
Ensemble	18 667 969	10019278	8648691	
	100	53,7		46,3
WE_ecran-de3h	9 329 189	4968059	4361130	
	50	53,3		46,7
WE_ecran3-7h	8 377 761	4526858	3850903	
	45	54,0		46,0
WE_ecran+de7h	961 019	524361	436658	
	5	54,6		45,4
Ensemble	18 667 969	10019278	8648691	
	100	53,7		46,3

[retour [p.194](#)]

Annexe E' – Pratique de plusieurs familles d'activités physiques, en fonction de l'état de santé perçu, d'une maladie chronique et de limitations fonctionnelles, dans la population âgée de 55 ans et plus

Effectif/poids	très_bonne_santé	bonne_santé	assez_bonne_santé	mauvaise_santé	très_mauvaise_santé	NSP_santé	Ensemble
% en colonne							
activité-aquatique	1 200 167	3 587 638	1 978 833	371 360	58 125	58 429	7 254 550
	48,4	45,9	34,1	21,1	10,0	25,3	38,9
gym-forme	1 099 033	3 146 528	1 809 786	339 083	60 355	52 773	6 507 559
	44,3	40,3	31,2	19,3	10,4	22,9	34,9
marche-balade	2 145 180	6 741 065	4 611 364	975 800	183 173	138 018	14 794 601
	86,5	86,3	79,4	55,4	31,6	59,8	79,3
spor-co	121 019	409 653	224 162	52 580	3 628	3 978	815 019
	4,9	5,2	3,9	3,0	0,6	1,7	4,4
sport-cycle	1 178 019	3 087 916	1 603 551	254 794	21 408	52 668	6 198 356
	47,5	39,5	27,6	14,5	3,7	22,8	33,2
spor-hiver	519 738	1 213 646	527 832	64 775	17 374	10 755	2 354 120
	20,9	15,5	9,1	3,7	3,0	4,7	12,6
sport-raquettes	812 946	2 572 959	1 375 150	221 293	34 339	37 550	5 054 237
	32,8	32,9	23,7	12,6	5,9	16,3	27,1

Effectif/poids	pb_santé_chron_ou_i	non_pb_santé_chron	nsp_pb_santé_chron	pasrep_santé_chron	Ensemble
% en colonne					
activité-aquatique	3 151 692	3 821 630	277 842	3 386	7 254 550
	33,4	45,3	35,6	19,5	38,9
gym-forme	2 910 901	3 375 276	207 387	13 994	6 507 559
	30,8	40,0	26,6	80,5	34,9
marche-balade	6 990 520	7 205 502	581 198	17 381	14 794 601
	74,1	85,4	74,5	100,0	79,3
spor-co	354 694	418 872	41 453	-	815 019
	3,8	5,0	5,3	0,0	4,4
sport-cycle	2 631 044	3 347 337	216 589	3 386	6 198 356
	27,9	39,7	27,8	19,5	33,2
spor-hiver	827 444	1 383 799	139 491	3 386	2 354 120
	8,8	16,4	17,9	19,5	12,6
sport-raquettes	2 179 705	2 637 254	237 278	-	5 054 237
	23,1	31,3	30,4	0,0	27,1

Effectif/poids	Fortement_limité_quot	Limité_quot	Pas_limité_quot	NSP_limité_quot	Ensemble
% en colonne					
activité-aquatique	592 193	1 599 098	4 833 588	229 672	7 254 550
	20,5	35,3	45,5	36,7	38,9
gym-forme	599 895	1 490 663	4 236 207	180 793	6 507 559
	20,8	32,9	39,9	28,9	34,9
marche-balade	1 511 626	3 655 521	9 195 026	432 428	14 794 601
	52,3	80,7	86,5	69,1	79,3
spor-co	55 754	217 062	510 003	32 200	815 019
	1,9	4,8	4,8	5,1	4,4
sport-cycle	387 943	1 384 521	4 209 556	216 336	6 198 356
	13,4	30,6	39,6	34,6	33,2
spor-hiver	82 514	372 608	1 798 919	100 079	2 354 120
	2,9	8,2	16,9	16,0	12,6
sport-raquettes	406 045	1 154 220	3 281 877	212 096	5 054 237
	14,1	25,5	30,9	33,9	27,1

[retour [p.195](#)]

Annexe F' – Pratique de différentes familles d'activité physique, en fonction du statut pondéral

Effectif pondéré	sous-poids	poids normal	surpoids	obésité	NRP	Ensemble
% en ligne						
Ensemble des répondant·es ; dont pratiquant :	445 036	7 410 133	5 365 768	2 126 536	3 320 497	18 667 969
	2,4	39,7	28,7	11,4	17,8	100 %
Dont F	3,8	42,4	20,8	10,8	22,3	100 %
H	0,8	36,6	38,0	12,1	12,6	100 %
gym-forme : 34,9 % des répondant·es	171 852	3 210 604	1 626 414	536 536	962 152	6 507 559
	2,6	49,3	25,0	8,2	14,8	100 %
Dont 42,1 F %	3,8	53,3	18,3	7,8	16,8	100 %
H 26,5 %	0,6	42,0	37,3	9,1	11,1	100 %
sport-hiver : 12,6 % des répondant·es	29 224	1 191 062	717 131	102 407	314 296	2 354 120
	1,2	50,6	30,5	4,4	13,4	100 %
Dont 9,9 F %	2,1	60,6	13,9	5,3	18,1	100 %
H 15,8 %	0,6	43,3	42,5	3,7	9,9	100 %
	109 900	3 149 525	2 257 062	602 811	1 135 252	7 254 550

activité-aquatique : 38,9 % des répondants	1,5	43,4	31,1	8,3	15,6	100 %
<i>Dont 36,7 F %</i>	2,3	50,1	21,6	6,7	19,2	100 %
<i>H 41,3 %</i>	0,7	36,5	40,9	10,0	11,9	100 %
sport-cycle : 33,2 % des répondants	111 010	2 740 147	2 003 215	462 992	880 992	6 198 356
	1,8	44,2	32,3	7,5	14,2	100 %
<i>Dont 24,2 F %</i>	4,1	53,1	18,3	6,4	18,1	100 %
<i>H 43,7 %</i>	0,3	38,5	41,3	8,1	11,7	100 %
sport-raquettes : 27,1 % des répondants	92 242	2 022 738	1 707 885	451 166	780 205	5 054 237
	1,8	40,0	33,8	8,9	15,4	100 %
<i>Dont 19,4 F %</i>	3,9	47,6	21,5	7,4	19,7	100 %
<i>H 36,0 %</i>	0,5	35,3	41,5	9,9	12,8	100 %
équitation-chasse-pêche : 9,4 % des répondants	16 597	597 150	624 620	252 497	267 352	1 758 216
	0,9	34,0	35,5	14,4	15,2	100 %
<i>Dont 3,1 F %</i>	3,5	50,4	10,4	5,4	30,3	100 %
<i>H 16,7 %</i>	0,4	30,4	40,9	16,3	12,0	100 %
spor-co : 4,4 % des répondants	7943	238 202	329 944	67 257	171 673	815 019
	1,0	29,2	40,5	8,3	21,1	100 %
<i>Dont 2,6 F %</i>	2,1	31,4	23,8	5,7	37,0	100 %
<i>H 6,3 %</i>	0,4	28,1	48,7	9,5	13,2	100 %

[retour [p.195](#)]

Annexe G' – Guides d'entretiens répétés

Les quatre guides sont à retrouver à ce lien : <https://bit.ly/4jfp3KW>

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Publications scientifiques

1. Liste des ACL, chapitres d'ouvrage

- Bouthet, F., Didierjean, R., Hot, F., Lepori, M., & Lessard, C. (2023). Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique : L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. *Emulations - Revue de sciences sociales*, 45, Article 45. <https://doi.org/10.14428/emulations.045.03> (<https://hal.science/hal-04388698v1>)
- Collectif Prescapp. (2023). Étudier la construction d'un marché par ses intermédiaires. Les coordinateur-trices associatifs de la prescription médicale d'activité physique. *Revue française des affaires sociales*, 234(4), 193-212. <https://dx.doi.org/10.3917/rfas.234.0193> (<http://hal.science/hal-04220441v1>)
- Collectif PrescAPP. (2025), « Des entrepreneurs en APA dans la mise en œuvre des politiques publiques. Une approche croisée entre sociologie des organisations et sociologie des professions. » Dans Rech, Y. et al. (dir.) *Sociologie des organisations et management du sport*. Artois Presses Université (à paraître). Version preprint consultable ici : <https://bit.ly/4jgV9WP>
- Tchirkov, V., Didierjean, R., & Schuft, L. (2021). Adapted physical activity to treat chronic disease : A literature review of obstacles to prescription and compliance. *Trends in Medicine*, 21(3). <https://doi.org/10.15761/tim.1000274>. Article consultable ici : <https://shs.hal.science/halshs-03331406/document>
- Tchirkov, V., Didierjean, R., Schuft, L., Thomas, J., & Hupin, D. (2023). Methods and Barriers to the Prescription of Physical Activity to Patients with Chronic Illness: The Viewpoint of General Practitioners. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 19(1), 64.
 - Article consultable ici : <https://biomedgrid.com/fulltext/volume19/methods-and-barriers-to-the-prescription-of-physical-activity-to-patients-with-chronic-illness-the-viewpoint-of-general-practitioners.002551.php>

2. Liste des articles et chapitres en processus d'expertise ou commandés

- Collectif PrescAPP (version 2, en navette, soumis en septembre 2024), Fatphobia and physical activity from the coconstruction of stigma to the potential for change apparent changes. *Journal of Gender Studies*.
- Collectif PrescAPP (version 1 soumise en avril 2025). Logiques de prescription d'activité physique adaptée : la (co)production des destinataires d'une politique de santé. *Revue STAPS*.
- Collectif Prescapp (version 1 soumise en mars 2025). Comment s'exprime l'ethos de service public ? Positionnements et pratiques des cadres intermédiaires du secteur public dans la mise en œuvre des politiques d'activité physique à des fins de santé, *Travail et emploi*. (sélectionné sur la base d'un résumé pour un dossier thématique sur la dualisation des services publics)

- Collectif Prescapp et Clément Perrier (commande, soumission juillet 2025). *A quoi servent les maisons sport santé ?* Dans Dalla Pria, Y., Honta, M., Perrier C. (dir). Le sport-santé, 30 questions clés. Editions Atlande

3. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

- Chazet, B. (2021). *La prescription d'activité physique par les médecins traitants de la région Auvergne Rhône-Alpes : Identification des freins et des réticences.* Thèse d'exercice de médecine générale sous la direction de David Hupin.
- Cipolla, Y. (2021). *Etat des lieux des pratiques et regards des médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes sur la prescription d'activité physique adaptée. Place de l'entretien motivationnel dans l'observance de cette thérapeutique non médicamenteuse.* Thèse d'exercice de médecine générale sous la direction de David Hupin.
- Rahho, A. (2020). *La prescription d'activité physique adaptée par les médecins généralistes : enquête qualitative en région Auvergne Rhône-Alpes. Les attentes des médecins pour lever les freins à la prescription.* Thèse d'exercice de médecine générale sous la direction de David Hupin.
- Rémy, A. (2020-). *La prescription médicale d'activité physique dans le parcours de soins des habitantes et habitants ruraux.* Thèse sous la direction de Virginie Chasles (co-direction F. Bouthet, J. Thomas) Contrat doctoral ED Lyon-Saint-Etienne - *Thèse arrêtée.*
- Monvoisin, M. (2024-). *Étude des coordinations professionnelles en établissements d'hébergement pour personnes âgées dans les dispositifs d'activités physiques.* Projet scientifique "Étude des Dispositifs d'Activités physiques dans les établissements d'hébergement pour Personnes âgées en Occitanie : enjeux des coordinations professionnelles et ressorts de l'engagement des résidents" (DAPOCC), financement Région/FEDER. Thèse sous la direction de Aurélie Goncalves et Romaine Didierjean (co-encadrement S. Ferez et Y. Morales)
- Durand, J. (2024-). *Les déterminants de l'engagement des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dans les dispositifs d'activités physiques.* Projet scientifique "Etude des Dispositifs d'Activités physiques dans les établissements d'hébergement pour Personnes âgées en Occitanie : enjeux des coordinations professionnelles et ressorts de l'engagement des résidents" (DAPOCC), financement Région/FEDER. Thèse sous la direction de Sylvain Ferez et Yves Morales (co-encadrement A. Goncalves et R. Didierjean)

4. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

Organisation de colloque

- Organisation du colloque de restitution : Les effets d'une loi de santé publique. Politiques et usages de la prescription médicale d'activité physique. Sciences Po Paris. 12-13 Juin 2024

Conférences invitées

- (Se faire) bénéficier d'une prescription d'AP. Inégalités sociales et parcours d'APA sur prescription, Conférence invitée, JEFAPA, Nantes, Nantes 2023 hal-04220448
- "Catégorisations cliniques et sociales dans le recrutement de pratiquants d'activité physique adaptée sur prescription", Journée d'étude "Catégorisations sociales en milieux sportifs", Université Côté d'Azur, octobre 2022 (Laura Schuft)
- Développer la prescription d'activité physique. Mise en œuvre et réception d'une politique publique", deuxièmes Journées Scientifiques de l'Université Jean Monnet et l'Université de Douala, Saint-Etienne (avec David Hupin), octobre 2022
- Webinaire organisé dans le cadre du projet international Global Aging Research Partnership (GARP), thématique « Ageing and prevention issues”, PrescAPP : Prescription of Physical Activity along the medical care pathway of ageing people in the light of health inequalities : a comparison between French territories », mai 2021.

Poster

Collectif PrescAPP (2024). « Organiser des dispositifs d'Activité Physique sur Prescription (OrgAPP). Tensions politiques et configurations professionnelles dans la mise en œuvre de l'action publique locale en matière de "sport-santé" ». Séminaire Politiques de Santé, LIEPP/Sciences Po Paris.

Communications en colloque

- *Les agents publics et la marchandisation du sport.* XIIIe congrès de 3LF, 3-5 juin 2025, Université Reims Champagne Ardennes.
- *Centre et périphéries professionnelles de l'APA : Une contribution à la connaissance des professionnel·les et des dynamiques de ce secteur* 3LS (avec Yannick Le Hénaff), XIIIe congrès de 3LF, 3-5 juin 2025, Université Reims Champagne Ardennes.
- « *Les politiques d'activité physique sur prescription, outil de reconfiguration des inégalités sociales et territoriales de santé* », journée d'étude "Activité physique et santé: La fabrique des (in)égalités sociales, 18-19 novembre 2024, Université de Nîmes.
- *Comment ne pas mettre en œuvre une politique publique ? Sociologie du non-engagement des référents sport-santé*, XIe congrès international de la Société de Sociologie du Sport de Langue Française (3SLF) "Penser le changement. La sociologie face aux « innovations » sportives", juin 2023, Lyon.
- *Les ressorts de l'engagement des bénéficiaires d'un dispositif local Sport-santé sur ordonnance*, 62è congrès de la SFP, octobre 2023, Nîmes. *Fatigue en première personne suite à des AVC*, La fatigue liée au cancer et activités physiques adaptées. Approches pluridisciplinaires, Le Mans, 28-29 septembre 2023. *Maisons Sport Santé et entrepreneurisation des Enseignants en Activités Physiques Adaptées : entre aspirations individuelles et opportunités d'un*

nouveau marché structuré par les politiques publiques, 10e congrès de l'AFS, juillet 2023, Lyon.

- *L'étude des rôles de l'Activité Physique Adaptée chez les bénéficiaires d'une prescription médicale : analyse des parcours de vie de personnes vieillissantes atteintes de maladie(s) chronique(s)*, 10e congrès de l'AFS, juillet 2023, Lyon.
- *Questionner l'appropriation (genrée et classée) d'un dispositif "faible" : l'activité physique adaptée sur prescription*. Séminaire " Santé et Politiques ". <https://hal.science/hal-04218118> (juin 2023).
- *Les effets locaux d'une innovation législative : l'APA saisie à l'échelle des territoires*, XIIe congrès international de la Société de Sociologie du Sport de Langue Française (3SLF) "Penser le changement. La sociologie face aux « innovations » sportives", juin 2023, Lyon.
- *La sociologie des organisations à toutes les échelles. À propos de l'analyse des politiques d'activités physiques à des fins de santé*, symposium Sociologie des organisations, Janvier 2023, Rennes
- *La place des médecins traitants dans l'accompagnement par l'activité physique adaptée sur prescription médicale : Discours des médecins et des structures d'accompagnement*, congrès international « Les enjeux des jeux », décembre 2022, Montpellier.
- *Une politique publique construite par ses bénéficiaires ? À propos du déploiement des dispositifs encadrant la prescription d'activités physiques dans le monde rural*, congrès international « Les enjeux des jeux », décembre 2022, Montpellier.
- *(Se faire) bénéficier d'une prescription médicale d'APA aujourd'hui ?*, congrès international « Les enjeux des jeux », décembre 2022, Montpellier.
- *Freins à la prescription d'activité physique et causes de l'inobservance thérapeutique chez les patients atteints de maladies chroniques : le point de vue des médecins généralistes*, congrès international « Les enjeux des jeux », hors symposium, décembre 2022, Montpellier.
- *La diffusion des politiques de santé publique dans les petites villes, Le cas de la prescription médicale d'activité physique*, Festival International de Sociologie (FISO) : "A l'ombre des métropoles : habiter, travailler, gouverner, innover...", octobre 2022, Epinal.
- *Du « temps libéré » pour répondre à des contraintes nouvelles : le « sport santé », entre pratique ludique et injonctions médicales*, Symposium recherche de l'Institut de la longévité, les vieillesse et le vieillissement, juin 2022, Paris.
- *Le rapport des médecins traitants à la prescription d'APA : quels mots selon quelles conceptions de l'APA et des patient·es ?*, XIe Congrès de la société française de sociologie du sport de langue française (3SLF) « Dire, faire et analyser. La sociologie du sport face au langage », juin 2022, Rennes.
- *Des maisons, des plateformes et des dispositifs. La sociologie face au langage des nouvelles politiques d'activité physique à des fins de santé*, XIe Congrès de la société française de sociologie du sport de langue française (3SLF) « Dire, faire et analyser. La sociologie du sport face au langage », juin 2022, Rennes.

Communications au grand public

- *Analyse des Parcours de Vie des Personnes Vieillissantes atteintes de Maladies Chroniques : Rôles de l'Activité Physique Adaptée et Impact sur la Santé.* Module Activité physique : qu'est-ce qui nous pousse à bouger ? - Forum Régional Nutrition, SRAE-N Pays-de-la-Loire - Nantes, 09 avril 2024.
- *Développer la prescription d'activité physique. Mise en œuvre et réception d'une politique publique,* Université pour tous, Université Jean Monnet, novembre 2022.
- *Développer la prescription médicale d'activité physique. Mise en œuvre et réception d'une politique publique.* Conférence invitée, Université Haute-Alsace, avril 2022 à Mulhouse.

III. Programme PrescAPP – Annexes générales

Articles et chapitre publiés ou à paraître avec liens de consultation

Bouttet, F., Didierjean, R., Hot, F., Lepori, M., & Lessard, C. (2023). Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique : L'entrée des « Maisons Sport-Santé » dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique. *Emulations - Revue de sciences sociales*, 45, Article 45. <https://doi.org/10.14428/emulations.045.03> (<https://hal.science/hal-04388698v1>)

Collectif Prescapp. (2023). Étudier la construction d'un marché par ses intermédiaires. Les coordinateur·trices associatifs de la prescription médicale d'activité physique. *Revue française des affaires sociales*, 234(4), 193-212. <https://dx.doi.org/10.3917/rfas.234.0193> (<http://hal.science/hal-04220441v1>)

Collectif PrescAPP. (2025), « Des entrepreneurs en APA dans la mise en œuvre des politiques publiques. Une approche croisée entre sociologie des organisations et sociologie des professions. » Dans Rech, Y. et al. (dir.) *Sociologie des organisations et management du sport*. Artois Presses Université (à paraître). Version preprint consultable ici : <https://bit.ly/4jgV9WP>

Tchirkov, V., Didierjean, R., & Schuft, L. (2021). Adapted physical activity to treat chronic disease : A literature review of obstacles to prescription and compliance. *Trends in Medicine*, 21(3). <https://doi.org/10.15761/tim.1000274>. Article consultable ici : <https://shs.hal.science/halshs-03331406/document>

Tchirkov, V., Didierjean, R., Schuft, L., Thomas, J., & Hupin, D. (2023). Methods and Barriers to the Prescription of Physical Activity to Patients with Chronic Illness: The Viewpoint of General Practitioners. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 19(1), 64. Article consultable ici : <https://biomedgrid.com/fulltext/volume19/methods-and-barriers-to-the-prescription-of-physical-activity-to-patients-with-chronic-illness-the-viewpoint-of-general-practitioners.002551.php>

Poster du projet OrgAPP (financement projet suite par LIEPP) consultable ici : <https://bit.ly/4kwsBcY>

Littérature grise

Stage d'Alys MARTIN GRIS M2 SDO Lyon 2/stage université de Nîmes – 2020-21

Mémoire consultable ici : <https://bit.ly/44KJiwF>

Rapport sur un dispositif d'Occitanie (non partenaire) consultable ici : <https://bit.ly/4kaDotD>

Mémoire d'Alix Rémy, M2 APAS U. Lorraine – 2020-21

Consultable ici : <https://bit.ly/3YXYLpp>

Stage Nina Guinamand 2021:

Production d'une carte analytique des dispositifs en occitanie en 2021 :

https://umap.openstreetmap.fr/fr/map/prescapp-occitanie_593253#7/44.053/2.461

Mémoire d'Éline Le Gall Lyon 1 – 2019-2020

Consultable ici : <https://bit.ly/3YW3GY3>

Table des tableaux et figures

Tableau 1 : Proportion des répondants rapportant un problème de santé chronique, en fonction de l'âge (P<0.000). Lire 44 % des répondant·es de 55-59 ans déclarent un problème de santé chronique.....	192
Tableau 2 : Proportion des répondants rapportant une limitation fonctionnelle dans les activités quotidiennes, durant depuis plus de 6 mois, en fonction de l'âge (P<0.000). Lire : 13 % des répondant·es de 55-59 ans se déclarent être fortement limité·es quotidiennement.	192
Tableau 3 : État de santé subjectivement perçu, en fonction de l'âge (P<0.000). Lire 17 % des répondant·es de 55-59 se déclarent en très bonne santé.....	193
Tableau 4 : Nombre de pratiques rapportées, en fonction de l'âge des répondants (P<0,000) (% ligne). Lire 18 % des répondant·es de 55-59 déclarent 0 ou 1 activité physique.	194
Tableau 5 : Fréquence et pourcentage de la population âgée de plus de 55 ans et rapportant au maximum 2 pratiques physiques au cours des 12 derniers mois, rapportant un problème	

de santé (maladie chronique, limitation fonctionnelle, ou mauvaise santé subjectivement perçue), par classe d'âge.....	195
Tableau 6 : Nombre de pratiques d'APS rapportées en fonction du métier [présent ou passé] P<0.000). Lire 32,5 % des femmes et hommes agriculteurs exploitants actifs et retraités (parmi les 55 ans et plus) déclarent 0 ou 1 activité physique.....	196
Tableau 7 : Nombre de pratiques d'APS rapportées en fonction du diplôme, pour les personnes âgées de 55 ans et plus (P<0.000). Lire 30,6 % des femmes et hommes sans diplôme de 55 ans et plus déclarent 0 ou 1 activité physique.....	197
Tableau 8 : Aisance financière perçue selon le degré de limitation fonctionnelle, dans la population âgée de 55 ans et plus (P<0.000). Lire 12,5 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) déclarant être fortement limité·es au quotidien se déclarent à l'aise financièrement.	198
Tableau 9 : Aisance financière perçue selon l'atteinte par un problème de santé chronique ou de longue durée, dans la population âgée de 55 ans et plus (P<0.000). Lire 16,8 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) déclarant un problème de santé chronique se déclarent à l'aise financièrement.....	199
Tableau 10 : Aisance financière perçue selon l'état de santé subjectivement perçu, dans la population âgée de 55 ans et plus (P<0.000). Lire 31,1 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) se trouvant en très bonne santé se déclarent à l'aise financièrement.	199
Tableau 11 : Nombre de pratiques d'APS rapportées en fonction du sexe, dans la population âgée de 55 ans et plus (P<0.000). Lire 20,5 % des femmes (parmi les 55 ans et plus) déclarent 0 ou 1 activité physique dans les 12 derniers mois.	200
Tableau 12 : Fréquence et % de la pratique encadrée en fonction du sexe, dans la population âgée de 55 ans et plus (P<0,000). Lire 55 % des femmes (parmi les 55 ans et plus) ne déclarent pas d'activité physique encadrée dans les 12 derniers mois.	201
Tableau 13 : Effectif et % de la population de 55 et plus rapportant avoir pratiqué une activité pédestre (marche, randonnée, balade) au cours des 12 derniers mois (P<0.0000), par statut pondéral et par sexe. Lire 23,5 % des répondant·es (parmi les 55 ans et plus) – dont 24,4 % des femmes et 17,9 % des hommes – ayant une IMC équivalente à un sous-poids ne déclarent pas avoir pratiqué de la marche dans les 12 derniers mois.	202
Tableau 14 : Orientation vers l'APA selon le statut pondéral, par âge, dans cinq départements français	213
Tableau 15 : Difficultés à pratiquer une activité physique dans la population française âgée de 55 ans et plus, selon le statut pondéral. Enquête ENPPS 2020, INJEP (ChisQ <0001).....	214
Figure 1 : Statut pondéral des personnes adressées dans un programme d'APA, comparé au statut pondéral de la population âgée de 55 ans et plus, et à celui des personnes engagées dans une activité supervisée à 55 ans et plus, par âge et par sexe	213

Table des matières

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	4
RÉSUMÉ	2
ABSTRACT	3
SYNTHÈSE LONGUE	4
SYNTHÈSE LONGUE : LE CONTEXTE.....	6
MÉTHODOLOGIE	9
PRINCIPAUX RÉSULTATS	10
1. <i>Politiques de la prescription</i>	11
2. <i>Professionnels de la prescription</i>	13
3. <i>Pratiquant·es sur prescription</i>	15
LES APPORTS POUR LES DÉCIDEURS :.....	17
LES PERSPECTIVES DE RECHERCHES :	18
BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE :	19
RAPPORT SCIENTIFIQUE COMPLET	22
INTRODUCTION	24
L'ENQUÊTE ET LE COLLECTIF	27
OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE – EN RÉSUMÉ :	30
OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE – EN DÉTAIL.....	31
LE CONTEXTE ET LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	31
LES MÉTHODOLOGIES PAR AXE (PRÉVISIONS ET ÉVOLUTIONS).....	32
Axe 1 – <i>La construction publique de l'offre d'APA : Enquête multisite sur l'organisation de l'offre d'APA, à l'échelon régional et au niveau du territoire d'action des dispositifs étudiés.</i>	32
Axe 2 – <i>La réception par les médecins de cette politique publique en construction : Enquête quantitative (niveau régional) et qualitative (territoires d'action des dispositifs étudiés) auprès des médecins traitant·es et spécialistes.....</i>	34
Volet quantitatif	34
Volet qualitatif	34
Axe 3 – <i>La réception par les usager·es et les effets sur les parcours : Enquête qualitative longitudinale sur les trajectoires des personnes dans l'APA (via les dispositifs étudiés)</i>	36
Phase 1 : Entrée dans le dispositif	37
Phase 2 : Premiers retours sur la pratique	37
Phase 3 : Entretien auprès de pratiquants sortis ou en fin de programme	37
Des éléments d'enquête complémentaires.....	39
Axe 1 : des éléments quantitatifs ad hoc	39
Axe 2 : recension et analyse de revues médicales et littérature grise	39
Axe 3 : Du quantitatif avec l'exploitation de l'ENPPS2020	39
Un travail de recherche marqué par le contexte sanitaire et les transformations de l'action publique	40
CHAPITRE 3 – SOMMAIRE	42
INTRODUCTION	43
PARTIE I. SOCIOHISTOIRE D'UNE DISPOSITION LÉGISLATIVE	46
1. <i>Avant la prescription</i>	46
2. <i>Une loi n'arrive jamais seule. Prescription médicale et fusion des régions</i>	49
3. <i>Institutionnalisation de la prescription ou expérimentation permanente</i>	52
PARTIE II — COMMENT DÉVELOPPER LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ?	54
1. <i>Le rôle des coordinateurs</i>	54
2. <i>Les villes et structures intercommunales, acteur fort de l'activité physique sur prescription ?</i>	57
Étude de cas : Développer et organiser la prescription médicale en milieu rural grâce à une collectivité	61

3. <i>Les entrepreneurs en APA en soutien ? Une jonction entre intérêts politiques et professionnels.....</i>	62
4. <i>Le maintien des associations sportives au centre des dispositifs</i>	65
PARTIE III. LES RÉSEAUX LOCAUX DE LA PRESCRIPTION. UN RENOUVELLEMENT DE L'INTERSECTORIALITÉ....	66
1. <i>Un travail d'articulation de la prévention en santé.....</i>	68
2. <i>L'activité physique sur prescription, outil de la sanitarisatoin du social</i>	70
3. <i>Contre-point : Le cas de la Guyane.....</i>	72
CONCLUSION DU CHAPITRE.....	75
BIBLIOGRAPHIE	76
CHAPITRE 2 – SOMMAIRE	80
INTRODUCTION.....	81
<i>Autonomie et hétéronomie du champ médical : tensions entre la loi et le fonctionnement du champ</i>	82
<i>L'APA, une pratique de prévention prise dans le mouvement de marchandisation de la santé ?</i>	83
<i>Les tensions entre les logiques de la santé publique et les logiques du champ médical</i>	84
<i>Santéisme (healthism).....</i>	85
<i>Difficultés de l'intégration dans le champ médical d'une pratique aux frontières du sport et travail de réduction de la distance sociale entre milieu médical et non médical</i>	86
<i>La prescription d'APA prise dans un double mouvement d'affirmation et de remise en jeu de l'autorité médicale</i>	87
PARTIE 1. LA CO-CONSTRUCTION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	89
1.1 DÉVELOPPER LA PRESCRIPTION MÉDICALE D'AP. L'INSCRIPTION EN DEMI-TEINTE D'UNE PRATIQUE AUX FRONTIÈRES DU CHAMP MÉDICAL.....	89
1.1.1. <i>Des représentations médicales polarisées entre « les recommandations » de santé publique, l'APA comme soin de support hospitalier et le sport-performance-danger</i>	89
1.1.2. <i>Un petit groupe de médecins entrepreneurs de cause dans les espaces locaux de la prescription ...</i>	93
Encadré théorique : un point sur les notions permettant de saisir les situations variées observées	93
1.1.3 <i>Portraits de « passeurs » de l'APA</i>	97
Dr Laurent, praticien hospitalier universitaire au sein d'un CHRU, critique des politiques du New Public Management, mais « passeur » d'une politique de l'APA responsabilisante	97
Dr Mathieu — Médecin généraliste d'une quarantaine d'années, co-dirigeant d'une MSP et président d'une CPTS, « passeur » par conviction et multipositionné	98
Engagé dans une maison de santé pluriprofessionnelle et une communauté professionnelle territoriale de santé en milieu rural : un médecin généraliste qui s'est saisi des réformes récentes	98
Entrepreneur d'une morale santéiste, omnipraticien avec une large palette thérapeutique	99
1.1.4. <i>Éléments sur l'espace de la formation à la prescription (formation initiale/continue)</i>	102
Observation d'une formation en DMG sur l'offre de soins incluant l'APA	103
1.2. DES MÉDECINS MIS EN POSITION DE FAVORISER (OU NON) LA COORDINATION ENTRE DES DOMAINES D'ACTIVITÉ ÉLOIGNÉS 105	105
1.2.1. <i>Les médecins, « destinataires » de l'article 144 ?</i>	105
Encadré théorique : Des médecins coproducteurs de la loi. « Destinataires », « intermédiaires », ou « passeurs » de la politique de santé relative à l'activité physique adaptée (?)	105
Destinataires = coproducteurs : les médecins en position de trier les bénéficiaires	108
1.2.2. <i>Des tensions inscrites dans le document de prescription et dans le rapport aux données de santé 109</i>	109
Observation d'une formation en DPC sur la prescription d'APA effectuée par un passeur, début 2025	110
1.2.3. <i>Une prescription sous condition des possibilités d'orientation.....</i>	111
1.3. L'APPROPRIATION D'UN BIEN DE SANTÉ PAR SES « DESTINATAIRES »	114
1.3.1. <i>Un enjeu pour les structures offreuses d'APA : accroître l'offre par le relais des médecins</i>	114
1.3.2. <i>L'appropriation par ses destinataires : « demander » une PAP</i>	116
1.3.3. <i>Une appropriation déniée. Une relation négociée avec les patient·es peu mise en avant par les médecins ; et une invisibilité des interventions des professionnels de l'APA</i>	117
PARTIE 2 — PRATIQUES ET DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION.	120
2.1. LA PRESCRIPTION ET SES AMBIGUITÉS	120
2.1.1. <i>L'APA dans l'ensemble des pratiques de prescription des soins physiques.....</i>	120
2.1.2. <i>Les effets des incertitudes administratives et juridiques de la prescription d'AP</i>	123
2.1.3. <i>« Prescription » orale, conseils écrits, ordonnance avec adresse... les multiples façons de prescrire de l'AP, ou de ne pas le faire</i>	125

/ !\ Résumé des premiers éléments. Distinguer typologie des formes et trajectoires individuelles	129
2.2. LES DÉTERMINANTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DE LA (NON-) PRESCRIPTION	131
2.2.1. <i>Une pratique qui viendrait interroger les limites de l'autorité des médecins</i>	132
2.2.2. <i>Comment le problème est posé : Des médecins « contre » la prescription, ou non-prescripteurs ?</i>	134
« Contre la prescription » ?	134
Non-prescripteurices = non formé·es ? Pas si simple	135
2.2.3. <i>L'effet des transformations des modes d'organisation du travail médical</i>	135
Étude de cas : les effets de la proximité avec les professionnels d'APA au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur les pratiques de prescription des médecins	135
Des effets de la réforme de l'organisation des soins	136
Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles	137
Les communautés professionnelles territoriales de santé	137
Le rôle des intermédiaires et l'allongement des chaînes de prescription	139
2.2.4. <i>Quid des effets de la socialisation sportive : les médecins du sport, favorables ou à distance de la prescription d'AP ?</i>	143
2.2.5. <i>Pour conclure sur les déterminants de la PAP et sur le processus de prescription</i>	146
2.3. LA PRESCRIPTION DANS SES RELATIONS AVEC LE TRI DES RESSORTISSANT·ES ET LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	148
2.3.1. <i>La question du vieillissement : les seniors (in) actifs et le grand âge</i>	148
« Travailler » au concret avec les âges (et les sexes)	148
La « motivation » (et la compliance) des patient·es aux alentours de la retraite	149
Une opposition entre âges proches de la retraite et grand âge	150
Une tension entre vieillissement en santé et fragilité	152
Un contre-exemple : se servir de la « médicalisation » de l'APA pour leur « sortir l'âge de la tête »	154
2.3.2. <i>Ciblage des pathologies ou focus sur la corpulence ? Un lien systématiquement fait entre surpoids et inactivité</i>	155
2.3.3. <i>Les effets des catégories de classe ou statut social attribuées aux patient·es</i>	158
2.4.4. <i>En conclusion, catégorisations des patient·es = gate-keeping ?</i>	160
2.4. L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR PRESCRIPTION, UN VECTEUR DE RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ COMPARATIVEMENT AU CONSEIL ?	162
2.4.1. <i>Aborder la réduction des ISS par la question de la gratuité ou du coût des programmes</i>	163
2.4.2. <i>Quelles relations entre l'engagement social des médecins et la prescription d'APA</i>	166
2.4.3. <i>La libilité des usages de la prescription d'APA</i>	167
CONCLUSION	170
BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE	174
ANNEXES CHAPITRE 2 :	181
A. <i>Tableau de présentation des enquêté·es :</i>	181
B. <i>Questionnaire créé pour diffusion auprès des médecins :</i>	181
C. <i>Guide d'entretien :</i>	181
D. <i>Grille d'analyse partagée (pour codage sous Sonal) :</i>	181
E. <i>Articles publiés par des membres du collectif relatifs à l'axe Médecins</i>	181
CHAPITRE 3 – SOMMAIRE	183
INTRODUCTION	184
<i>Parcours dans les pratiques physiques, le sport santé et l'APA des personnes vieillissantes</i>	184
<i>Une contribution à une sociologie de la déprise/reprise de soi aux âges avancés</i>	185
<i>Une politique publique faiblement structurante pour ses destinataires, mais qui fait l'objet d'un fort engagement</i>	186
Encadré : Comment s'intéresser à « l'appropriation » d'une pratique comme l'APA ? Point théorique	186
PARTIE I — LA « DEMANDE ». CARACTÉRISTIQUES DE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE AU COURS DE LA VIE ET AVEC L'AVANCÉE EN ÂGE À PARTIR DE L'EXPLOITATION DE ENPPS2020	189
<i>L'enquête ENPPS 2020, premiers résultats sur les pratiques en lien avec l'état de santé perçu</i>	189
L'enquête ENPPS 2020 :	190
<i>La limitation des pratiques physiques après 55 ans</i>	193
<i>Inégalités sociales d'accès à la pratique physique</i>	196
<i>Les effets économiques des inégalités sociales de santé sur la probabilité d'accéder aux activités physiques</i>	198
<i>Genre et pratiques physiques</i>	200

<i>Focus sur le poids : L'incidence des situations de surpoids et d'obésité sur les pratiques, en lien avec l'état de santé perçu des 55 ans et plus</i>	201
<i>En conclusion de la partie sur les pratiques physiques des Français·es de 55 et plus.....</i>	203
PARTIE II. LES PROGRAMMES D'APA, REFLETS ET ESPACES D'AMÉNAGEMENT DES INÉGALITÉS SOCIALES ? DE L'ENTRÉE AU MAINTIEN OU AU DÉSINVESTISSEMENT : CONTRAINTES ET APPROPRIATION DES PRATIQUANT·ES	204
1. PRESCRIPTION ET ENTRÉE DANS UN PROGRAMME D'APA : SEUILS ET MOMENT DE « CADRAGE » DE LA FUTURE PRATIQUE....	204
<i>La prescription médicale, un seuil ?</i>	204
<i>Un « sas » : délais d'attente et attrition entre la prescription et l'entrée dans les programmes</i>	206
Différences et régularités des programmes passerelles.....	208
<i>Définitions de la forme et de la santé en concurrence. Le moment du bilan.....</i>	209
Une tension entre les logiques sportives, (bio) médicales et pédagogiques.....	210
Une prédominance d'une conception instrumentale, plutôt que médicalisée, de la santé.....	210
Une inégale incorporation des normes médicales et résistances	211
Des formes d'adhésion.....	211
À diverses formes de résistances à cette auto-évaluation :	211
<i>Les informations notées lors des bilans dans 5 départements. Une surreprésentation des personnes déclarées en surpoids... et après ? Que dire sociologiquement des « données » enregistrées sur leurs usagers et usagères</i>	212
Encadré méthodologique	212
2. ENJEUX EXPLICITES ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE L'ENGAGEMENT ET DU MAINTIEN DANS LES PROGRAMMES D'APA	214
2-1. ENJEUX ÉNONCÉS, ENJEUX IMPLICITES : L'APA INSCRITE DANS UN DOUBLE PARCOURS DE SOIN ET SPORTIF	215
<i>Un effet indirect de la désinstitutionnalisation des parcours : l'APA comme facilitatrice des transitions vers la retraite</i>	215
Désinvestir la sphère professionnelle ou y prolonger son engagement grâce à l'APA.....	215
Un ensemble d'autres modifications en lien avec la retraite	217
<i>Maintien du lien social et de sa productivité après la retraite : une inscription régulière dans des formes associatives.....</i>	218
<i>Des attentes genrées à replacer dans des dynamiques conjugales : l'APA facilitatrice du maintien d'une position active dans les « jeux » et rôles familiaux aux âges avancés</i>	220
<i>Mettre en avant « la perte de poids » : enjeux explicites, enjeux implicites</i>	223
2-2. DÉTERMINANTS SOCIAUX ET CULTURELS DE L'ENTRÉE ET DU MAINTIEN DANS LES PROGRAMMES.....	225
<i>Qui est prédisposé·e à se maintenir dans les programmes ? Le recrutement social des pratiquant·es....</i>	226
<i>Le capital culturel dans tous ses états</i>	227
<i>Les effets de la détention d'un capital culturel spécifique mobilisable dans le champ médical</i>	228
Les effets de la socialisation médicale liée aux pathologies des pratiquant·es	229
<i>Les effets de la socialisation sportive.....</i>	231
Une faible socialisation sportive pour une majorité de nos enquêté·es	231
Des expériences faiblement structurantes, mais réactivées à l'occasion de l'entrée dans l'APA	232
Une référence en miroir au sport de compétition...	232
... Et aux normes corporelles organisant le champ sportif	233
2-3. FORMES DE L'APPROPRIATION DES PROGRAMMES D'APA.....	234
<i>« On est là pour sa santé »</i>	236
<i>Comment les pratiquant·es parlent et s'approprient le programme de travail.....</i>	237
Maintenir ses capacités physiques... et mentales, et « vivre avec » ses limitations : logiques d'ajustement à l'avancée en âge	238
Parler des séances : des répertoires techniques aux schèmes incorporés	239
<i>Progresser dans les séances, l'auto-objectivation en miroir des autres pratiquant·es.....</i>	240
<i>L'attitude des hommes dans des programmes majoritairement féminins</i>	241
<i>Étude de cas : un groupe de marche nordique, une pratique à distance des logiques sportives et sanitaires ?</i>	242
<i>Le maintien dans les programmes, un reflet des inégalités de santé</i>	245
<i>Quid des objectifs de santé publique de remettre des personnes en activité ?</i>	246
1- Qu'en est-il de l'appropriation de ce bien <i>en soi</i> , c'est-à-dire indépendamment des caractéristiques de la pratique et des objectifs de santé publique ?	247
2- Qu'est-ce que le désinvestissement au fil du programme – parfois après un engagement initial important dans la pratique – permet d'objectiver de cette politique de santé publique ?	247

CONCLUSION :	248
BIBLIOGRAPHIE DU CHAPITRE 3	251
ANNEXES DU CHAPITRE 3	254
ANNEXE A' – PART DE LA POPULATION RAPPORTANT UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE, PAR ÂGE.....	254
ANNEXE B' – EFFECTIF ET POURCENTAGE DE PRATIQUANT·ES POUR DIFFÉRENTES FAMILLES DE PRATIQUE, PAR ÂGE (SANS PONDÉRATION)	255
ANNEXE C' - USAGES QUOTIDIENS DU CORPS DES PERSONNES ÂGÉES DE 55 ANS ET PLUS, POUR LES PERSONNES RAPPORTANT UN PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE, DES LIMITATIONS QUOTIDIENNES, ET LA PERCEPTION D'UN MAUVAIS ÉTAT DE SANTÉ (P<0,000)	256
ANNEXE D' – USAGES QUOTIDIENS DU CORPS DES PERSONNES ÂGÉES DE 55 ANS ET PLUS, PAR SEXE.....	258
ANNEXE E' – PRATIQUE DE PLUSIEURS FAMILLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES, EN FONCTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ PERÇU, D'UNE MALADIE CHRONIQUE ET DE LIMITATIONS FONCTIONNELLES, DANS LA POPULATION ÂGÉE DE 55 ANS ET PLUS	261
ANNEXE F' – PRATIQUE DE DIFFÉRENTES FAMILLES D'ACTIVITÉ PHYSIQUE, EN FONCTION DU STATUT PONDÉRAL	262
ANNEXE G' – GUIDES D'ENTRETIENS RÉPÉTÉS	263
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	264
III. PROGRAMME PRESCAPP – ANNEXES GÉNÉRALES	270
ARTICLES ET CHAPITRE PUBLIÉS OU À PARAÎTRE AVEC LIENS DE CONSULTATION	270
POSTER DU PROJET ORGAPP (FINANCEMENT PROJET SUITE PAR LIEPP)	270
CONSULTABLE ICI : HTTPS://BIT.LY/4KWSBCY	270
LITTÉRATURE GRISE.....	271
STAGE D'ALYS MARTIN GRIS M2 SDO LYON 2/STAGE UNIVERSITÉ DE NÎMES – 2020-21	271
MÉMOIRE D'ALIX RÉMY, M2 APAS U. LORRAINE – 2020-21	271
STAGE NINA GUINAMAND 2021:	271
MÉMOIRE D'ÉLINE LE GALL LYON 1 – 2019-2020	271
TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	271
TABLE DES MATIÈRES	273