



Des patient×e×s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception

Sandrine Knobé

► To cite this version:

Sandrine Knobé. Des patient×e×s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception. CORPS : Revue Interdisciplinaire, 2019, N°17 (1), pp.91-101. <10.3917/corp1.017.0091>. <hal-02987534>

HAL Id: hal-02987534

<https://hal.science/hal-02987534v1>

Submitted on 3 Nov 2020

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

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



HAL Authorization

Pour citer cet article :

Knobé S. (2019), « Des patient·e·s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception », *Corps*, vol.17, n°1, pp.91-101.

Des patient·e·s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception

Sandrine Knobé

Ingénieure de recherche

Laboratoire *Sport et sciences sociales* (EA1342, E3S)

Université de Strasbourg

knobe@unistra.fr

Résumé

Dans un contexte de lutte contre la sédentarité, les politiques publiques de santé cherchent à encourager les individus à pratiquer de l'activité physique de manière régulière (Stratégie Nationale de Santé 2017-2020). Outre les campagnes nationales de prévention développées dans le cadre du Plan National Nutrition Santé en France par exemple, de nombreuses villes mettent en place des programmes de promotion de la santé par les activités physiques. En prenant appui sur des données empiriques issues de plusieurs enquêtes sociologiques auprès de bénéficiaires d'actions de ce type mises en place par la ville de Strasbourg, nous essaierons de comprendre le point de vue des bénéficiaires eux-mêmes. À partir d'une perspective sociologique compréhensive (Weber, 1971) qui articule histoire sociale de l'acteur (Bourdieu, 1980, 1997) et contextes sociaux (Lahire, 1998, 2013), nous montrerons les usages et rapports sociaux différenciés des bénéficiaires à ces actions visant à modifier leurs habitudes de vie.

Des patient-e-s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception

Introduction

Dans une optique de lutte contre la sédentarité – en lien avec une forte prévalence de maladies non transmissibles, cardiovasculaires ou métaboliques, mais aussi de l'obésité –, la pratique régulière d'activité physique¹ est vivement recommandée (OMS, 2011) et même encouragée à être prescrite comme thérapeutique non médicamenteuse (HAS, 2011)². Dans ce contexte, certaines municipalités développent leurs propres actions d'incitation à la pratique d'activité physique. C'est le cas par exemple de la ville de Strasbourg où ce type d'actions fait partie des priorités du Contrat Local de Santé³ 2015-2020. Sur le territoire de l'Eurométropole de Strasbourg⁴ un document de diagnostic a dressé en 2011 un état des lieux de la santé de la population et souligné des inégalités entre catégories sociales, générations et territoires (Communauté urbaine de Strasbourg, 2011). Il met en évidence à l'échelle locale une diminution de l'activité physique favorable à la santé plus accentuée dans les QPV⁵. Le dispositif « sport-santé sur ordonnance » (SSSO) de Strasbourg vise ainsi la promotion de la santé par l'activité physique dans une optique de lutte contre les maladies chroniques et les inégalités sociales d'accès au sport. Il s'adresse plus particulièrement aux personnes résidant dans les QPV ou se caractérisant par de faibles ressources économiques.

Ces actions de prévention ciblent des individus souvent éloignés du monde du sport dans la mesure où ils ne pratiquent pas voire n'ont jamais pratiqué d'activités sportives dans un cadre institutionnel par exemple (au sein d'une association notamment). Elles cherchent à toucher des personnes dont les modes de vie sont très sédentaires – qui ne pratiquent que peu d'activité physique dans leur quotidien – et qui sont atteintes de pathologies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension artérielle. Il nous semble alors intéressant d'interroger la réception par les bénéficiaires de ces actions de promotion de la santé par les activités physiques, ces entreprises de « gouvernement des corps » (Fassin et Memmi, 2004). Comment la participation à ces actions est-elle vécue par les bénéficiaires eux-mêmes ? De quelle manière entrent-ils dans le parcours de sport-santé proposé par les professionnels de la santé et des activités physiques ?

¹ « L'activité physique regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc.). Les principaux domaines de pratique d'activité physique sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'activité physique de loisirs non structurée » (ANSES, 2016, p.21).

² Depuis 2016, cette possibilité de prescription est inscrite dans la loi : Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé et décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

³ Le Contrat Local de Santé (CLS) est la forme contractuelle des priorités identifiées dans un plan local de santé et mises en commun entre la commune ou l'intercommunalité et l'Agence régionale de santé.

⁴ La communauté urbaine de Strasbourg créée en 1967 prend le nom d'Eurométropole en janvier 2015 et regroupe actuellement 33 communes.

⁵ Depuis le 21 février 2014, la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine a défini des Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville – QPV (Loi n° 2014-173). Ce sont des territoires d'intervention du ministère de la ville. Il y en a environ 1 500 en France définis par le commissariat général à l'égalité des territoires à partir des données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) sur le revenu des habitants. Depuis le 1^{er} janvier 2015, ces périmètres se substituent aux zones urbaines sensibles (ZUS) et aux quartiers en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS).

Penser les pratiques des bénéficiaires

Des travaux de recherche en sociologie du sport ont déjà interrogé les rapports à la pratique physique de patient·e·s souffrant d'affections chroniques (Fuchs, 2011 ; Barth, 2012 ; Cazal, 2012 ; Ferez et Thomas, 2012 ; Marcellini et al., 2016). Ces travaux questionnent l'engagement des patient·e·s dans une activité physique adaptée encadrée au sein d'un dispositif spécifique de prise en charge (pour les personnes ayant du diabète par exemple) ou pratiquant dans des associations sportives ou de manière auto-organisée. Ils analysent les histoires individuelles de ces patient·e·s en mobilisant notamment les concepts de trajectoire de maladie (Strauss, 1992) et de carrière (Becker, 1963). L'engagement dans une pratique d'activité physique est alors appréhendé comme un processus par étapes (*carrière*) influencé par le cours d'une maladie et tous les ajustements qu'elle suppose (*trajectoire de maladie*) (Barth et al., 2014).

Notre approche tend à contribuer à cette connaissance des pratiques d'activité physique des patient·e·s qui nécessite d'articuler les dimensions sanitaires, sportives et sociales. Nous chercherons à comprendre les rapports à l'activité physique de bénéficiaires d'un dispositif de promotion de la santé par les activités physiques via une prescription médicale. Notre analyse portera essentiellement sur la différenciation de la réception de ces actions de promotion de la santé en fonction du degré de socialisation (Darmon, 2006) sportive antérieure des bénéficiaires. À partir d'une perspective sociologique compréhensive (Weber, 1971) qui articule histoire sociale de l'acteur (Bourdieu, 1997) et contextes sociaux (Lahire, 2013), nous montrerons les usages et rapports sociaux différenciés des bénéficiaires à ces actions visant à modifier leurs habitudes de vie. Une socialisation sportive durant l'enfance, notamment dans le milieu familial, peut encourager une pratique sportive à l'âge adulte. Des dispositions⁶ à la pratique d'activités physiques expliquent sans doute, dans une certaine mesure, l'expression d'un accord et d'une prise en compte des recommandations en termes de pratique d'activité physique. Toutefois, la majorité des personnes concernées par les dispositifs de prescription médicale d'activité physique étudiées ici sont atteintes de pathologie chronique – parfois depuis de nombreuses années – et résident essentiellement dans des quartiers populaires où le taux de pratique sportive est moindre (Gasparini, Vieille Marchiset, 2008). Cette spécificité est d'autant plus importante que les résistances à des formes d'imposition normative y sont plus accentuées (Thin, 2005 ; Constance et Peretti-Watel, 2010).

La pratique d'activité physique dont il est question ici est prescrite aux bénéficiaires dans une volonté de promotion de la santé visant à réduire les effets de diverses pathologies et favoriser une « meilleure » santé. Des modifications de pratiques – en termes d'activité physique – sont-elles perceptibles ? En focalisant notre attention sur les histoires individuelles des bénéficiaires – notamment d'un point de vue de leur socialisation sportive – nous questionnons leurs rapports à l'activité physique et les possibles modifications de pratiques du fait de leur participation à un dispositif de promotion de la santé. À partir de données empiriques recueillies auprès des bénéficiaires du dispositif SSSO de Strasbourg, nous avons observé quatre types principaux de rapports aux activités physiques en fonction du degré de socialisation sportive antérieure (à l'entrée dans le dispositif) : un renforcement, une reprise, un renouvellement ou une découverte des pratiques d'activité physique.

⁶ « Avoir une disposition, c'est être enclin à agir régulièrement de telle ou telle manière, dans telles ou telles circonstances » (Bourdieu, 1998, p.8).

Présentation du dispositif étudié et méthodologie

Depuis 2012, le dispositif « sport-santé sur ordonnance » (SSSO), déployé sur la commune de Strasbourg, propose à des personnes adultes atteintes de différentes pathologies (hypertension artérielle, diabète de type 2, obésité, maladies cardiovasculaires stabilisées, cancer du sein et du côlon, VIH) un accès et un accompagnement à l'activité physique dans un cadre adapté. L'entrée dans le dispositif s'effectue via une ordonnance médicale pouvant être délivrée par l'un des médecins prescripteurs de la ville. La première année de participation est gratuite pour les bénéficiaires, puis une tarification sociale⁷ est appliquée pour deux années supplémentaires. L'objectif est, qu'à l'issue des trois années de prise en charge, les bénéficiaires puissent continuer une pratique soit de manière auto-organisée, soit dans le cadre des activités proposées par les associations locales. Entre mars et juillet 2013, une enquête⁸ a été menée auprès des bénéficiaires de ce dispositif. La démarche développée était qualitative et basée sur les discours des patient·e·s à partir d'entretiens semi-directifs à deux étapes de leur parcours dans le dispositif : à l'entrée (à la première séance d'activité physique), puis trois mois après. Au total, trente-trois bénéficiaires ont été interviewés, vingt femmes et treize hommes.

Rapports des bénéficiaires aux actions de sport-santé

La typologie présentée ici a pour ambition de caractériser les rapports des bénéficiaires aux activités physiques en général et plus spécifiquement à SSSO. En référence aux socialisations sportives actuelles et antérieures des bénéficiaires, nous présenterons d'abord les formes de renforcement, de reprise et de renouvellement des pratiques d'activité physique observées, pour ensuite expliciter les exemples de découverte de la pratique d'activité physique.

Une activité parmi d'autres

Environ deux cinquièmes des bénéficiaires interrogés étaient physiquement actifs lors de leur entrée dans SSSO, souvent par le biais d'une pratique libre d'activités telles que la marche, la natation ou le vélo. Cinq de ces bénéficiaires ont même pratiqué un sport en compétition pendant leur jeunesse. Ils trouvent alors dans SSSO l'occasion d'un « renforcement » de leur activité physique ou sportive et ils sont nombreux à préciser ne pas avoir ressentis d'effets bénéfiques particuliers du fait de la pratique au sein de SSSO. S'ils se caractérisent, comme les autres bénéficiaires enquêtés, par des propriétés socioéconomiques faibles, elles s'avèrent légèrement plus favorables que pour d'autres (avec notamment davantage de locataires en parc privé voire de propriétaires de leur logement).

Le dispositif apparaît comme une opportunité de pratiquer davantage ou à moindre frais. S., une bénéficiaire âgée de 40 ans et résidant dans un quartier populaire de la ville de Strasbourg nous en donne un exemple. C'est sur son initiative qu'elle va obtenir l'ordonnance nécessaire à sa participation à SSSO dont elle avait pris connaissance par les médias. Dans ce cadre, elle obtient un abonnement annuel au système de location de vélo, vél'hop. Elle saisit le dispositif comme une opportunité de changer de vélo, pour en obtenir un « *plus costaud* » que celui qu'elle possède déjà.

⁷ En fonction de son quotient familial, le bénéficiaire s'acquitte d'une cotisation de 20, 50 ou 100 euros par année (à l'issue de la première année gratuite).

⁸ Étude cofinancée par l'Université de Strasbourg et l'Agence Régionale de Santé d'Alsace (ARSA) dans le cadre des Appels à projet 2013 « Prévention-Promotion de la santé ». Pour une présentation détaillée de l'étude, cf. Gasparini, Knobé, 2013 ; Gasparini et al., 2015 ; Marsault, 2016, 2017.

Le dispositif permet à ces bénéficiaires de diversifier leurs activités ou d'accéder à un service gratuit (pour le vél'hop). Le dispositif représente alors un support supplémentaire dont se saisissent certaines personnes dans un processus, déjà en cours, de prise en compte des recommandations de santé publique en matière d'activités physiques. Les pratiques physiques des personnes concernées ne montrent pas de modifications majeures, si ce n'est pour certains une intensification de leur pratique physique.

Une reprise de pratique

Parmi les bénéficiaires de SSSO rencontrés, environ une dizaine (dont une majorité d'hommes) reprend une activité physique par l'intermédiaire du dispositif. Ils se caractérisent par des ressources sociales et économiques assez hétérogènes comprenant davantage de personnes en activité professionnelle, mais aussi avec des cadres ou des professions intermédiaires. Très rapidement, ils soulignent les effets bénéfiques ressentis, du point de vue d'un bien-être général mais aussi en termes de perte de poids. Ces bénéficiaires font état d'une pratique antérieure d'activité physique ou sportive au cours de leur histoire personnelle. Même s'il s'agissait pour la plupart d'activités de loisirs non compétitives, ils ont été socialisés à la pratique d'activité physique souvent en tant qu'enfant ou jeune adulte et en gardent un souvenir positif. Ils ont également pratiqué durant plusieurs années, de manière régulière.

C'est le cas par exemple de Monsieur D., âgé de 47 ans, qui a expérimenté « *un éventail très large* » de pratiques en club lorsqu'il était enfant et adolescent (athlétisme, aikido, taï-do, escrime et boxe). Il se rend chez son médecin traitant afin de pouvoir participer à SSSO dans l'optique de reprendre une activité physique « *dans un cadre* ». Il est obèse depuis une quinzaine d'années et souffre de diabète depuis cinq ans. Il va pratiquer régulièrement de la marche nordique, du qi gong et de l'aviron dans le cadre de SSSO, cadre qu'il pense idéal pour une reprise en main : « *Franchement, si on repart d'un point zéro, il vaut mieux être entre personnes souffrant de quelque chose. Le temps que la personne réussisse à remettre son corps dans l'espace, et se dit que quoi qu'il arrive, elle est normale pour pouvoir aller ensuite. [...] ça permet de progresser de manière normale* ».

Cette reprise de pratique au sein du dispositif semble permettre une réactivation de dispositions développées au cours de socialisations antérieures (Lahire, 1999). Si une modification des pratiques effectives s'atteste, les conditions mêmes de sa réalisation sont fortement liées aux socialisations corporelles passées d'autant plus qu'elles ont été précoces (Berger et Luckmann, 1966). Parfois la reprise de pratique ne correspond pas à un parcours-type discontinu, engagé depuis la jeunesse (Henaff-Pineau, 2009)⁹, mais semble plutôt se caractériser par un nouvel essai « réussi » de mise à l'activité physique.

Un renouveau des modalités de pratique

Plutôt qu'une (ré)activation de dispositions acquises lors de socialisations antérieures par différentes expériences physiques ou sportives avant l'entrée dans SSSO, certains bénéficiaires débutent l'une ou l'autre activité physique à l'âge adulte. Ils évoquent ainsi leurs tentatives de mise à la pratique d'une activité physique régulière, qui ne persistent pas dans la durée ou n'ont pas été appréciées. Madame R., 61 ans, relate de la sorte ses expériences de marche nordique puis de yoga, avant de rejoindre SSSO où elle va apprendre à faire du vélo et à nager. Grâce à

⁹ P.-C. Henaff-Pineau (2009) a distingué trois types de trajectoires sportives des pratiquants seniors : un parcours-type continu engagé depuis la jeunesse, un parcours-type continu engagé tardivement et un parcours-type discontinu, engagé depuis la jeunesse, interrompu puis repris.

l'encadrement spécifique mis en place et à l'adaptation des séances, madame R. parvient à faire du vélo seule après quelques mois d'apprentissage. Elle apprécie particulièrement ses nouvelles pratiques physiques, *« le fait de faire du sport, me permet de sortir, de prendre l'air. À ce moment-là, pendant l'heure de sport, je ne m'occupe que de ça, je ne pense qu'à ça. Je viens, j'oublie le reste et tout (...) Et après je me sens bien, je me sens vraiment bien »*. L'ensemble de ses activités physiques et sportives l'oblige à organiser son emploi du temps et l'encourage parallèlement à modifier ses habitudes de vie. Elle explique par exemple que pour être en pleine forme à chaque séance, elle s'est *« imposée »* une certaine hygiène de vie, en s'interdisant notamment de se coucher après 22h30-23h ou encore en étant très vigilante aux produits alimentaires qu'elle achète : *« j'ai mis en place beaucoup de choses autour de moi, personnelles. Ma façon de me reposer. Ma façon de manger. Voilà, tout ça »*. Les conditions qu'offre le dispositif SSSO, notamment un accompagnement adapté, semblent décisives pour encourager une reprise satisfaisante de la pratique d'activité physique. Cette nouvelle pratique diffuse également vers d'autres domaines comme l'hygiène de vie ou l'alimentation.

Une découverte remarquable

Parfois l'engagement dans une pratique d'activité physique peut apparaître comme plus imprévisible car moins en lien avec l'histoire – récente ou plus lointaine – de l'individu. Elle renvoie alors davantage à l'idée de bifurcation (Grossetti et Bidart, 2006 ; Bessin et al., 2009). Ces bénéficiaires sont moins nombreux parmi nos enquêtés, moins d'un cinquième de ceux rencontrés dans SSSO. Très éloignées du monde du sport, ces personnes se caractérisent par des ressources sociales et économiques très faibles (il s'agit surtout d'ouvriers ou d'employés – le plus souvent à la retraite ou au chômage –, et vivant principalement en location dans le parc social de la ville). Ils affirment ressentir nettement des effets bénéfiques de leur pratique physique, principalement au niveau de leur moral et de leur bien-être. L'une ou l'autre personne insiste également sur les relations sociales nouées au cours des pratiques. Quelques mois plus tard, ils soulignent leur plus grande musculation, leur perte de poids voire pour l'une des bénéficiaires la diminution de son traitement médicamenteux.

Madame D., âgée de 57 ans, n'a jamais pratiqué d'activités sportives et consacrait la plus grande partie de son temps à ses six enfants et à son mari. Son entrée dans le dispositif SSSO constitue pour elle une découverte des activités physiques et sportives. C'est son médecin traitant qui lui rédige sa prescription d'activité physique car elle souffre de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle, et présente du surpoids. Elle estime que ses activités *« ça me fait du bien »*, *« je me sens mieux »*. Elle fait aussi état d'un meilleur sommeil et d'une plus grande musculation, et insiste sur les bienfaits sociaux en termes relationnel : *« des fois on passait la semaine... quand on ne travaille pas, on voit personne. Et là, on sort, on voit des gens, et puis ça fait du bien quoi, ça fait du bien de se lever »*. Quelques mois après le début de ses activités, elle pratique toujours régulièrement.

L'entreprise de transformation des pratiques semble ici plus importante dans la mesure où elle ne s'appuie pas sur des dispositions mises en sommeil ou ne semble pas s'inscrire dans un processus déjà engagé. Les effets de la pratique physique sont alors très fortement ressentis corporellement et constituent une véritable découverte. Ces pratiques nécessitent des apprentissages corporels – qui demandent un effort individuel plus conséquent – et donnent lieu à de nouvelles socialisations. L'effet de circonstances particulières (ici une prescription médicale), d'un contexte favorable (activité adaptée) et d'un engagement (effort personnel) se combinent pour amorcer un travail de transformation des pratiques – et plus généralement des habitudes de vie – renforcé par une nouvelle socialisation à l'activité physique.

Conclusion

L'étude des rapports des bénéficiaires aux dispositifs de promotion de la santé par les activités physiques – à travers les discours mêmes des bénéficiaires – permet de questionner les processus de réception de l'incitation à la pratique d'activité physique – via une prescription médicale. Au-delà de la seule connaissance des recommandations de santé publique, c'est par la pratique – et parfois la découverte de la pratique et de ses effets – que les individus s'approprient les prescriptions d'activités physiques. Toutefois, loin d'être uniforme, cette appropriation s'exprime à des degrés différenciés et donne une indication quant au niveau de transformation possible, en cours ou effectuée.

Nous avons mis en évidence quatre types principaux de rapports aux activités physiques dans le cadre d'un dispositif de prescription médicale d'activité physique. Le degré de socialisation sportive antérieure permet de différencier ces rapports. Plus il est important (pratique effective avant l'entrée dans le dispositif, pratique antérieure en compétition ou pratique au cours de l'enfance), moins le travail d'engagement dans l'activité physique semble conséquent, dans la mesure où la pratique au sein de SSSO correspond alors à un renforcement de pratiques actuelles ou à une reprise de pratiques antérieures. Des transformations plus notables s'observent toutefois chez certains bénéficiaires. D'une part certains renouvellent leur expérience de mise à l'activité physique, qui dans le contexte du dispositif trouve des conditions favorables, d'autre part, une petite partie des bénéficiaires s'engagent pour la première fois dans la pratique d'une activité physique encadrée. Malheureusement, nous ne disposons pas à l'heure actuelle de données longitudinales nous permettant de mesurer, dans la durée, la persistance de ces transformations. Ne sont-elles circonscrites qu'à un temps donné, celui de la découverte d'une nouvelle activité ou celui de la prise en charge spécifique ? C'est une question essentielle de futures recherches car les processus de bifurcation ou de conversion nécessitent aussi d'être confirmés pour modifier durablement les pratiques voire les dispositions (Chantegros et al., 2012).

Nos analyses qualitatives ne nous permettent en aucun cas de mesurer l'importance des différents processus repérés. Ils sont toutefois très instructifs car ils précisent les formes de réception d'actions de sport-santé. L'engagement dans ces actions s'inscrit dans une histoire, des conditions ou situations particulières voire un travail de transformation déjà engagé par ailleurs. Les bifurcations – dans le sens d'une mise à l'activité physique sans expérience ou socialisation sportive passées – semblent plus rares dans les différentes formes de réception mises en évidence. Une autre étude¹⁰ relative à un dispositif intitulé « Prise en charge coordonnée des enfants obèses et en surpoids de Strasbourg » (PRECCOSS) destiné aux enfants âgés de trois à douze ans et dépistés comme étant en surpoids ou obèses permet également d'observer les effets d'une socialisation sportive au cours de l'enfance. L'analyse met notamment à jour des stratégies d'évitement de la part de certaines familles dont l'un des enfants a été destinataire d'une ordonnance d'orientation vers PRECCOSS. Cet évitement est surtout le fait des enfants et des parents ayant une faible socialisation sportive.

¹⁰ Étude cofinancée par l'Université de Strasbourg, l'Agence régionale de santé Grand-Est et la ville de Strasbourg dans le cadre d'un projet intitulé « Recherche action sur l'obésité dans les QPV : évaluer les actions publiques et agir ensemble dans les quartiers. Éducation thérapeutique et prévention par l'activité physique » (« Sociétés, Acteurs et Gouvernance en Europe » - UMR 7363 -, et « Sport et sciences sociales », EA 1342). Cette étude a donné lieu à la rédaction d'un mémoire de Master en sciences du sport (Grassler, 2017).

Références

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation (ANSES), 2016. *Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité*, Avis de l'Anses, Rapport d'expertise collective, Maisons-Alfort.

Barth N., 2012. *L'Activité Physique Adaptée pour les personnes atteintes de diabète de type 2. Approche sociologique des "carrières de pratiquant d'APA" dans leurs relations avec la "trajectoire de maladie"*. Thèse pour le doctorat en STAPS, Université Claude Bernard de Lyon.

Barth N., Perrin C., Camy J., 2014. S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2 : entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) », *Loisir et Société / Society and Leisure*, 37(2), 224–240.

Becker H., 1985 [1^{ère} éd. 1963]. *Outsiders. Étude de la sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.

Berger P., Luckmann T., 1986 [1^{ère} ed. 1966], *La construction sociale de la réalité*, Paris, Armand Colin.

Bessin M., Bidart C., Grossetti M. (dir.), 2009. *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La Découverte.

Bourdieu E., 1998. *Savoir faire : contribution à une théorie dispositionnelle de l'action*, Paris, Seuil.

Bourdieu P., 1997. *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil.

Cazal J., 2012. *Prévenir la maladie cardiovasculaire socio-ethnologie du risque et de l'incitation sanitaire*. Thèse pour le doctorat en STAPS, Université de Toulouse.

Chantegros S., Orange S., Pégourdie A., Rougier C. (dir.), 2012. *La fabrique biographique*, Limoges, Presses Universitaires de Limoges.

Communauté urbaine de Strasbourg, 2011. *Pour une politique de santé dans la Communauté urbaine*, Document de diagnostic et d'orientations communautaires, mai.

Constance J., Peretti-Watel, P., 2010. La cigarette du pauvre, *Ethnologie française*, 40(3), 535-542.

Darmon M., 2010 [1^{ère} ed. 2006]. *La socialisation*, Paris, Armand Colin.

Fassin D., Memmi D. (dir.), 2004. *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS.

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

Fuchs A., 2011. *Les activités physiques et sportives dans le traitement de la mucoviscidose : enquête sur la qualité de vie d'un groupe d'enfants âgés de 8 à 13 ans*. Thèse pour le doctorat en STAPS, Université de Strasbourg.

Gasparini W., Knobé S., 2013. *La prescription médicale d'activité physique : quels effets sur la santé des strasbourgeois ? Analyse qualitative du rapport à la pratique des patients*, Rapport de recherche pour l'Agence régionale de santé d'Alsace, décembre.

Gasparini W., Knobé S., Didierjean R., 2015. Physical activity on medical prescription: A qualitative study of factors influencing take-up and adherence in chronically ill patients, *Health Education Journal*, 74(6), 720-731.

Gasparini W., Vieille Marchiset G., 2008. *Le sport dans les quartiers. Pratiques sociales et politiques publiques*, Paris, PUF.

Grassler M., 2017. *Transmettre le « goût » de l'activité physique dans les quartiers populaires. L'exemple des parents et des enfants en situation de surpoids ou d'obésité dans un quartier de Strasbourg*. Mémoire de Master STAPS - Activités physiques adaptées et santé - Ingénierie et développement, Faculté des Sciences du sport de Strasbourg.

Grossetti M., Bidart C. (dir.), 2006. Trajectoires sociales et bifurcations, *Cahiers internationaux de sociologie*, 120(1).

Haute Autorité de Santé, 2011. *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, Rapport d'orientation, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf

Henaff-Pineau P.-C. (2009), « Vieillesse et pratiques sportives : entre modération et intensification », *Lien social et politiques*, n°62, pp.71-83.

Lahire B., 1999. *Le travail sociologique de Pierre Bourdieu*, Paris, La Découverte.

Lahire B., 2013. *Dans les Plis singuliers du social. Individus, institutions, socialisations*, Paris, La Découverte.

Marcellini A., Perera É., Rodhain A., Férez S., 2016. Rapport au corps et engagement dans les activités physiques chez les personnes en situation d'obésité, *Santé Publique* s1(HS), 117-125.

Marsault C., 2016. "Sport sur ordonnance", une mise à distance de la médecine : le dispositif strasbourgeois vu par ses éducateurs, *Santé Publique*, s1(HS), 163-167.

Marsault C., 2017. Le sport-santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois "sport-santé sur ordonnance" comme objet politique transversal, *Sciences sociales et sport*, 10(1), 21-49.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2011. *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, [en ligne] : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.

Strauss A., 1992. *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, textes réunis par I. Baszanger, Paris, L'Harmattan.

Thin D., 2005. Les familles populaires sous l'emprise des logiques éducatives dominantes à travers la scolarisation. *Carnets de bord*, 10, 67-78.

Weber M., 1971 [1^{ère} ed. 1922], *Économie et société*, Paris, Plon.