

Fabrique des risques liés à la sédentarité et promotion du « sport-santé » en France (1960-2022)

Yves Morales

Émulations - Revue de sciences sociales, 2023, n° 45, « Les Politiques publiques
du corps sain ».

Article disponible à l'adresse suivante

<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations/article/view/gallengasoldani>

Pour citer cet article

Yves Morales, « Fabrique des risques liés à la sédentarité et promotion du "sport-santé"
en France (1960-2022) », *Émulations*, n° 45, Mise en ligne le 10 janvier 2024.
DOI : 10.14428/emulations.045.02

Distribution électronique : Université catholique de Louvain (Belgique) : ojs.uclouvain.be

© Cet article est mis à disposition selon les termes de la Licence *Creative Commons Attribution, Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International*. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Éditeur : Émulations – Revue de sciences sociales / Presses universitaires de Louvain
<https://ojs.uclouvain.be/index.php/emulations>

ISSN électronique : 1784-5734

Fabrique des risques liés à la sédentarité et promotion du « sport-santé » en France (1960-2022)

Yves Morales¹

[Résumé] L'étude proposée consiste à observer les dynamiques sociales qui accompagnent la montée des préoccupations relatives aux risques liés au manque d'exercice en analysant leurs conséquences sur la promotion de l'activité physique à des fins de santé publique, des années 1960 à nos jours. En relevant les justifications scientifiques et éthiques qui accompagnent les alertes exprimées et les propositions faites, il s'agit de montrer que l'action publique relative au « sport-santé » se décline progressivement comme une solution collective aux risques liés à la sédentarité, prenant de l'importance jusqu'à sa mise à l'agenda politique récente. L'analyse révèle trois séquences temporelles significatives qui traduisent des déclinaisons spécifiques du problème public considéré et des dynamiques d'actions publiques engagées pour y remédier. Cette situation illustre l'avènement d'un gouvernement des corps impliquant les individus et les collectifs dans une démarche de plus en plus participative et responsabilisante. Elle soulève également des problèmes d'inégalités sociales et territoriales auxquelles s'ajoutent des tensions relatives au périmètre des compétences d'intervention des professionnels.

Mots-clés : risque, sédentarité, inactivité physique, sport-santé, fabrique sociale.

Factory of risks linked to a sedentary lifestyle and promotion of «healthy sports» in France (1960-2022)

[Abstract] The study consists in observing the social dynamics that accompany the rise of concerns about the risks related to the lack of exercise. It analyzes their consequences on the promotion of physical activity for public health purposes, from the 1960s to the present. The aim is to show that public action relating to "sport-health" by highlighting the scientific and ethical justifications that accompany the warnings expressed and the proposals made. "Sport-health" is gradually emerging as a collective solution to the risks associated with sedentariness, gaining importance until its recent inclusion on the political agenda. The analysis reveals three significant time sequences which translate specific declinations of the public problem considered and the dynamics of public actions engaged to remedy it. This situation illustrates the advent of a government of bodies involving individuals and groups in an increasingly participatory and empowering process. It also raises problems of social and territorial inequalities, to which are added tensions relating to the perimeter of professionals' intervention skills.

Keywords: risk, sedentary lifestyle, physical inactivity, sport-health, social factory.

Les risques pour la santé, relatifs au manque d'exercice physique des populations, sont aujourd'hui l'objet d'une préoccupation croissante (Illivi, Honta, 2020 ; Perrin *et al.*, 2022). Le récent rapport d'information sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique l'illustre parfaitement en dénonçant les « ravages » de la sédentarité envisagés comme « une bombe à retardement sanitaire » (Juanico, Tamarelle-Verhaeghe,

¹ Université Paul Sabatier, Toulouse 3 – CreSco, UR 7419, France.

2021 : 37). Le propos trace les contours d'une société qui érige l'activité physique comme un outil de santé publique (Gasparini, Knobé, 2021) face à la menace sanitaire que représente la sédentarité ou l'inactivité physique². En portant un regard rétrospectif sur cette situation d'alerte, nous constatons qu'elle prend des formes réactualisées au cours du temps (Defrance *et al.*, 2021). Elle participe d'une « fabrique des risques » (Gilbert, 2003 : 55) dont la rhétorique est devenue plus tangible des années 1960 à nos jours. En suivant la balistique socio-épistémique de cette « cause mobilisatrice » (Chateauraynaud, 2011), il s'agit de montrer que l'action publique relative au « sport-santé »³ se décline progressivement comme une solution collective aux risques liés à la sédentarité (Morales, 2022). Elle illustre une nouvelle forme de « gouvernement des conduites » (Dubuisson-Quellier, 2016), caractérisant l'avènement d'une politique néo-managériale de plus en plus participative et responsabilisante (Vieille Marchiset, 2019).

L'analyse est alimentée par les travaux de sociologie des risques et de sociologie des problèmes publics (Céfaï, Terzi, 2012 ; Chateauraynaud, Debaz, 2017 ; Gilbert, Henry, 2012 ; Gusfield, 2009 ; Kingdon, 1984 ; Neveu, 2015). L'entrée sociohistorique retenue porte une attention soutenue aux rhétoriques mobilisatrices formulées dans les différentes arènes concernées⁴ (avec une focale sur celles de la santé et celles du sport). L'étude s'appuie sur un vaste corpus de documents concernant les liens entre activités physiques et santé. Il intègre les rapports publics nationaux et internationaux ; les plans d'action et textes législatifs promulgués, les revues de santé publique⁵ ; les archives du ministère de la Jeunesse et des Sports ainsi que celles de plusieurs fédérations sportives⁶. Des textes émanant du Comité national olympique et sportif français (CNOSF) et des instances sanitaires ont également été inclus. Le recueil de données repose sur une démarche d'analyse qualitative thématique (Paillé, Mucchielli, 2021). L'attention se centre sur les changements repérés dans les déclinaisons des dangers associés à la sédentarité et dans les justifications exprimées pour lutter contre ces risques. Nous avons ainsi élaboré une grille permettant de relever les formes d'énonciations des discours qui identifient le manque d'exercice physique comme un risque sanitaire. Nous cherchons notamment à repérer l'évolution des registres épistémiques mobilisés. En procédant à une analyse catégorielle du corpus, nous observons l'évolution des configurations discursives, les projections ou visions du futur concernant

² L'inactivité physique est définie comme un niveau inférieur à un seuil d'activité physique recommandé alors que la sédentarité est définie par un comportement rapporté à des critères physiologiques mais aussi à des usages sociaux dans des contextes (canapé, écrans, outils numériques), générant une faible dépense énergétique (moins de 1,5 Met), (Anses, 2016).

³ Nous précisons les définitions successives du « sport-santé » durant l'analyse.

⁴ La sphère médiatique généraliste apparaît à partir des revues sportives et des articles de presse qui accompagnent la production des différents rapports et textes législatifs relatifs au sport-santé.

⁵ Parmi lesquelles : *La santé de l'Homme* (1942-2012), *La santé en action* (2002-...), *Actualité et dossier en Santé publique* (1992-...), *Santé publique* (2001-...), etc.

⁶ Parmi lesquelles, de façon très approfondie : la Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire et la Fédération Sportive et Culturelle de France ; de façon moins systématique : la Fédération Française d'Éducation Physique du Monde Moderne (puis Fédération Française Sport pour Tous), la Fédération de Retraite Sportive, l'UFOLEP, la Fédération Française de Basket-Ball, etc.

le danger identifié, les appuis théoriques utilisés ainsi que les préconisations faites selon leur processus d'action concrète, c'est-à-dire à partir des recommandations de « bonnes pratiques » diffusées (Castel, 2002). La démarche vise également à repérer les controverses qui accompagnent l'évolution de l'action publique en matière de prévention santé par l'activité physique. En croisant les justifications exprimées à propos des risques associés à la sédentarité, l'importance de leur diffusion dans l'espace médiatique et leur prise en compte par les pouvoirs publics, trois séquences sociohistoriques significatives sont identifiées.

1. Début de l'alerte sanitaire et premières campagnes médiatiques (1960-1990)

Les premières connaissances cliniques stables et approfondies sur les dangers du manque d'exercice physique proviennent pour partie de l'étude épidémiologique de Framingham, menée à partir de 1948, dont les publications impactent la communauté scientifique dans les années 1960⁷. Elles s'inscrivent dans un contexte de transition épidémiologique reposant sur le constat d'une diminution des maladies infectieuses et d'une augmentation des maladies chroniques (Robine, 2001). Un corpus de connaissances commence à s'établir pour confirmer scientifiquement l'idée d'une corrélation positive entre l'activité physique et la santé. À titre d'illustration, on peut citer les travaux de Jeremiah N. Morris et de ses collaborateurs (1958)⁸ à propos des effets du manque d'exercice sur les maladies coronariennes. De nombreux ouvrages se réfèrent à cet auteur qui marque la naissance de l'épidémiologie de l'activité physique (Blair *et al.*, 2010). C'est le cas des synthèses présentées par Per-Olof Astrand (1969)⁹ et Philippe Réville (1970)¹⁰ au Conseil de l'Europe pour promouvoir la campagne internationale du « Sport pour Tous ». En montrant que « la probabilité de mourir d'une maladie cardio-vasculaire est deux à trois fois plus grande chez les oisifs que chez les individus actifs »¹¹, ces publications établissent un lien de causalité formel entre la sédentarité et la prévalence des maladies métaboliques et dégénératives, perçues comme maladies de civilisation. Parmi les affections identifiées, les problèmes cardio-vasculaires, l'obésité, les troubles et maladies du dos sont les plus fréquemment évoqués dans les textes consultés. Ils expriment également les premiers conseils de bonnes pratiques en faisant la promotion d'une activité physique régulière, basée sur des « récréations actives »¹².

⁷ <http://www.framinghamheartstudy.org>

⁸ MORRIS J.-N., CRAWFORD M.-D. (1958), "Coronary heart disease and physical activity of work; evidence of a national necropsy survey", *Lancet*, 2/5111, p. 1485-1496.

⁹ ASTRAND P.-O., (1969), *Sport pour tous, exercice et santé*, Strasbourg, Conseil de l'Europe.

¹⁰ RÉVILLE Ph. (1970), *Sport Pour Tous - Les activités physiques et la prévention des maladies : faits et chiffres*, Strasbourg, Conseil de l'Europe.

¹¹ ASTRAND P.-O. (1970), « Aspects physiologiques et sociaux de la bonne forme physique », Colloque européen sport pour tous (Strasbourg, 14-16 septembre 1970), Conseil de l'Europe, p. 4.

¹² *Ibid.*, p.10.

Le couplage, au sens de Kingdon (1984), observé entre le manque d'exercice et ces maladies de civilisation caractérise le danger et justifie l'alerte sanitaire. Il confirme qu'« un champ épistémique commence à se solidifier autour de la relation sport-santé » (Favier-Ambrosini, 2016 : 16). L'épidémiologie d'intervention, inspirée des travaux anglo-saxons, instille ainsi l'espoir de modifier les modes de vie dans un sens favorable à la santé collective (Berlivet, 2005). Pour autant, les experts du monde médical sont encore partagés sur les bienfaits du sport. Le Dr Astrand illustre ce constat, tout en faisant état de sa conviction de l'utilité de l'exercice comme solution aux maladies cardio-vasculaires :

À mon avis, il y a tant de présomptions en faveur d'une influence favorable de l'activité physique régulière, de l'entraînement sur le fonctionnement du cœur, qu'il faut saisir immédiatement l'occasion d'améliorer sa santé par un entraînement méthodique assurant un meilleur état physique (...). La croyance assez répandue, que les efforts réalisés en compétition peuvent être nuisibles pour le cœur et conduisent fréquemment à des troubles permanents, est un vieux préjugé...¹³

Pour cet auteur, l'exercice physique apparaît donc comme l'antidote « naturel » à cet aspect négatif de l'évolution des conditions de vie qui qualifie, d'un point de vue socio-épistémique, le problème à combattre.

Les messages de prévention encourageant l'activité physique des populations sont relayés par le Comité français d'éducation pour la santé (Radel, 2012) ainsi que par quelques collectifs mobilisés. Dans le monde sportif, le CNOF rejoint la politique européenne du « Sport Pour Tous » en justifiant sa démarche par le constat qu'elle représente « une voie offerte à ceux qui sont en recherche d'activité physique et qui comprennent qu'elle est source de santé, de détente, de relation sociale »¹⁴. Du côté des instances médicales, la Fédération nationale de Cardiologie initie en 1974 les « Parcours du Cœur » (Favier-Ambrosini, 2020) afin d'informer les populations sur les facteurs de risques aggravant la prévalence des maladies cardio-vasculaires. À partir d'un discours de guerre contre la sédentarité, ces collectifs mobilisés jouent un rôle d'« entrepreneurs de santé » en cherchant à convaincre les populations d'amender leurs modes de vie dans un sens favorable tout en interpellant les autorités politiques afin de susciter une action publique plus entreprenante.

Au tournant des années 1970-1980, les préoccupations relatives à la sédentarité des populations augmentent, au plan international comme au plan national, bien qu'elles restent confinées dans des espaces relativement cloisonnés. En 1978, le collègue américain de médecine du sport (*American College of Sports Medicine*) publie ses premières recommandations en matière d'exercices physiques¹⁵. L'année suivante, l'OMS Europe publie un rapport intitulé « Activité physique habituelle et santé » (1979)¹⁶. En France,

¹³ *Ibid.* p. 4.

¹⁴ COLLARD C. (1973), « Le Sport pour Tous », *Revue EPS*, n° 120, p. 21.

¹⁵ AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (1978), "The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults", *Med. Sci Sport*, n° 10, p. vii-x.

¹⁶ OMS Europe – K. Lange ANDERSEN, R. MASIRONI, J. RUTENFRANZ, V. Seliger (1979), *Activité phy-*

un rapport est également établi sous le titre « Activités physiques, sport et santé » (Périé, 1980). En 1981, le nouveau ministre de la Santé, Jack Ralite¹⁷, établit une distinction entre le sport de compétition, le sport en entreprise et, pour la première fois dans les archives politiques consultées : « le sport-santé »¹⁸. Il regrette ainsi « l'insuffisance de l'encadrement médicosportif au plan des rapports sport-santé »¹⁹ exigeant un argumentaire plus étayé²⁰. C'est l'objectif qu'il fixe au Dr Koralsztein, donnant lieu au rapport intitulé « Radioscopie du secteur "sport-santé" » (1983)²¹. Le néologisme du « sport-santé » est ainsi mobilisé de façon inédite pour établir un lien de causalité plus convaincant. Koralsztein ne l'emploie pas comme un secteur d'activité justifiant des programmes spécifiques. Ceux-ci relèvent, selon lui, du domaine des pratiques d'entretien. Sa démarche vise surtout à rompre avec l'idée selon laquelle le sport serait « contre la santé ». Il utilise d'ailleurs l'image métaphorique d'une santé « à l'épreuve du sport »²². Son argumentaire tend à valider scientifiquement la réalité des effets positifs de l'exercice physique à l'appui des études épidémiologiques, à commencer par les travaux du professeur Morris, complétés entre autres par ceux de Goldberg *et al.* (1979)²³, Koplan *et al.* (1982)²⁴ ou Siscovik *et al.* (1982)²⁵. Notons que la démarche retenue interroge d'abord l'effet du sport sur les organismes des sportifs de haut-niveau avant de s'intéresser aux populations sédentaires.

Si l'alerte relative aux dangers de la sédentarité s'affirme progressivement, le cadre des solutions politiques associant sport et santé est modeste dans un secteur d'intervention limité aux gymnastiques rééducatives et aux pratiques d'entretien. À une période où la santé publique est dominée par une orientation curative, la prévention est reléguée à une démarche d'information (Radel, 2012). De ce point de vue, l'exercice est un remède aux méfaits de la société qui semble « aller de soi », selon l'adage « le sport c'est la santé ». La dynamique de l'action qui s'impose dans l'espace public valorise une représentation du sport basée sur une balance bénéfique/risque globalement positive²⁶. La démarche d'éducation à la santé se résume donc à développer une « mentalité spor-

sique habituelle et santé, Genève, OMS.

¹⁷ Dans le cadre de la campagne intitulée le « Tour de France de la santé » (du 16/09 au 23/10/1981).

¹⁸ Souligné par l'auteur.

¹⁹ Ralite, (1981), *Discours de M. Jack Ralite*, ministre de la santé, sur la médecine du sport, Saint-Etienne le 9 octobre 1981, République française - Archives vie publique, p. 1.

²⁰ LAGRUE G. & al., (1981), *Le sport améliore-t-il la santé ?*, Paris, Entretien de Bichat

²¹ KORALSZTEIN J.-P. (1983), *Radioscopie du secteur « sport-santé » en France et propositions pour une médecine du sport*, Rapport rédigé sur la demande et à l'intention de Monsieur le secrétaire d'État de la santé (non publié).

²² KORALSZTEIN J.-P. (1986), *La santé à l'épreuve du sport*, Grenoble, PUG.

²³ GOLDBERG M., DAW W., CHAPERON J., FUHRER R., GREMY F.I. (1979), « Indicateur de santé et « sanométrie » : les aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé des populations », *Épidémiologie et Santé publique*, n° 27, p. 1-58 et 133-152.

²⁴ KOPLAN J.P., POWELL K.E, SIKES R.K., SHIRLEY R.W., CAMPBELL C.C. (1982), "An epidemiologic study of the benefits and risks of running", *J.A.M.A.*, n° 248, p. 3118- 3121.

²⁵ SISCOVIK D.S., WEISS N.S., INUI T.S., PETERSON D.R. (1982), "Physical activity and primary cardiac arrest", *J.A.M.A.*, n° 248, p. 3113-3117.

²⁶ *Op. Cit.*, KORALSZTEIN, (1986).

tive » (Morales, 2021). Les populations, selon l'âge, le sexe, la culture, sont invitées à pratiquer une activité physique régulière, dans un cadre associatif ou commercial, dès lors qu'elles ne souffrent pas d'affections chroniques qui conduiraient à une prise en charge médicale en kinésithérapie. Notons que le domaine des activités physiques adaptées (APA), rattaché à la formation universitaire en STAPS, apparaît précisément dans les années 1980 pour initier des programmes de prévention et de soin adaptés aux maladies chroniques (Perrin, 2016). Cette délimitation des territoires d'intervention, conjuguée à une logique d'implication volontaire des différentes populations visées, ne suscite pas de tensions fortes entre les acteurs du sport, de l'APA et de la santé.

2. Confirmation des risques liés à la sédentarité et émergence du "sport-santé" (1993-2007)

Pendant près de trente ans, l'inquiétude relative à la sédentarité percole d'un milieu à l'autre (épidémiologie, mouvement sportif, cardiologie, éducation sanitaire), pour ne commencer à s'établir dans l'espace public qu'à partir des années 1990. C'est en 1993 que le néologisme du « sport-santé » est publicisé dans la perspective de développer des programmes d'activités physiques spécifiques sous l'angle d'une nouvelle cause mobilisatrice. Il est utilisé par la Fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire (FFEPGV) comme axe principal de sa politique sportive (Lebecq et al., 2013). Il est alors redéfini comme secteur spécifique de pratiques qui se démarque d'autres modèles, tels que le « sport performance » ou encore le « sport-loisir ». Pour les dirigeants de cette fédération, l'enjeu est d'affirmer un cadre d'action spécifique et socialement légitime. Il s'agit de réactualiser leurs programmes de gymnastiques volontaires en les différenciant à la fois des pratiques commerciales d'entretien corporel et de l'APA à visée de soin. L'énoncé du « sport-santé » qu'ils promeuvent facilite l'identification d'un champ de pratiques physiques à dimension préventive, conjuguant les représentations sociales positives du sport, selon la dynamique d'un « corps capital » (Queval, 2011 : 23), à l'objectif de préservation de la santé selon une visée d'utilité publique. Il s'inscrit dans une véritable « croisade contre la sédentarité »²⁷. En décembre 1993, la FFEPGV crée la Confédération européenne sport-santé (CESS) afin d'étendre ses actions à l'échelle internationale²⁸. D'autres groupements sportifs affinitaires français²⁹ rejoignent ce mouvement en se présentant également comme « entrepreneurs de sport-santé » (Morales, 2019 ; 2022).

²⁷ AUNEAU G. (1998), « Sport-Santé : pour une nécessaire action préventive », *Loisirs-Santé*, n° 78, janvier-février, p. 15.

²⁸ Son programme reste modeste. Il se limite à l'organisation de jeux européens intitulés « sport-santé » (en France) et « sport pour tous » dans les autres pays.

²⁹ Il s'agit de la Fédération Française d'Éducation Physique du Monde Moderne, la Fédération Française de Retraite Sportive, la Fédération Française de cyclotourisme, la Fédération Française de randonnée, ou encore l'Association Village Vacances, suivies par d'autres groupements les années suivantes.

En 1994, le MJS initie une enquête intitulée *Sport-Santé*. Centrée, tout d'abord, sur la prévention des risques liés au sport de performance à partir des thèmes du « surentraînement, dysentraînement et récupération du sportif », elle s'ouvre en 1995 à un recensement national des projets innovants dans les domaines liant le sport et la santé pour tous les publics³⁰. Notons que le néologisme du sport-santé, envisagé comme synonyme de programmes d'activités physiques à visées de santé, se propage rapidement³¹. Il commence à être utilisé par les médecins du sport, comme en atteste le dossier « Santé et activités physiques et sportives » édité par le Haut Comité de la Santé publique en 1996. Il est progressivement employé dans les médias à l'image de la revue *Loisir-Santé* de la FFEPGV et des journaux qui couvrent des événements tels que les Jeux Européens sport-santé à Lyon (1997) et Paris, (2002).

Parallèlement, le « problème public » (Gusfield, 2009) lié au manque d'exercice des populations est conforté par les études épidémiologiques, comme celles présentées dans le *Bulletin de l'Académie Nationale de médecine* en 1995³², dans les préconisations de l'OMS la même année, ou encore dans le *Surgeon General Report* en 1996. La stratégie sanitaire exprimée par ces collectifs d'experts, entrepreneurs de politiques, attire l'attention des populations sur l'importance d'activités physiques routinières tout en promouvant un indicateur de bonne pratique de « 30 minutes d'activité physique modérée par jour » (Surgeon report, 1996 : 6³³). Ce seuil est un repère performatif, puisque pensé à la fois comme une recommandation normative facile à appliquer et comme un outil d'autoévaluation permettant à chacun de se situer dans la fourchette du comportement responsable, défini au regard de critères scientifiques. En tant qu'instrument d'action publique (Lascoumes, Le Galès, 2004), il participe directement à l'identification et à la définition du problème (Crespin, 2009).

Dans un contexte grandissant de « sécurité sanitaire » (Tabuteau, 2012), la santé apparaît sous l'angle d'un bien commun qui s'installe désormais dans l'arène politique en affirmant le « principe de prévention » (Peretti-Wattel, Moatti, 2009 : 1). Le « spectre » de la sédentarité illustre un contexte général de mise en risque du monde. C'est un facteur de risque majeur des maladies chroniques, au premier rang desquelles se situe l'obésité, envisagée par l'OMS en 1997 comme une épidémie mondiale (Bossy, 2010). Parallèlement, le vieillissement de la population suscite de vives inquiétudes (Delalandre, Collinet, 2018) en raison de l'évolution démographique et de la crainte de la dépendance associée à son coût social et économique (Morales *et al.*, 2018). Le

³⁰ RIEU M., GARNIER A. (1996), « Tribune - Le développement de la recherche en activités physiques et sportives », *Actualité et Dossier en Santé publique*, n° 14 , p. 30-32.

³¹ RIEU M. (1995), « Rôle des activités physiques dans une politique de santé publique », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, n° 7 (séance du 17 octobre), p. 1417-1428.

³² Bulletin de l'Académie nationale de médecine (1995), Séance du 17 octobre 1996 sur le thème : activités physiques et santé, p. 1415-1416.

³³ OMS (1995), « Exercice physique et santé » - Comité OMS/FIMS, Bulletin de l'OMS, n° 73, vol. 3, p. 281-282 ; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996), *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

couplage entre insuffisance d'activité physique et maladies chroniques (Kingdon, 1984) se poursuit dans le cadre d'autres pathologies telles que le diabète (Perrin *et al.*, 2008 ; Terret, Perrin, 2007) ou le cancer (Surgeon report, 1996). Sur un plan socio-épistémique, le registre des justifications scientifiques mobilisées est accompagné de considérations sociales et économiques relatives à la prise en charge des personnes malades ou vulnérables, ce qui conforte l'idée que l'on assiste à une « sanitarisation du social » (Fassin, 2000 : 105).

L'enjeu politique devient celui d'imposer une vigilance individuelle et d'arraisonner les pratiques, les activités et les milieux, selon de nouvelles normes fixées par les autorités sanitaires. Inspirée par une conception néolibérale (Pierru, 2008), cette perspective impulse un « tournant participatif » (Blondiaux, 2008) enjoignant notamment les acteurs du sport à assurer des missions de service public (Bayle, Durand, 2004). À partir de 2003, l'État commence à inscrire de façon contractuelle la préoccupation de santé et de lutte contre la sédentarité dans les conventions d'objectifs qui lient les fédérations sportives au MJS (Morales, 2022). Il promeut une démarche d'empowerment collectif (Cantelli, 2013) favorisant la mise en œuvre de programmes « sport-santé » à visée préventive, tels qu'ils sont déjà initiés par certaines fédérations affinitaires ainsi que par quelques opérateurs associatifs et privés. Dans ce contexte, le monde du sport associatif est convié à se positionner comme un promoteur de santé. C'est ainsi que le CNOSF, dans son rôle de représentant des fédérations sportives exprime « une nouvelle solidarité sport-santé », en acceptant d'assurer une « responsabilité sociale » accrue dans ce secteur qui ouvre de nouveaux espaces de pratiques³⁴.

Les rhétoriques diffusées par les instances sanitaires alimentent la trame narrative des risques et renforcent la nécessité d'engager une mise à l'agenda politique de la lutte contre la sédentarité. Celle-ci s'opérationnalise timidement dans quelques plans nationaux de santé par l'intégration d'un volet activité physique. C'est le cas dans le Programme national pluriannuel bien vieillir (2003-2005), puis dans le Plan national bien vieillir (2007-2009), ainsi que dans le Plan national nutrition santé (PNNS) depuis 2004. Notons que la Révision générale des politiques publiques conduit parallèlement à impliquer plus fortement les collectivités territoriales en charge de la mise en œuvre et du suivi des politiques instituées (Honta, 2010). En matière de préconisations relatives à l'activité physique, les axes des messages préventifs rejoignent les propositions de l'OMS (2004). Elles enjoignent chaque individu à adopter des comportements bénéfiques à sa santé selon un processus d'« agentisation »³⁵ (Rose, 2006) ou de « capacitation »³⁶ (Genard, 2007). À l'exemple du volet « activité physique » du PNNS2 (2006-2011), le principe qui anime la démarche sanitaire repose sur l'idée selon laquelle le

³⁴ CNOSF (2006), *La raison du plus sport - de la contribution du mouvement sportif à la société française*, Paris, Éditions CNOSF.

³⁵ Que l'on peut traduire par l'image d'un individu ou « agent » plus réflexif, autonome et responsabilisé.

³⁶ Qui apporte des connaissances ou compétences permettant aux individus de savoir agir en situation.

changement des comportements individuels est à la base de la prévention des risques (Peretti-Wattel, 2004). Les indicateurs de « bonnes pratiques » de 30 minutes d'AP par jour sont mobilisés. Ils activent le ressort de la responsabilisation individuelle tout en stigmatisant les pratiques insuffisantes de ceux qui n'auraient pas assez de volonté pour modifier leur mode de vie (Génolini, Clément, 2010).

3. La mise à l'agenda politique du « sport-santé » en réponse à la pandémie du manque d'exercice (2008-2022)

La dernière séquence observée est caractérisée par la mise à l'agenda politique du sport-santé. Celle-ci est réclamée par le rapport de l'INSERM intitulé *Activité physique : contextes et effets sur la santé*³⁷, qui devient une référence incontournable. En s'appuyant sur une approche d'*evidence-based medicine*, les auteurs confirment l'intérêt de l'activité physique en matière de prévention et soulignent qu'elle requiert une mobilisation générale. Ce texte rejoint de nombreuses autres publications, au plan international comme au plan national, jouant un rôle d'entreprises de politiques publiques. Il faut évoquer notamment le rapport préparatoire publié en octobre 2008, en prévision d'un Plan national de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive, dont l'une des principales recommandations porte sur la nécessité de « développer dans chaque région un réseau transversal sport-santé »³⁸. Cette perspective implique l'adhésion de l'ensemble des acteurs concernés par des programmes à visées préventives ou curatives : médecins, kinésithérapeutes, enseignants en APA et éducateurs sportifs. C'est dans ce contexte que le CNOSF cherche à faire valoir, à l'appui de sa commission médicale, les compétences des acteurs du sport dans ce secteur. En 2009, il élargit le cadre d'intervention visé en définissant le sport-santé comme « conditions de pratique d'une discipline sportive aptes à maintenir ou améliorer la santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire »³⁹. Sous cette forme, ce néologisme empiète sur le secteur d'intervention des APA, sachant que celles-ci regroupent « l'ensemble des activités physiques et sportives à des fins de prévention secondaire ou tertiaire, de réhabilitation, de post-réhabilitation, de rééducation, d'éducation ou d'insertion sociale auprès de personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes » (Ninot, Partyka, 2007 : 7). Cette forme de « lutte définitionnelle » (Gilbert, Henry, 2012 : 39) entre les secteurs du sport-santé et de l'APA révèle une concurrence latente entre les éducateurs sportifs et les enseignants en APA, dès lors que les programmes proposés concernent la prévention secondaire ou tertiaire⁴⁰.

³⁷ AQUATIAS S., ARNAL J.F., RIVIERE D., Bilard J., CALLEDE J.P. & al. (2008), *Activité physique : contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations*, Rapport de recherche INSERM.

³⁸ TOUSSAINT J.F. (2008), *Retrouver sa liberté de mouvement. Plan national de Prévention par l'Activité Physique ou Sportive - Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé* présidée par le Pr Jean-François Toussaint et réunie d'avril à octobre 2008, p. 130.

³⁹ France Olympique - site institutionnel : <https://cnosf.franceolympique.com/cnosf/actus/6256-mdicosport-sant.html> - SnippetTab

⁴⁰ La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie chez des individus qui ont développés des facteurs de risques ou qui présentent des signes pré-cliniques de pathologie mais sans symptômes apparents. La prévention tertiaire désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre

Il faut préciser qu'en reconnaissant, en 2011, l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse, la Haute Autorité de Santé, conforte l'importance d'un domaine d'intervention réclamant davantage d'opérateurs de services. La démarche est à relier aux projections de plus en plus alarmistes des maladies chroniques qui rendent impérative l'action publique, comme l'invoque la *Charte de Toronto pour l'activité physique*, en mai 2010.

En 2012, la mise à l'agenda politique de la lutte contre l'inactivité et la sédentarité se concrétise par la promulgation du Plan national sport-santé-bien-être (PNSSBE⁴¹) présenté, le 24 décembre, par la ministre de la Santé Marisol Touraine et la ministre des Sports Valérie Fourneyron. Dans le cadre d'une approche nouvelle, globale, interministérielle, transversale et intersectorielle, l'objectif de ce plan est de placer le sport comme outil de santé publique. En application de la Loi HPST (2009), le PNSSBE et ses déclinaisons sous forme de Plans régionaux sport-santé-bien-être (PRSSBE) confirment que la solution au problème public relatif à la sédentarité doit être collective. Les associations des secteurs sanitaires, sociaux et sportifs, les établissements publics et les collectivités territoriales représentent désormais des partenaires essentiels d'une politique décentralisée adaptant la stratégie nationale à l'échelle régionale ou locale (Honta, Illivi, 2017). Pour autant, les alliances souhaitées pour favoriser la co-construction de programmes sport-santé « n'empêchent pas, au regard de la diversité des intérêts en présence, l'émission d'avis concurrents sur l'action publique de santé » (Illivi, Honta, 2021 : 293).

Il convient également de souligner que le mouvement sportif, dans son ensemble, est désormais confronté à l'obligation d'un devoir de santé sous l'angle d'une hiérarchie contractuelle et d'une forme de dépendance publique. Les cadrages successifs des conventions d'objectifs État/fédérations accompagnent le PSSBE et insistent particulièrement sur la nécessité d'élargir les publics visés par les actions sport-santé en impliquant davantage les personnes fragiles⁴². Dans ce cadre, des tensions relatives à des enjeux de territoires professionnels s'expriment fortement (Morales, 2022). Elles sont illustrées par le rapport du Pôle ressource national sport, santé bien-être, qui déplore des dispositifs fragmentés, hétérogènes, avec un manque de « maîtrise des notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire » faisant parfois obstacle à la compréhension du contenu des actions menées par les porteurs de projets⁴³.

pour éviter la survenue des complications et les rechutes des maladies chez des individus déjà atteint par des pathologies.

⁴¹ PLAN NATIONAL SPORT-SANTE-BIEN-ETRE – C. du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en Conseil des ministres du 10 octobre 2012

⁴² Voir à ce sujet les différentes versions du *Médicosport-santé* produites par le CNOSF depuis 2015 et accessibles en ligne. <https://cnosf.franceolympique.com/cnosf/actus/6256-mdicosport-sant.html> (1ère consultation 20 décembre 2015 pour la première version).

⁴³ POLE RESSOURCE NATIONAL SPORT, SANTE BIEN-ÊTRE, (2014), *Bilan de l'enquête portant sur les plans régionaux sport santé bien-être 2014*, Ministère de la ville, de la jeunesse et des Sports.

La loi de 2016, et son décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, relatifs aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant des patients atteints d'une affection de longue durée, renforcent les visées thérapeutiques dans ce secteur. Si la démarche de prescription à l'égard des publics les plus fragiles fait appel aux spécialistes de l'activité physique adaptée et aux acteurs de santé, le champ d'intervention s'ouvre également aux éducateurs sportifs en provoquant des tensions entre les différents intervenants (Perrin, 2019). Notons que les définitions du sport-santé et de l'APA, plus ou moins réactualisées, ne permettent toujours pas d'établir un périmètre d'intervention délimité puisqu'elles se superposent dans l'application aux personnes vulnérables et/ou atteintes d'affections de longue durée (Marsault, 2017). Selon le décret du 30/12/2016 : « On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires ». Pour l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (ONAPS), la définition d'usage du sport-santé telle qu'elle a été initiée par le CNOSE, reste d'actualité en s'appliquant aux trois niveaux de prévention santé⁴⁴. Ces terminologies sont diversement employées par les acteurs selon leur appartenance aux mouvements sportifs ou au monde de la santé. Rappelons que l'instruction ministérielle du 3 mars 2017 (qui complète la loi de 2016) précise le cadre d'intervention des professionnels en le reliant au degré de limitation fonctionnelle des personnes visées. Si elle réserve les patients atteints de limitations sévères aux professionnels de santé et aux enseignants APA, elle conserve une possibilité d'intervention de tous les professionnels et intervenants, y compris les éducateurs sportifs, pour les limitations minimales à modérées. De fait, elle valide un territoire professionnel qui reste ouvert à la concurrence. Il est utile de préciser que les programmes proposés varient selon les acteurs professionnels impliqués, du point de vue des formations qu'ils ont suivies, de leurs références normatives, conjuguées à leur approche pédagogique (plus ou moins techniciste), leur capacité d'adaptation aux publics et pathologies concernés, ainsi que leurs visées d'émancipation des usagers (Perrin, 2019). Ainsi, l'idéal de démocratie sanitaire, loin de renvoyer à une réalité uniforme, apparaît davantage comme un référent flottant, un espace social au sein duquel des acteurs aux profils professionnels différents coopèrent ou luttent pour imposer leur propre définition de ce que doit être la place accordée à l'individu et sa participation en vue du maintien de sa santé par l'activité physique.

Les messages de prévention de l'OMS, régulièrement réactualisés depuis 2004⁴⁵, sont relayés en France par l'ONAPS, créé en 2015, et par l'Agence nationale de sécurité sani-

⁴⁴ CHARLES M., Larras B., Bigot J., Praznocy C. (2019), *L'activité physique sur prescription en France : état des lieux en 2019 - Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance*, Rapport ONAPS, p. 8.

⁴⁵ OMS (2004), *Stratégie Mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, Genève ; OMS (2010), *Recommandation mondiale sur l'activité physique pour la santé*, Genève ; OMS Europe (2015), *Stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'OMS 2016-2025*, Co- pen-

taire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Il faut insister, dans ce cadre, sur la requalification du problème de la sédentarité. Si le manque d'activité était envisagé jusque-là comme un facteur de risques de maladies chroniques, il est désormais défini comme étant le risque lui-même à travers une pratique d'activité physique « considérée insuffisante au regard des recommandations internationales »⁴⁶. Cette rhétorique est constitutive de la *Stratégie nationale Sport Santé 2019-2024*⁴⁷, qui invoque la nécessité d'agir de façon coordonnée face à ce qui semble désormais relever d'une véritable « pandémie » d'inactivité physique (2019 : 4). La stratégie de prévention qui en découle renforce le cadre des recommandations de bonnes pratiques basées sur des seuils d'activités physiques. Ils indiquent une durée hebdomadaire nécessaire d'exercice au regard de critères qui sont désormais adaptés à différentes classes d'âges et profils d'individus (entre 60 minutes et 300 minutes par semaine)⁴⁸. Face à l'augmentation du nombre d'individus ne respectant pas les recommandations des instances sanitaires, l'argumentaire précise les contours du danger en lui donnant un caractère paroxysmique. Des données chiffrées sont ainsi convoquées pour dénoncer le fait que plus de 30 % des adultes et 73 % des adolescents ne respectent pas le seuil nécessaire d'activité physique⁴⁹. Comme on le voit, l'outil statistique apparaît comme un instrument réorientant, validant et confortant l'action publique (Desrosières, 2008) en justifiant une nouvelle forme de gouvernement des conduites au nom de l'intérêt général (Dubuisson-Quellier, 2016). Sous couvert de participation éclairée, basée sur des campagnes d'informations sanitaires, la démarche favorise une subjectivation croissante des rapports politiques à travers l'affirmation de « droits-créances » des citoyens vis-à-vis de la santé publique, pensée comme un bien partagé. Dans le même temps, cette forme biopolitique de « gouvernement des corps » (Vieille-Marchiset, 2019) contribue à négliger les facteurs socio-structurels qui provoquent des inégalités sociales de santé. Rappelons que l'information est diffusée à destination des populations mais aussi des concepteurs de programmes, ainsi subjectivés en « contrôleurs » de la conformité aux bonnes pratiques et, partant, en auxiliaires des pouvoirs publics (Rolland, Sicot, 2012).

En point d'orgue du processus engagé depuis plus d'une décennie, le déploiement des « maisons sport-santé », inscrit dans la *Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024*⁵⁰, suscite de nombreux espoirs, en termes de complémentarité des intervenants, mais aussi des inquiétudes, tant pour les collectivités territoriales que pour les acteurs du

hague (DK) ; OMS (2018), Global action plan on physical activity 2018-2023. More active people for a healthier, Genève.

⁴⁶ ANSES (2016), Actualisation des repères du PNNS : révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité, Maisons-Alfort, p. 6.

⁴⁷ STRATEGIE NATIONALE SPORT SANTE BIEN-ETRE 2019-2024 (2019). Ministère des solidarités et de la santé – Ministère des sports, [en ligne consulté le 1er janvier 2021]

⁴⁸ https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snss_2019-2024_cs6_v5.pdf.

⁴⁹ OMS (2020), Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité : en un coup d'œil, Genève.

⁵⁰ ONAPS (2022), Activité physique et sédentarité : évolution des comportements pendant le confinement.

⁵⁰ *Op. Cit.*, STRATEGIE NATIONALE SPORT SANTE BIEN-ETRE 2019-2024 (2019).

monde sportif, les représentants du monde médical ou encore les opérateurs spécialistes de l'activité physique adaptée. Ainsi, la mise en œuvre de ces dispositifs prévus sous la forme d'un « guichet unique » réactive des tensions au sujet de leur coordination ou encore du périmètre d'intervention des professionnels. Cela se fait au regard de la variété des références et compétences disponibles dans ce secteur, tant du côté des médecins prescripteurs que de celui des opérateurs de services concernés, incluant les professionnels de l'APA et les intervenants issus du mouvement sportif.

Conclusion

La situation observée sur plus de 60 ans, à propos du développement de l'activité physique comme facteur de lutte contre la sédentarité, confirme que la prévention est désormais au cœur de la santé publique ; de même que la santé publique est au cœur du nouveau système de santé français élargi à différents partenaires de l'action publique. Le cadre de justification exprimé s'appuie sur une logique d'anticipation des risques dans un monde « au bord de l'irréversible » (Chateauraynaud, Debaz, 2017) qui impose d'agir collectivement dans l'intérêt général (départements ministériels, fédérations sportives, collectivités locales et acteurs privés).

Les mesures récentes de confinement face à la propagation de la COVID 19, réduisant considérablement la pratique sportive, ont accentué les préoccupations relatives au manque d'exercice physique des populations⁵¹. Dans ce contexte, les discours, qui présentent le sport-santé comme une solution collective aux risques liés à la sédentarité, s'appuient sur un répertoire « crisologique » (Morales, 2021) illustré par la réactualisation de l'alerte sanitaire dont l'intensité dramaturgique a été considérablement renforcée. Or, face à la difficulté d'articuler les politiques ministérielles et les réponses territoriales apportées, la grande variété des dispositifs proposés et des compétences mobilisées interroge la cohérence globale de la politique sanitaire menée.

D'une part, le domaine du sport-santé, tel qu'il se déploie sur les territoires, soulève des problèmes d'inégalités sociales et territoriales auxquelles s'ajoutent des tensions relatives au périmètre des compétences d'intervention des professionnels. D'autre part, face à l'impératif de « bouger plus », il convient de rester attentifs aux tensions « contrainte-liberté » qui pèsent sur les individus en identifiant les connaissances qui leur sont apportées pour maintenir leur engagement dans une pratique régulière. Dans ce domaine comme dans d'autres, le processus visant l'émancipation par l'éducation à la santé implique avant tout un renforcement du pouvoir d'agir d'acteurs envisagés comme entrepreneurs d'eux-mêmes, tout en prenant en considération les déterminants sociaux qui agissent sur leurs conduites.

⁵¹ ANSES (2020), Avis de l'Anses relatif à l'évaluation des risques liés à la réduction du niveau d'activité physique et à l'augmentation du niveau de sédentarité en situation de confinement, Avis de l'Anses Saisine n° 2020-SA-0048.

Bibliographie

- BAYLE E., DURAND C. (2004), « Vingt ans de relations entre le mouvement sportif et l'État : d'une collaboration ambivalente vers une régulation managériale ? », *Politiques et management public*, vol. 22/2, p. 113-134.
- BERLIVET L. (2005), « Exigence scientifique et isolement institutionnel : l'essor contrarié de l'épidémiologie française dans la seconde moitié du XXe siècle », in G. Jorland, A. Opinel, G. Weisz, (dir.), *Body Counts*, Montréal, McGill-Queen's University Press, p. 335-357.
- BLAIR S.N., DAVEY S.G., LEE I.M., FOX K., HILLSDON M., MC KEOWN R.E. HASKEL W.L, MARMOT M. (2010), "A tribute to professor Jeremiah Morris: the man who invented the field of physical activity epidemiology", *Ann Epidemiol*, n° 20, p. 51-60.
- BLONDIAUX L. (2008), *Le nouvel esprit de la démocratie : actualité de la démocratie participative*, Paris, Seuil.
- BOSSY T. (2010), *Poids de l'enjeu, enjeux de poids. La mise sur agenda de l'obésité en Angleterre et en France*. Thèse de 3ème cycle en science politique, Paris, Institut d'Études Politiques de Paris.
- CANTELLI F. (2013), « Deux conceptions de l'empowerment », *Politiques et sociétés*, n° 32, vol. 1, p. 63-87.
- CASTEL P. (2002), « Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine », *Sciences sociales et santé*, n° 24, vol. 2, p. 105-112.
- CEFAÏ D., TERZI C. (dir.) (2012), *L'expérience des problèmes publics*. Paris, Éditions de l'EHESS.
- CHATEAURAYNAUD F. (2011), *Argumenter dans un champ de forces : Essai de balistique sociologique*. Paris, Pétra, collection « Pragmatismes ».
- CHATEAURAYNAUD F., DEBAZ, J. (2017), *Au bord de l'irréversible – Sociologie pragmatique des transformations*, Paris, Pétra.
- CRESPIN R. (2009), « Quand l'instrument définit le problème. Le cas du dépistage des drogues dans l'emploi aux Etats-Unis », in C., Gilbert, E., Henry, (2009), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, p. 215-236
- DEFRANCE J., EL BOUJOUFFI T., HOIBIAN O. (dir.) (2021), *Le sport au secours de la santé - Politique de santé publique et activité physique 1885-2020 : une sociohistoire*, Paris, Éditions du croquant.
- DELALANDRE M., COLLINET C. (2018), « Activité physique et prévention des chutes, entre médicalisation et capacitation », *Gérontologie et société*, n° 156, p. 35-50.
- DESROSIERES A. (2008), *Gouverner par les nombres : L'Argument statistique II*, Paris, Presses des Mines.
- DUBUISSON-QUELLIER S. (2016), *Gouverner les conduites*, Paris, Presses de Sciences Po.

- FASSIN D. (2000), « Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, n° 24, vol. 1, p. 95-116.
- FAVIER-AMBROSINI B. (2020), *Émergence, construction et diffusion du sport-santé : les Réseaux Sport -Santé Bien-Être : d'une politique publique nationale aux ajustements locaux*, Thèse de doctorat STAPS, Paris, Université Paris-Est.
- FAVIER-AMBROSINI B. (2016), « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980 », *Santé publique*, n° HS, p. 13-24.
- GASPARINI W., KNOBÉ S. (2021), *Le sport-santé - De l'action publique aux acteurs sociaux*, Strasbourg, PUS.
- GENARD J.L. (2007), « Capacités et capacitation : une nouvelle orientation des politiques publiques ? », in F. CANTELLI, J.L. GENARD, *Droit et société* n° 46, p. 41-64.
- GÉNOLINI J.-P., CLEMENT J.-P. (2010), « Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort », *Sciences sociales et sport* n° 3, p. 133-156.
- GILBERT C. (2003), « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 1, vol. 114, p. 55-72.
- GILBERT C., HENRY E., (2012), « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, n) 53, vol. 1, p. 35-59.
- GUSFIELD J. (2009 [1981]), *La culture des problèmes publics*, Paris, Economica.
- HONTA M., ILLIVI F. (2017), « L'accès de tous à la pratique sportive : l'état local en action », *Revue française d'administration publique*, n° 4, vol. 164, p. 873- 886.
- HONTA M. (2010), *Gouverner le sport. Action publique et territoires*, Grenoble, PUG.
- ILLIVI F., HONTA M. (2020), *Bougez ! La fabrique sociale de la lutte contre la sédentarité*, Paris, L'Harmattan.
- JUANICO R., TAMARELLE-VERHAEGHE M. (2021), *Rapport d'information sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique*, Paris, Assemblée nationale.
- KINGDON J. W. (1984), *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York, Harper Collins Publishers.
- LASCOUMES P., LE GALES P. (dir.) (2004), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po.
- LEBECQ P.A., MORALES Y., SAINT-MARTIN J., TRAVAILLOT Y. (2013), *L'exercice et la santé – Identité de la Gymnastique Volontaire en France depuis 1954*, Paris, Le Manuscrit.
- 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* vol. 10, n° 1, p. 21-49.
- MORALES Y. (2019), « Action publique et injonction du « sport-santé » : les fédérations sportives, nouvelles opératrices de santé (1980-2018) », *revue Corps* n° 1, vol. 17, p. 77-87.

- MORALES Y. (2022), « La fabrique du “sport santé” - Une cause sanitaire mobilisant le mouvement sportif associatif (1970-2012) », In C. PERRIN, C. PERRIER, D. ISSANCHOU, *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, Grenoble, PUG, p. 135-145.
- MORALES Y., SAINT-MARTIN J., TRAVAILLOT Y., LEBECQ P-A. (2018), « Les Fédérations sportives face aux défis du vieillissement (FFEPGV : 1990-2017) », *Gérontologie et société*, n° 156- vol. 40, p. 55-70.
- MORALES Y. (2021), *La fabrique sociale du « sport-santé : une socio-histoire de la lutte contre la sédentarité*, Mémoire d'habilitation à diriger des recherches, Toulouse, Université Toulouse Jean Jaurès, 2021 (non publié).
- NEVEU E. (2015), *Sociologie des problèmes publics*, Paris, Armand Colin.
- NINOT G., PARTYKA M. (2007), *50 bonnes pratiques pour enseigner les APA*, Dossier EP&S n° 73, ed. revue EP&S.
- PAILLE P., MUCCHIELLI A. (2021), « L'analyse thématique », in P. Paille, A. Mucchielli (dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, p. 269-357.
- PERETTI-WATEL P. (2004), « Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque », *Revue française de sociologie*, n° 4, vol. 1, p. 103-132.
- PERETTI-WATTEL P., MOATTI J.P. (2009), *Le principe de prévention – Le culte de la santé et ses dérivés*, Paris, Seuil.
- PÉRIÉ H. (dir.) Ministère De La Jeunesse, Des Sports Et Des Loisirs (1980), *Activités physiques, sport et santé*, Paris, La documentation française.
- PERRIN C. (2016), « Construction du territoire professionnel de l'enseignant en Activité Physique Adaptée dans le monde médical », *Santé publique*, n° 1, p. 141-151.
- PERRIN C. (2019), « Logiques et modalités d'intervention en activité physique auprès des malades chroniques : approches sociologiques », in *Expertise collective Inserm - Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*. Paris, Ed. Inserm, p. 49-100.
- PERRIN C., CHAMPELY S., CHANTELAT P., SANDRIN-BERTHON B., MOLLET E., TABARD N., TSCHUDNOWSKY M. (2008), « Activité physique adaptée et éducation du patient dans les Réseaux Diabète français », *Santé publique*, vol. 20, p. 213-223.
- PERRIN C., CHENU C., BOICHE J. (2020), « L'activité physique pour les malades chroniques : entre politiques publiques, organisations innovantes et pratiques professionnelles émergentes », *Bull Epidémiol Hebd.*, (HS), p. 13-17.
- PERRIN C., PERRIER C., ISSANCHOU D. (2022), *Bouger pour la santé – Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, Grenoble, PUG.
- PIERRU F. (2008), « La santé au régime néolibéral », *Savoir/Agir*, n° 5, p. 13-24.
- Queval I. (2011), «Éducation, santé, performance, à l'ère de la perfectibilité infinie du corps », *Carrefours de l'éducation*, n° 32, p. 17-30.

- RADEL A. (2012), *50 ans de campagnes d'éducation pour la santé. L'exemple de la lutte contre la sédentarité et de la promotion des modes de vie actifs (1960-2010)*, Thèse de doctorat, Toulouse, Université de Toulouse Paul Sabatier.
- ROBINE J. M. (2001), « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie. Le cas de la France », *Population*, n° 1-2, p. 199-221.
- ROLLAND C. SICOT F. (2012), « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », *Gouvernement et action publique* n° 3, p. 53-75.
- ROSE N. (2006), *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*, Princeton, Princeton University Press.
- TABUTEAU D. (2012), « Santé et politique en France », *Recherche en soins infirmiers*, n° 2, vol. 109, p. 6-15.
- TERRET T., PERRIN C. (2007), « Activité physique et diabète en France : du rejet de la pratique à l'éducation du patient », *Stadion*, XXXIII, p. 185-206.
- VIEILLE MARCHISET G. (2019), *La conversion des corps – Bouger pour être sain*. Paris, L'Harmattan.

