

Aimer bouger, ça s'apprend et ça se partage

Claire Perrin,

sociologue, professeure, université Claude-Bernard à Lyon, membre du Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport (L-ViS), université Claude-Bernard, Lyon 1, présidente de l'institut de recherche collaborative sur l'activité physique et la promotion de la santé (ReCAPPS).

Pratiquer une activité physique (AP) régulière est bénéfique pour la santé, quels que soient l'âge, le sexe et l'état de santé [1]. La sédentarité et l'inactivité physique sont aujourd'hui reconnues comme les deux faces d'un problème de santé publique qui s'alourdit de façon alarmante en ce début du XXI^e siècle. Les différentes politiques publiques de promotion de la santé par l'activité physique qui ont été mises en place durant la dernière décennie peinent à produire une transformation des habitudes de vie dans la population française : qu'il s'agisse des activités physiques sportives ou artistiques, dont le taux de pratique tend à stagner et reste très inégalement réparti dans la population, ou qu'il s'agisse des modes de vie actifs qui semblent l'apanage des catégories moyennes et supérieures. Les injonctions au mouvement diffusées par les messages de santé publique confortent les sportifs dans leurs pratiques, mais elles ont un effet très limité auprès des inactifs [2]. Cet article interroge l'approche de l'activité physique, ainsi que les modalités d'intervention retenues pour favoriser la mise en mouvement des populations inactives. Si l'inactivité physique et la sédentarité sont qualifiées de comportements à risques, l'activité physique est inversement appréhendée comme un comportement de santé qui tend à la réduire à une mise en exercice de l'organisme au nom de la santé. Cette approche comportementale court le risque de se traduire par des interventions de type coaching, centrées sur la mise en exercice, plutôt que de créer les conditions d'un développement d'une pratique durable par des interventions d'enseignement.

Corps, cultures et techniques

Les usages sociaux du corps s'appuient sur des normes incorporées dès l'enfance dans le cadre d'un processus d'imitation

et d'éducation. La gestuelle, les pratiques physiques et sportives, les pratiques alimentaires et l'ensemble des pratiques de santé relèvent ainsi de manières d'être, de penser, de ressentir et d'agir avec son corps, construites dans le cadre de relations au sein des groupes sociaux. Pour Marcel Mauss [3], les « techniques du corps » sont en effet un construit social¹. Le processus, qui prend pour Mauss l'allure d'un « dressage » quand il s'agit du jeune enfant qui incorpore la gestuelle de son entourage en reproduisant inconsciemment les marqueurs sociaux, va devenir progressivement celui d'une socialisation qui participe à l'introduction de l'individu dans la société et ses codes sociaux. La maîtrise du corps et de sa technicité devient d'ailleurs un véritable enjeu de pouvoir dans la définition des statuts sociaux. Le langage n'est en effet pas seulement porté par les mots, mais par les mouvements du corps, ses postures, l'engagement physique envers le monde et autrui. Ainsi les pratiques physiques ou sportives sont-elles des pratiques culturelles qui prennent sens pour les individus qui en partagent les significations sociales.

Les liens étroits entre pratiques alimentaires et pratiques esthétiques ont été étudiés par Boltanski [4] comme étant révélateurs des usages sociaux du corps. De fortes relations d'affinité ont par ailleurs été mises en lumière entre pratiques physiques et sportives et pratiques de santé [5-6]. Alors que le sens commun tend à assimiler la santé à une approche individuelle d'entretien de soi, cette étude fait apparaître des liens diversifiés entre des pratiques physiques variées et les représentations de la santé. Quatre profils s'opposent ainsi sur deux axes : hygiéniste ou hédoniste, volontariste ou fataliste ; ils se répartissent inégalement selon l'âge, le sexe, le niveau d'étude, les professions et catégories socioprofessionnelles.

Profil hygiéniste

Les personnes de profil hygiéniste sont celles qui considèrent l'activité physique comme étant avant tout un devoir de santé, n'en pratiquent souvent pas et s'en culpabilisent.

L'ESSENTIEL

■ **Pratiquer une activité physique régulière est bénéfique pour la santé, quels que soient l'âge, le sexe et l'état de santé. Favoriser la mise en mouvement des populations non actives requiert des modalités d'intervention spécifiques. L'enseignement doit permettre aux pratiquants de construire des techniques du corps adaptées à leurs possibilités. Une intervention de promotion de la santé par l'activité physique développera l'autonomie des usagers ; elle favorisera la création de communautés de soutien, parce que la pratique durable se partage. Et elle n'hésitera pas à aller vers les communautés éloignées des pratiques.**

Elles se sentent en mauvaise santé, consomment des médicaments et vont régulièrement consulter leur médecin. Elles sont plutôt âgées et plus souvent des femmes.

Profil hédoniste

Le profil hédoniste est celui de personnes qui ont une pratique sportive régulière (sports collectifs, tennis, badminton, course à pied), n'évoquent pas la visée de santé mais plutôt le plaisir qu'elles en tirent. Elles sont plutôt jeunes et ce sont plus souvent des hommes.

Profil volontariste

Les personnes au profil volontariste pratiquent des activités à visée d'entretien de soi (gymnastique, relaxation, yoga), contrôlent leur hygiène de vie et ont des pratiques de santé préventives. Elles sont plutôt positionnées dans des catégories socialement favorisées (professions et catégories socio-professionnelles supérieures et haut niveau de diplôme).

Profil fataliste

Le profil fataliste est celui de personnes pour lesquelles l'activité physique est totalement en dehors de leurs préoccupations, qui pensent

Dossier

Activité physique adaptée : promouvoir la santé des populations

que la santé est une affaire de chance et la maladie de malchance. Elles consomment beaucoup de tabac, d'alcool et ne vont chez le médecin qu'en situation d'urgence ; elles s'attribuent globalement une mauvaise note de santé. Leur niveau de diplôme est plutôt peu élevé et elles sont le plus souvent positionnées dans des milieux populaires.

Vouloir faire évoluer le rapport aux activités physiques des profils hygiéniste et fataliste suppose de faire évoluer globalement le rapport au corps en engageant un processus qui s'oppose aux normes solidement incorporées depuis l'enfance dans le cadre d'une « contre-socialisation »² qui ne va pas de soi. Cet objectif relève d'un véritable défi éducatif : produire une conversion de la culture corporelle dans le cadre d'un projet qui puisse prendre du sens pour l'individu. Il demande une expérience prolongée et une intervention d'enseignement.

Les pratiques physiques et sportives n'échappent pas au gradient social

La sociologie du sport a depuis longtemps étudié la stratification sociale de la pratique physique et des formes de cette pratique. Les déterminants socio-démographiques de la pratique physique ou sportive des Français présentent une grande stabilité depuis 1967. Les plus âgés, les peu diplômés, les bas revenus et dans une moindre mesure les femmes et les personnes résidant hors des grandes agglomérations ont moins souvent une pratique sportive [7]. Un quart de la population a peu ou pas d'activité physique ou sportive [8]. Dans l'enquête réalisée en 2020 auprès de 12 000 personnes, un quart de la population âgée de plus de 15 ans n'a pas ou peu d'activité physique ou sportive³. Les problèmes de santé apparaissent comme le frein principal à leur pratique (34 % de leurs réponses), devant le fait d'avoir un métier physiquement dur (28 %) et le manque d'appétence pour le sport (25 %). L'inadéquation de l'offre sportive est également invoquée, considérée comme trop éloignée (13 %) et/ou inadaptée aux besoins de la personne (11 %). Le dernier frein notable souligné par l'enquête est lié à la sociabilité : ne connaître personne avec qui pratiquer (14 %), avoir des difficultés à supporter le regard des autres (9 %) ou à être accepté par les autres (5 %).

Inégalités de pratiques

Il existe ainsi d'importantes inégalités sociales dans le rapport aux pratiques physiques. Le gradient social qui s'exprime dans la prévalence des maladies chroniques fait quasiment miroir avec celui qui se révèle dans les pratiques

sportives. Les données montrent que plus un individu est socialement favorisé (niveau d'éducation, réseau social d'interdépendances, revenus et statut professionnel plus élevés), plus son style de vie sera actif, plus il pratiquera des activités physiques et sportives (APS) et moins il sera confronté à des problèmes de santé. Les autres caractéristiques de stratification sociale sont les suivantes : le sexe – les femmes étant globalement moins actives que les hommes –, l'âge – le niveau de pratique est divisé par deux après 40 ans, excepté pour la course et la marche – ou les incapacités – le taux de pratique des personnes confrontées à des incapacités étant moindre. Cependant, dans ces trois cas, le phénomène observé est davantage marqué dans les milieux défavorisés, les stratifications ne s'exerçant pas de manière indépendante.

Un individu de 45-50 ans peut se retrouver inactif et/ou sédentaire du fait de ses responsabilités familiales, de sa charge de travail ou d'événements de vie (accident, maladie, deuil, proche dépendant, etc.). Intervenir pour soutenir l'engagement dans une pratique régulière à visée de santé ne rencontrera pas les mêmes enjeux si cet individu a été socialisé aux pratiques physiques et sportives durant son enfance et/ou sa jeunesse, ou si l'activité physique (AP) est toujours restée éloignée de ses intérêts et de ses préoccupations, comme de ceux de son entourage. Dans le premier cas, l'individu est déjà équipé des ressources cognitives, motrices et culturelles nécessaires à la pratique physique. Il convient de bien identifier les nouveaux freins auxquels il est confronté et de les lever avec lui. L'enjeu est de lui permettre de retrouver le plaisir du mouvement et de l'effort. Il est possible qu'il ait besoin d'une activité physique adaptée à des besoins spécifiques pour construire de nouvelles normes de pratique, ou qu'il puisse directement être orienté vers des dispositifs de droit commun qui correspondent à ses goûts et à son choix. Dans le second cas où l'individu n'a pas été socialisé au sport, le projet de pratiquer une AP ne va pas de soi. Une prescription du médecin généraliste, si toutefois il le consultait, n'a que très peu de chances d'aboutir à une démarche d'inscription dans un dispositif si elle n'est pas accompagnée. La confrontation au corps de l'intervenant, voire à ceux des pratiquants (par exemple d'une salle de remise en forme) peut d'ailleurs être vécue comme stigmatisante, du fait de la comparaison qu'elle impose entre un corps sportif proche de la forme de l'idéal véhiculée par les médias, dont l'usage met en scène le plaisir et la réalité de son propre corps plus ou moins enrobé et maladroït.

Le plaisir n'a rien d'automatique

Le plaisir, un moteur puissant de la pratique sportive, est constitué en élément de la culture sportive. Pour autant, la reprise d'une activité physique pour une personne inactive peut s'avérer déplaisante : elle peut faire émerger des douleurs plus ou moins fortes, des sensations d'épuisement, l'impression de ne pas ou de ne plus être capable, voire dans certains cas provoquer des blessures, etc. L'encadrement pédagogique a un rôle déterminant dans la préparation, l'accompagnement et la mise en perspective de cette épreuve.

Par ailleurs, contrairement aux idées reçues, l'accès au plaisir et le goût pour la pratique ne sont pas automatiques, car ils résultent d'un processus de socialisation. Face à la puissance de la socialisation primaire, une intervention éducative visant une conversion du rapport au corps [9] pour un engagement dans une pratique physique régulière suppose une expérience renouvelée et étendue dans le temps.

Une simple animation s'avère rarement suffisante pour que les individus reviennent à l'issue de la première séance. Il s'agit de : créer les conditions d'un enseignement qui permette aux pratiquants de construire des techniques du corps adaptées à leurs possibilités ; d'identifier les effets de la pratique sur eux-mêmes et de les associer à un bénéfice (plaisir, bien-être, progrès, partage, santé, etc.) ; enfin, de développer du goût pour ces effets⁴ [10]. C'est à cette condition que l'individu pourra découvrir son pouvoir d'auto-transformation au sein d'une pratique physique pour laquelle il a acquis les techniques, et à laquelle il pourra donner un sens.

Diabétologues précurseurs

C'est ce défi qu'ont d'ailleurs voulu relever les diabétologues innovateurs⁵ dans les années 1990 [11]. Ils ont intégré l'activité physique adaptée dans le parcours de soins et d'éducation de leurs patients diabétiques de type 2, le plus souvent inactifs et de milieux peu favorisés. À cet effet, ils ont recruté – dans les équipes de coordination des réseaux diabète – des professionnels diplômés d'une licence ou d'une maîtrise de sciences et techniques de l'activité physique et sportive en activité physique adaptée (Staps-APA) dans le but de doter les interventions interprofessionnelles d'une expérience éducative de la mise en jeu du corps en activité physique adaptée [11]. Ces séances pratiques étaient considérées comme « *des prototypes de situation de vie* » par les équipes de coordination qui déployaient une approche globale ancrée dans l'expérience. La question de la qualité du chaussage, déterminante pour



© Josephine Brueder / Ville de Paris

prévenir les plaies du pied diabétique, émergeait dans la réalité de la pratique plutôt que d'être abordée comme un principe théorique par le podologue. Idem pour la question de l'hydratation ou celle des prises alimentaires avant, pendant et après l'effort qui prennent sens dans la confrontation à l'effort physique en renouvelant les modalités d'intervention de la diététicienne en lien avec l'enseignant en APA. Tous ces apports trouvaient leur place au sein d'une expérience partagée de situations de pratique mettant en jeu le corps de manière ludique, solidaire et en tout respect de la logique interne de l'activité physique et sportive de référence. Les enseignements visaient ainsi des objectifs propres à l'APA (développement de capacités dans le domaine de la pratique physique et de la réduction de la sédentarité), tout autant que des objectifs d'éducation thérapeutique (développement de l'autonomie dans la gestion de la maladie chronique).

Aller vers la communauté dans une approche globale

Au-delà de la construction de ces savoirs nécessaires à la gestion de la maladie, l'enjeu était de créer des situations de partage qui favorisent la « pair-aidance » et la « pair-émulation ». Elles permettaient que se crée un lien social : « *ce qui fait qu'on se réjouit de se retrouver pour poursuivre l'aventure... là*

au moins, je sais que je suis attendue, si je ne viens pas, les autres s'inquiètent et prennent de mes nouvelles », souligne Isabelle, 44 ans, au chômage, atteinte d'un diabète de type 2 (DT2), en situation d'obésité. Un réseau diabète a par exemple soutenu la création d'une association de patients dénommée « Bouger pour la santé », association organisée autour de l'activité physique, mais ouverte à un travail sur les déterminants de la santé.

Le processus de contre-socialisation suppose donc, pour que la construction de nouvelles normes de mise en jeu du corps soit possible, des interactions avec un groupe dans une forme d'entre-soi. Les interventions des dispositifs de droit commun – comme ceux de bon nombre de professionnels indépendants – privilégient la fidélisation de leurs publics dans le cadre d'une animation plaisante. Une intervention de promotion de la santé par l'activité physique (AP) qui se réfère à la charte d'Ottawa veillera à développer l'autonomie des usagers vis-à-vis des pratiques physiques comme de la réduction des pratiques sédentaires ; elle favorisera la création de communautés de soutien car elle sait que la pratique durable se partage. Elle n'hésitera pas à aller vers les communautés éloignées des pratiques plutôt que de les inviter à venir vers une pratique instituée en gymnase. Elle pourra envisager de former – par les enseignants en APA – des

médiateurs dans les quartiers, qui partagent les usages du corps des publics et participeront au développement des pouvoirs de la population à ressentir, s'exprimer, décider et agir pour son propre bien-être et pour sa santé. ■

1. En sociologie : approche méthodologique ou épistémologique, dans laquelle les phénomènes sociaux sont créés, institutionnalisés pour ensuite être transformés en traditions ou en normes (NDLR).

2. La contre-socialisation suppose de modifier la perception du corps, de l'activité physique et du rapport aux autres façonnée tout au cours de son parcours de vie.

3. Lefèvre B., Raffin V. (2021) Les freins à la pratique des Français peu ou non sportifs : des situations hétérogènes, *INJEP Analyses & synthèses*, <https://injep.fr/publication/les-freins-a-la-pratique-des-francais-peu-ou-non-sportifs-des-situations-heterogenes/>

4. Ces étapes sont empruntées à Howard Becker (1985) et appliquées à la socialisation aux pratiques physiques et sportives.

5. Nous qualifions ces diabétologues d'« innovateurs » relativement au fait qu'ils ont soutenu le développement d'une nouvelle professionnalité dans le parcours de soins de la maladie chronique, professionnalité faisant aujourd'hui l'objet de deux fiches de poste au ministère de la Santé et de la Prévention : celle de l'enseignant en APA et du coordinateur en APA, dans la famille « Conseil aux personnes et éducation physique » <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/le-repertoire-des-metiers-de-la-sante-et-de-l-autonomie-fonction-publique/soins/sousfamille/conseil-aux-personnes-et-education-physique-34/metier/enseignant-en-activite-physique-adaptee-eapa>

Dossier

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Paris : Éditions EDP Sciences, coll. Expertise collective, janvier 2019 : 824 p. En ligne : <https://www.inserm.fr/expertise-collective/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques/>
- [2] Perrin C., Perrier C., Issanchou D. *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, PUG et UGA éditions, 2022.
- [3] Mauss M. Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, 1936, vol. 32, n° 3-4. En ligne : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html
- [4] Boltanski L. Les usages sociaux du corps. *Annales*, 1971, vol. 26, n° 1 : p. 205-233. En ligne : https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1971_num_26_1_422470
- [5] Perrin C. Analyse des relations entre le rapport aux APS et les conceptions de la santé. *Revue Staps, Revue internationale des sciences du sport et de l'éducation physique*, 2021, repris de 1993, vol. 31 : p. 131-141.
- [6] Perrin C., Ferron C., Gueguen R., Deschamps J.-P. Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *International Journal of Public Health*, 2002, vol. 47, n° 3 : p. 162-171. En ligne : <https://hal.science/hal-02547715/document>
- [7] Crouette P., Müller J., Hoibian S. (dir.) *Baromètre national des pratiques sportives 2018*. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), coll. Rapports d'étude, 2019 : 90 p. En ligne : https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/01/Rapport_2019-01Barometre_sport_2018.pdf
- [8] Lefevre B., Raffin V. *Les Freins à la pratique des Français peu ou non sportifs : des situations hétérogènes*. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep), coll. Analyses & synthèses, 2021, n° 52 : 4 p. En ligne : <https://injep.fr/publication/les-freins-a-la-pratique-des-francais-peu-ou-non-sportifs-des-situations-heterogenes/>
- [9] Vieille Marchiset G. *La Conversion des corps. Bouger pour être sain*. Paris : L'Harmattan, 2019.
- [10] Becker H. *Outsiders, Étude de la sociologie de la déviance*. Paris : Métailié, 1985 (1^{re} édition 1963).
- [11] Perrin C. Entre passion et visée réformatrice : l'émergence en diabétologie d'un dispositif innovant d'activité physique adaptée intégré et sa diffusion dans les réseaux de santé. In : M. Pinget et A. Bubeck (dir.) *Regards croisés sur le diabète*. Paris : L'Harmattan, 2022 : p. 237-250.

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE : UN MARQUEUR DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

L'Inserm a analysé la littérature scientifique sur inégalités sociales et pratique de l'activité physique. Il en ressort notamment que « *L'alimentation et l'activité physique – tout comme d'autres habitudes de vie (consommation d'alcool et de tabac par exemple) sont reconnues comme des déterminants majeurs de la santé, considérés comme des facteurs participant aux inégalités sociales de santé. (...) La prévalence plus élevée de comportements défavorables à la santé dans les groupes socioéconomiques les plus défavorisés est largement rapportée dans la littérature. Il existe un gradient social des comportements de santé qui se manifeste dès l'enfance et persiste jusqu'à la vieillesse.* » En outre, de nombreux éléments attestent de l'existence de cumuls entre les différentes habitudes de vie ayant des impacts négatifs sur la santé. « *Ainsi le tabagisme, la consommation trop élevée d'alcool, une alimentation déséquilibrée et un faible niveau d'activité physique sont fréquemment présents de façon concomitante dans les catégories socio économiquement défavorisées.* »

Inserm, Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique, 2014

https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2014-inegalitessocialesantelienalimentationactivitephysique-synthese.pdf

ENCOURAGER À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : LE MÉDECIN, MAILLON ESSENTIEL

La Haute autorité de santé insiste sur le fait que la relation patient-médecin doit reposer sur « *la confiance, clé de motivation.* » Selon elle, « *le fondement d'une politique de promotion de l'activité physique sur ordonnance repose sur la capacité des professionnels à repérer, évaluer, motiver et accompagner notamment les personnes inactives les plus éloignées de l'activité physique : les personnes atteintes d'une maladie chronique, les personnes présentant des facteurs de risque, les personnes âgées fragiles et les personnes en situation de handicap. D'une part, les patients accordent à leur médecin une confiance forte qui peut les amener à changer de comportement ; d'autre part, l'ordonnance, prescription médicale écrite, constitue un facteur de motivation et d'adhésion supplémentaire à l'activité physique. Pour accompagner le patient dans son changement de comportement, le médecin pourra, lors de la consultation, repérer les freins et agir sur les leviers dont il dispose pour promouvoir l'activité physique sous toutes ses formes et amener progressivement le patient vers un mode de vie plus actif, moins sédentaire et de manière durable dans le temps.* »

Source : HAS, Activité physique : comment faciliter sa prescription au quotidien ? Dossier de presse, 6 septembre 2022

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/dp_prescription_activite_physique_vd.pdf