

# L'appropriation du « sport-santé » par l'instrumentation : l'exemple d'une fédération française omnisports

Frédéric Illivi

DANS **STAPS** 2023/0 (PUB. ANTICIPÉES), PAGES 190 À XXII  
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 0247-106X  
DOI 10.3917/sta.pr1.0090

Article disponible en ligne à l'adresse  
<https://www.cairn.info/revue-staps-2023-0-page-190.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.**

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# L'appropriation du « sport-santé » par l'instrumentation : l'exemple d'une fédération française omnisports

FRÉDÉRIC ILLIVI

Docteur Staps, Expert «sport-santé» et politiques sportives  
illivifrederic@gmail.com

**RÉSUMÉ :** Les enjeux contemporains autour du « sport-santé » suscitent la « convoitise » d'une pluralité d'intervenants. Pour se positionner sur ce marché comme « offreurs d'Activités Physiques et Sportives », le monde du sport associatif consacre ses efforts à la mise en place d'un ensemble d'outils ou d'instruments d'action publique (IAP). Il s'agit donc, ici, d'examiner comment une fédération omnisports crée, développe et organise sa propre technologie instrumentale. L'objectif pour le réseau fédéral est de participer pleinement à la diffusion et à la régulation territoriale de la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique, notamment, par le biais du dispositif de prescription introduit par la loi de modernisation de notre système de santé. Cette technologie représente-t-elle un passage obligé pour accéder à une légitimité professionnelle ? Favorise-t-elle l'intéressement du réseau fédéral aux enjeux du « sport-santé » et instaure-t-elle et/ou renforce-t-elle une dynamique partenariale avec d'autres acteurs, notamment le monde de la santé ?

**MOTS CLÉS :** sport-santé, instruments d'action publique, politique de santé publique, innovation, mouvement sportif

Depuis quelques années, la sédentarité est présentée comme la première cause de mortalité évitable dans le monde. Elle est associée à un risque accru de développer ou d'aggraver des maladies chroniques (cancers, tumeurs, diabète, pathologies diverses). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait état de 4 millions de décès chaque année. En France, on estime à 50 000 les morts évitables liées aux conséquences de la sédentarité. C'est pourquoi les professeurs François Carré, Martine Duclos et Jean-François Toussaint insistaient dans le cadre des Rencontres de Biarritz (2017) sur le danger que de tels comportements représentent notamment pour la nouvelle génération (Toussaint, 2017). Aussi, dans le cadre d'une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil, de nouvelles directives canadiennes ont été élaborées en matière d'activité physique et de mouvement. Elles ciblent la petite enfance, les jeunes de 5 à 17 ans et visent, aussi, à maximiser les bienfaits de l'activité physique sur la santé des adultes et des aînés<sup>1</sup>. Dans le même sens, en novembre 2020, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) publiait une évaluation des risques sanitaires associés à la sédentarité et à l'inactivité physique qui concernent les deux tiers des 11-17 ans. À cette occasion, elle rappelait les seuils sanitaires spécifiques portant sur la sédentarité et l'exposition aux écrans : lorsqu'il est supérieur à 2 heures par jour, le temps passé devant un écran (télévision, ordinateur,

1 SCPE/CSEP, Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures, <http://csepguidelines.ca/fr/>, consulté le 28 mars 2020.

jeu vidéo...) peut constituer un risque pour la santé ; lorsque l'activité physique est inférieure à 60 minutes par jour, les jeunes sont considérés comme insuffisamment actifs. Or, selon l'Agence, 66 % des 11-17 ans présentent un risque sanitaire préoccupant caractérisé par le dépassement simultané de ces deux seuils. Quant aux jeunes de 9 à 16 ans, la Fédération Française de Cardiologie (FFC) fait savoir qu'ils ont perdu 25 % de leur capacité physique (Observatoire du cœur des Français, 2017). S'agissant des adultes, le rapport d'activité 2021 de l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité apporte quelques éléments sur les ravages liés à la sédentarité et à l'inactivité physique (Onaps, 2021). Ainsi, le temps passé assis est de 12h, les jours travaillés, et 9h les jours non travaillés. En outre, 80 % des adultes passent, hors activité professionnelle, 3h/jour devant un écran. Selon la FFC, en 10 ans, le temps passé devant les écrans a augmenté de 53 %. Le rapport de l'Onaps met l'accent sur ces deux enjeux distincts de santé publique et fait savoir qu'un adulte sur trois combine un manque d'activité physique et une durée des comportements sédentaires trop importante.

Dans ce contexte, « bougez » devient une recommandation de santé publique et le « sport-santé » un slogan politique. À cet égard, l'attention croissante portée à la prévention et à la promotion de la santé a mis en lumière la place accordée aux activités physiques et/ou sportives – APS – (Haute Autorité de la Santé, 2011 ; Inserm, 2019). Dès lors, le « sport-santé » recouvre les APS contribuant au bien-être et à la santé du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'OMS (physique, sociale et psychologique). Différents rapports, plans, stratégies, programmes nationaux et internationaux consacrent la reconnaissance de celles-ci comme déterminant de santé publique et comme « thérapie non médicamenteuse », notamment pour les patients atteints d'Affections de Longue Durée (ALD)<sup>2</sup>. D'ailleurs, dès 2008, la première expertise de l'Institut National de Santé et de Recherche Médicale a démontré scientifiquement les effets bénéfiques des activités physiques en prévention des maladies et dans leur prise en charge (Inserm, 2008). Rappelons qu'une ALD nécessite des soins continus (et/ou un arrêt de travail) de plus de six mois et implique des dispositions médico-administratives particulières. On évoque, alors, l'Activité Physique Adaptée (APA) pour améliorer l'état de santé, prévenir l'aggravation et/ou la récurrence de ces maladies chroniques (Inserm, 2019).

Cette reconnaissance de l'APS comme levier pour la santé est désormais institutionnalisée par la loi de modernisation de notre système de santé<sup>3</sup>. Ainsi, outre un programme public élaboré en 2012 par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et celui des Sports visant à lutter contre l'inactivité physique et la sédentarité (Illivi, 2018) et priorisant un public « ciblé » éloigné de la pratique

2 Institut National du Cancer, 2018 ; OMS, 2010 ; Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, 2016 ; Stratégie OMS, 2016-2025 ; PNNS, 2001-2005, 2006-2010, 2011-2015 ; Plan obésité, 2010-2013 ; Plan cancer, 2009-2013 ; Plan bien vieillir, 2007-2009 ; Plan maladies chroniques, 2007-2011 ; Plan national santé environnement, 2009-2013 et Plan particules ; Toussaint, 2008).

3 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1), <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>, consulté le 30 avril 2021 ; L'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du Code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée, [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir\\_42071.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42071.pdf), consulté le 5 juillet 2017 ; loi n° 2022-296 du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2022/3/2/MENX2105502L/jo/texte>, consulté le 1<sup>er</sup> juin 2022.

sportive (les personnes en situation de handicap, celles atteintes de maladies chroniques, les seniors et celles en situation de précarité), le dispositif de prescription d'APA présente, également, un intérêt heuristique. Dans ce cas, à partir d'une consultation par le médecin, d'une prise en charge personnalisée et progressive (entretien, tests physiques, évaluation, bilan médico-sportif et élaboration d'un programme) par un professionnel ou une personne qualifiée d'une certification, le patient est orienté vers une structure identifiée et/ou labellisée pour bénéficier d'une APA. À ce propos, l'instruction du 3 mars 2017 rappelle que le médecin traitant est l'acteur central de ce dispositif de prescription et la loi du 2 mars 2022, visant à démocratiser le sport en France, élargit la possibilité de la prescription aux spécialistes. Cette dernière permet, également, aux masseurs-kinésithérapeutes de renouveler et adapter les prescriptions médicales initiales. Ici, l'APA intervient dans un parcours de soin pour le traitement de maladies chroniques (Perrin, 2021). Elle regroupe « l'ensemble des activités physiques et/ou sportives à des fins de prévention primaire (ensemble d'actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie ou à en réduire l'apparition), secondaire (mesures destinées à interrompre un processus morbide et prévenir des complications, limiter les incapacités et éviter les décès) ou tertiaire (ensemble de moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes de maladie) » (Haute Autorité de la Santé, 2011).

Cette thématique du « sport-santé », en tant que thématique socialement et politiquement mobilisatrice émerge réellement depuis la période 1960-1980 avec notamment la diffusion des conclusions des travaux de l'OMS (Favier-Ambrosini, 2016). De la même façon, un rapport de 1996 du Ministère de la Jeunesse et des Sports (MJS) souligne l'engagement de la médecine du sport dans une démarche visant à favoriser la pratique des APS. Cette promotion d'un « sport-santé » envisagée par la médecine du sport se construit dans l'optique de mailler le territoire et de fédérer le mouvement sportif (MJS, 1996). Elle mobilise, aussi, tout un ensemble de partenaires sociaux susceptibles de s'associer aux programmes d'évaluation du patient, de la prescription de l'activité et au suivi de sa condition physique.

Plus récemment dans le même sens, à la demande de l'ancien Premier ministre Édouard Philippe, le rapport intitulé « Faire de la France une vraie nation sportive » (février, 2019) et celui sur l'évaluation des politiques de prévention en santé publique, présenté par les députés Régis Juanico et Marie Tamarelle-Verhaeghe (Juillet, 2021) concluent sur le fait que les politiques publiques nationales et locales doivent s'inscrire dans une logique partenariale afin que les Français et les Françaises puissent pratiquer des activités physiques tout au long de leur vie. En fait, cette perspective articulée à la conduite de l'action collective fait écho aux travaux de l'OMS (2010). En effet, dans son rapport intitulé *Promouvoir l'activité physique au service de la santé*, elle préconisait déjà aux États de déployer en la matière une démarche multisectorielle intégrée, c'est-à-dire une démarche globale dans le respect des Chartes d'Ottawa (1986), de Bangkok (2005) et de Toronto (2010). Cette invitation consacre les enjeux que recouvre la mise en place de partenariats et de réseaux afin que l'activité physique soit intégrée dans la vie quotidienne des populations de façon à en faire « un choix facile, naturel et souhaitable » (Inserm, 2008, p.18).

Ainsi, dans la mise en œuvre de cette politique de santé publique qui met en évidence un ensemble d'acteurs (publics, privés, collectifs et individuels), le secteur sportif associatif constitue un relais essentiel de proximité. En ce sens, des travaux ont étudié les associations sportives au service des politiques de santé (Honta & Illivi, 2019) et les dilemmes de la participation face au gouvernement à distance de la santé publique (Honta & Illivi, 2021). Ils mettent davantage en exergue un gouvernement participationniste à l'œuvre dans le champ de la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique. Ils révèlent ainsi des agents étatiques qui gardent la main dans l'organisation de l'opérationnalisation, l'accompagnement et l'évaluation de cette politique. Les études donnent à voir un État qui dans sa façon d'exercer son pouvoir et de se positionner sur les territoires, hybride ses modes de gouvernement. Les formes de « gouvernement à distance » évoquées par Renaud Epstein (2005), sont bien présentes avec le recours d'instruments de type marchand, telle la labellisation. Par ailleurs, en mettant en évidence une reconfiguration du mouvement sportif français face aux injonctions normatives du « sport-santé », les travaux de Clément Perrier portent sur l'émergence du « sport-santé » dans les fédérations sportives (Perrier, 2021). En prenant l'exemple de la Fédération Française de Basket (FFB), les conclusions de ses travaux renseignent sur des clubs qui n'accueillent que très peu de personnes en ALD au regard des risques. Ils mettent l'accent sur une politique basket-santé qui tarde à se mettre en place au sein du réseau, notamment parce qu'elle se heurte à des injonctions normatives, mais aussi parce qu'elle se trouve en conflit avec la pratique traditionnelle. Les clubs et comités deviendraient des prestataires de service et des opérateurs de la santé.

Dans la continuité de ces travaux, nous proposons d'examiner la façon avec laquelle une fédération sportive omnisports, l'Association Sportives des Postes, Télégraphes et Téléphones (ASPTT), participe pleinement à la diffusion et à la régulation territoriale de cette politique sanitaire et sportive<sup>4</sup>. À ce jour, avec 230 clubs et 200 000 adhérents, l'ASPTT est la première Fédération de clubs omnisports de France. Au regard d'un constat (50 % de la population ne pratiquant pas une activité régulière), elle structure et organise sa politique sportive autour d'un concept de littératie physique<sup>5</sup>. Celui-ci se définit par la motivation, la confiance, la compétence physique qu'une personne possède et qui lui permettent de valoriser et de prendre en charge son engagement envers l'activité physique tout au long de sa vie (Wittehead *et al.*, 2016). Ici, le concept apparaît comme un ensemble d'outils dont l'objectif ambitieux est de briser la barrière de l'inactivité physique et de la sédentarité. La Fédération se positionne en complémentarité des fédérations délégataires par cette possibilité de faire découvrir une pluralité d'activités et d'acquérir des habiletés optimisées grâce à cette diversité de pratiques. Par conséquent, pour mettre en œuvre son projet sociétal, l'instance nationale fédérale propose à ses structures affiliées une offre sportive adaptée construite sous forme de labels (13 labels adaptés à l'ensemble

4 C'est en 1898 que l'on observe la naissance du premier club. En 1945, quarante-sept clubs créent l'Union des ASPTT. Puis, en 1965, à la demande du général de Gaulle, Maurice Herzog, haut commissaire à la jeunesse et aux sports, restructure le sport en France en s'appuyant sur ces clubs. En 2005, le mouvement ASPTT devient une fédération à part entière, agréée par le ministère des Sports et membre permanent du Comité National Olympique du Sport Français (CNOSF).

5 Déclaration de consensus canadien sur la littératie physique (2015), <http://litteratiaphysique.ca/litteratie-physique/consensus-canadien/>, consulté le 15 mars 2019.

de la population, quelle que soit leur situation : handicap, exclusion sociale, public à pathologies diverses). Pour ce faire, au nombre de 9, les Responsables Régionaux (RR) sont les relais de l'instance nationale sur le terrain avec des missions s'articulant sur trois niveaux. Le premier est une mission nationale contribuant à la mise en place de la politique fédérale au sein de leur région. Le second concerne des missions régionales consistant à soutenir les projets territoriaux et à promouvoir le développement de la pratique loisir et multisports, mais aussi à assurer l'organisation des formations des encadrants. Enfin, le troisième se rapporte davantage aux missions d'accompagnement locales, notamment en ingénierie (gestion, administration, communication, gestion de projet, recherche de subvention).

Si c'est au moyen de divers instruments d'action publique (IAP) – législatifs, réglementaires, informationnels, incitatifs, conventionnels et financiers – que l'État procède à la régulation politique sanitaire et sportive, cet article étudie davantage la façon avec laquelle la Fédération crée, développe et organise sa propre technologie instrumentale. En effet, comme l'indique Sophie Dubuisson-Quellier (2016), la production d'instruments ou d'outils orientant et organisant les conduites des cibles, n'est pas l'apanage de l'État car « il n'est pas exclu qu'une partie de cette action publique passe par la mobilisation d'acteurs privés et associatifs ». Ainsi, l'objectif pour l'ASPTT et ses structures locales est de se positionner comme « offreur d'Activités Physiques et Sportives ». Dans cette perspective, elle intègre les enjeux de santé publique en agissant en prévention des risques sanitaires au regard des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022<sup>6</sup>, ceux du Plan national de santé publique et de la Stratégie nationale sport-santé pour la période 2019-2024.

En utilisant de façon équivalente les termes « dispositif », « outil » et « instrument », nous mettons également en débat la question du choix et de la combinaison de cette instrumentation mobilisée par la Fédération pour engager ses instances territoriales (Varone, 2000). L'instrumentation consiste à étudier les problèmes liés aux usages et effets de ces technologies qui ne sont pas neutres (Lascoumes & Le Galès, 2004). Ainsi, en appréhendant les usages que la Fédération et ses groupements font d'un tel répertoire instrumental (Illivi & Honta, 2019 et 2020), nous focalisons notre attention sur l'impact lié à ces effets et aux relations de pouvoir et de domination qu'il organise en interne, mais aussi avec d'autres acteurs.

Dans ce cadre, en suivant les perspectives analytiques ouvertes par les travaux relatifs à l'instrumentation de l'action publique (Halpern, Lascoumes & Le Galès, 2014), nous démontrons qu'au-delà de matérialiser cette politique de santé, ces instruments révèlent la capacité d'innovation de la Fédération à s'engager dans un processus de construction. Pour autant, ils sont aussi susceptibles d'induire des rapports de force et de pouvoir au sein même du réseau fédéral mais aussi avec d'autres acteurs (publics, privés). De surcroît, cet « outillage » invite à déplacer l'angle d'analyse en interrogeant les capacités réelles pour la Fédération à se positionner comme tête de réseau et, ce faisant, d'assurer une

6 Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/12/29/SSAZ1735885D/jo/texte>, consulté le 3 janvier 2022.

animation, mais aussi une coopération en interne. Ainsi, proposé par Crozier et Friedberg (1977), le modèle d'analyse organisationnelle que représente l'analyse stratégique permet d'appréhender l'organisation et les apprentissages collectifs. Ici, l'instance fédérale nationale et ses groupements (comités régionaux et clubs) constituent un « milieu d'action ». Pour ce faire, ils doivent envisager une stratégie collective, construire de nouvelles règles, interagir en interne, mais aussi avec d'autres acteurs et d'autres milieux.

Par conséquent, les outils conceptuels de la sociologie des organisations (pouvoir, incertitude, jeux, marge de liberté) se révèlent utiles et complémentaires à la sociologie du gouvernement par les instruments. Ils permettent d'explorer

### ENCADRÉ MÉTHODOLOGIQUE

Adossée à une perspective de sociologie de l'action publique (Musselin, 2005), il s'agit d'interroger le rôle joué par le réseau ASPPT dans la construction du « sport-santé ». Dans ce contexte, l'enquête réalisée entre 2021 et 2022 s'est construite selon une démarche inductive (Benelli, 2011) et compréhensive (Schnapper, 2012). Elle a permis de cerner au mieux la dynamique partenariale entre la Fédération et ses groupements en s'appuyant sur l'expérience des acteurs. Ainsi, une quinzaine d'entretiens semi-directifs ont été menés, répartis en deux séries à partir d'un guide. La première s'est focalisée auprès d'élus et cadres techniques au sein du réseau fédéral, mais aussi auprès de membres de sections sportives. La seconde a été menée auprès d'acteurs publics et privés, tels que le Pôle Ressource National Sport Santé Bien-Être (PRNSBB), le Comité Olympique et Sportif Français (CNOSF), des professionnels en activités physiques adaptées et des professionnels de santé engagés dans le déploiement de cette politique et concernés par les instruments élaborés. L'analyse du contenu de ces 25 heures d'entretiens a été réalisée manuellement. Nous avons souhaité étudier les instruments mis en place par la Fédération pour analyser la façon avec laquelle elle participe pleinement à la diffusion et à la régulation territoriale de la lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique. Nous nous sommes intéressés aux rapports qu'ils organisent et ce faisant, à leurs usages et effets. En outre, notre approche a été complétée par un recueil et un traitement des différentes sources sur la politique sportive menée par la Fédération (plaquettes, livrets de présentation, programmes d'actions, stratégie de développement, conventions, chartes, fiches-actions, site internet), mais aussi par un traitement et analyse de la littérature académique mais aussi des différents rapports publics, revues et études<sup>1</sup>. De plus, l'évaluation des politiques de prévention en santé publique (Rapport Juanico, 2021) et le rapport d'activité de l'Onaps 2021 sur l'activité physique et la sédentarité, ont alimenté notre démarche.

<sup>1</sup> Rapport de l'observatoire du cœur des Français, l'avenir du cœur des jeunes, Fédération Française de Cardiologie, avril, 2016 ; Théma, l'intégration des bénéfices de santé liés à l'activité physique dans la conception des projets d'aménagement, ministère de la transition écologique, mars 2022 ; Avis de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (Anses), relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées, Anses, janvier 2022 ; Activité physique et sportive, un levier en faveur de la santé au travail, guide élaboré par la Direction des sports du ministère chargé des sports à l'usage des services au travail, ministère des Sports, avril 2021 ; Rapport 2021 de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité, ONAPS, juillet 2021. Rapport d'activité 2011 de la Haute Autorité de Santé, HAS, 2011.

d'avantage ce qui se joue au sein du réseau fédéral, de ce « milieu d'action » ou de ce « système d'action concret » (SAC) et ainsi étudier les apprentissages induits par cette politique (Gaudin, 2004, p. 224). Les SAC représentent un construit, un modèle qui se structure par le « jeu » des acteurs s'inscrivant dans une démarche de changement, voire d'innovation. Appréhendé de la sorte, le changement est le produit d'un processus collectif à travers lequel les acteurs du réseau fédéral et d'autres acteurs en présence (associations, service de l'État, professionnels du monde du sport et de la santé) s'engagent en mobilisant ou en créant des ressources nécessaires à la construction d'un nouveau jeu (Perrenoud, 1993). Autrement dit, la conceptualisation de l'action collective se fait à travers l'analyse des SAC. Une telle dynamique peut également être source de tension (Muller, 2005), car un SAC suppose un minimum d'interconnaissance, de circulation d'informations et de connaissances communes permettant l'anticipation des comportements. C'est la raison pour laquelle, il semble pertinent, ici, de mobiliser d'autres sociologies notamment celles de l'innovation et de la traduction. Celles-ci ont pour objectif de mieux comprendre la façon avec laquelle la Fédération souhaite consolider les connexions et les apprentissages au sein même de son réseau mais aussi avec des acteurs extérieurs, notamment dans le cadre de partenariats.

Aussi, la première partie de l'article rend compte des rapports de domination et de pouvoir au sein du réseau fédéral généré par l'outil « label » (Bergeron *et al.*, 2014) et interroge la professionnalisation comme levier de connaissance et de reconnaissance. Quant à la seconde partie, en considérant que tous les clubs ASPTT disposent d'atouts naturels et d'une « boîte à outils », elle met l'accent sur des outils propices au déploiement des dispositifs sanitaires et sportifs.

## 1. LABELLISATION ET PROFESSIONNALISATION POUR MOBILISER ET LÉGITIMER LES INSTANCES LOCALES

« J'mactiv santé » est le label multisports santé de la Fédération ASPTT. Il se définit par une offre de pratiques choisies et adaptées en fonction du public (âges/spécificités/attentes) et des capacités des clubs. En relation avec le corps médical, cet instrument a pour objectif de réduire le temps passé aux activités sédentaires, lutter contre l'insuffisance d'activité, prévenir le développement de pathologies légères (surpoids, obésité, risque cardiovasculaire, etc.) et maintenir une activité suffisante. Dans cette démarche de qualité, les encadrants sportifs fédéraux sont spécifiquement formés. Ainsi, les ressorts de ce mouvement de professionnalisation entendu comme un processus de « fabrication » d'un professionnel par la formation (Wittorski, 2008) sont discutés, ici. Par conséquent, labellisation, formation-qualification et professionnalisation interrogent l'instance nationale fédérale à se positionner comme chef de fil.

### La mise en place d'un mode opératoire

Au regard de la stratégie nationale sport-santé pour la période 2019-2024, ce processus de labellisation instauré par la Fédération vise à positionner et sécuriser son réseau afin d'atteindre les destinataires des programmes. Ainsi,

l'extrait d'entretien qui suit met l'accent sur certains objectifs qualitatifs qui sont de faire valoir les expériences locales dans le but de les promouvoir : « Cette politique de labellisation menée par la fédération permet d'entrer dans une démarche de qualité. Elle a également pour objectif de valoriser et légitimer les offres de nos structures locales auprès d'autres acteurs comme les collectivités, les mutuelles et les médecins. Il s'agit de valoriser notre savoir-faire » (un chargé de développement au sein de la Fédération). De ce fait, cet extrait met en exergue un mécanisme de distinction et de repérage de « bonnes pratiques » et de « bonnes structures » (Béal *et al.*, 2015) positionnant les clubs comme « offreurs d'APS ». Selon les instances locales, cette démarche apparaît comme une « certification fédérale » et semble acceptée. Les propos, ci-après, recueillis auprès d'un acteur local en attestent : « C'est vraiment une validation comme quoi ce qui est fait, est bien fait et mérite d'être mis en avant. Bien entendu, lorsque l'on va voir un partenaire, c'est toujours un plus de présenter un label, même s'il s'agit d'un label fédéral. Les points à respecter pour les clubs, c'est de faire une prise en charge de qualité et pas de quantité. J'entends par là respecter un nombre minimal de séances, être plutôt dans l'individualisation ainsi que le suivi du patient par le système de test. Ce suivi doit être effectué avec l'équipe disciplinaire et le médecin traitant avec un carnet. Il s'agit aussi de se rapprocher des partenaires éventuels pour la mise en place de projets et/ou d'actions notamment avec le monde de la santé et les maisons sport-santé. Il convient également de capter des financements notamment auprès de l'ARS. Le label est vraiment un mode d'emploi pour les clubs qui ne savent pas si prendre. Mais, il y a une contrepartie. En effet, on évalue le label chaque année » (un responsable régional, régions Ouest et Nord-Ouest France). Au demeurant, ces propos sous-tendent des effets disciplinaires, performatifs et compétitifs.

Plus largement, ces témoignages autorisent à penser que la politique de labellisation fédérale intervient comme un système intégré dans le but de mettre en place une nouvelle offre sportive d'APA-S à la diversité des publics, à leurs capacités physiques (au sens de capacités fonctionnelles) et à leurs pathologies. Du reste, les propos du médecin fédéral confirment cette approche : « Notre mode de vie actuel plutôt sédentaire et insuffisant en activité physique a des conséquences sur la santé de la population avec une prévalence de surpoids, d'obésité, de maladies cardiovasculaires, de cancers, etc. Pour certains, il faut donc encourager le maintien d'un niveau d'activité physique conforme aux recommandations de l'OMS. Alors que, pour d'autres, sédentaires, peu actifs ou atteints de maladies chroniques stabilisées, il s'agit de faire ou de reprendre une activité physique adaptée, tout en pratiquant de façon sécurisée et encadrée par des professionnels. Le mouvement ASPTT, engagé de longue date dans une offre sportive à destination de tous les publics, continue son implication dans le champ de la Santé publique. Comment ? En soutenant les initiatives des clubs qui développent des actions "sport-santé" par une démarche de labellisation » (Le médecin fédéral de l'ASPTT).

Par ailleurs, dans le cadre de ses travaux, Sophie Dubuisson-Quellier (2016) insiste sur la visibilité attendue par l'usage de l'instrument « label ». Ainsi, les témoignages suivants d'une membre au sein d'une section sportive, professionnelle de santé et coordinatrice de la mise en œuvre d'actions « sport-santé » au sein d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (Ehpad), mais aussi d'une directrice administrative au niveau territorial, le présentent comme une volonté de tendre vers un « affichage symbolique fort » des actions menées : « C'est vrai que la notion de label permettrait d'éclaircir un minima les

*structures vers lesquelles on pourrait orienter le public* » (une membre d'une section sportive et coordinatrice sport-santé au sein d'un Ehpad, région Sud). « *Pour les petites structures, c'est un moyen de les professionnaliser, pour les structures plus importantes, la labellisation apporte de la crédibilité. Parce que le fait d'être labellisé, ça se communique, et quand quelqu'un arrive dans une structure associative qui a un label, c'est une forme de reconnaissance. Je pense que les fédérations qui souhaitent s'engager dans ce dispositif doivent labelliser avec des critères. Il faut afficher notre professionnalisation. Le monde de la santé peut recevoir ce message comme positif. À mon sens, la labellisation est un passage obligé* » (la directrice administrative d'un club ASPTT, région Sud). Ce dernier témoignage qui s'inscrit dans les propos du responsable régional des régions Ouest et Nord-Ouest France, manifeste aussi le souhait d'identifier des organisations et des formations pour accroître la crédibilité des actions sanitaires et sportives. C'est également l'occasion pour la Fédération de mobiliser ses instances locales tout en disposant de garanties visant la structuration des projets.

Sans nul doute, les opérateurs sont soumis à la « discipline » et à l'alignement des conduites (Breton, 2014). Parce qu'il génère de la valeur permettant, ainsi, de bénéficier d'une légitimité (Bergeron *et al.*, 2014), on peut dire que l'instrument « label » vient consacrer les efforts des structures locales à répondre à la politique que souhaite mener la Fédération. À cet égard, des travaux de thèse démontrent que l'appropriation de cet instrument disciplinaire représente une des conditions à la pérennisation de l'engagement du réseau associatif et que la labellisation offre une grille de lecture structurante (Illivi, 2018). Pour autant, l'étude menée montre également le fait que certaines associations offrent une résistance. Une forme d'inertie qui s'explique par le refus d'y voir une priorité et par un manque de ressources.

Ainsi, tout en mettant en exergue la réelle « plus-value santé » que l'instrument est supposé apporter dans les projets et les actions, le témoignage suivant d'un élu territorial laisse sous-entendre des modalités sélectives de distribution des ressources. Celles-ci se veulent assez dirigistes et disciplinaires à des fins d'efficacité : « *Voilà, la Fédération dit, je vous donne les moyens, vous faites comme ça et si vous vous structurez avec votre éducateur, je vous labellise. Si je vous labellise, je vais vous aider financièrement. En fait, on a un cahier des charges et on doit rentrer dans ce mode opératoire* » (un élu d'un comité régional, région Sud). À ce sujet, Marie-Louise Bemelmans-Videc *et al.* proposent, à travers leur typologie, de distinguer les régulations contraignantes des incitations économiques qu'ils nomment les « *carrots* » (2003). Ces dernières usent de leur pouvoir d'orientation quitte à transformer les associations en « purs opérateurs fonctionnels » (Lafore, 2010). Dans cette perspective, peut-on y voir un pouvoir de sélection, d'éviction ou encore de filtrage et d'exclusion ? Les propos recueillis auprès d'un cadre fédéral tentent d'exclure cette grille de lecture : « *Il ne s'agit pas de forcer les structures à intégrer ou s'engager dans cette politique. Effectivement, certains clubs s'y engagent à 100 %, c'est leur projet, ils ont leurs propres ressources. D'autres clubs préfèrent rester sur le sport-loisirs* » (un chargé de développement au sein de la Fédération).

Effectivement, le médecin fédéral de l'ASPTT le rappelle : « *Aucune contrainte, mais une adhésion, c'est surtout ce que l'on essaie de faire par la persuasion, la conviction, les échanges pour faire comprendre que l'on peut transformer certaines actions existantes*

*avec une connotation sanitaire mais il ne faut pas que cela soit une difficulté pour eux »* (le médecin fédéral). Ce dernier témoignage laisse à penser qu'une légitimation scientifique constamment présente peut faire avancer cette « cause sanitaire » et constituer ainsi un registre argumentatif faisant écho aux travaux de Philippe Zittoun. Pour cet auteur, la persuasion constitue un processus spécifique essentiel à la propagation d'un énoncé (2013, p. 155). Quoi qu'il en soit, ce dernier extrait laisse sous-entendre que les clubs doivent s'inscrire dans une activité plus serrée de normalisation et de contrôle consistant à les rendre plus « performants » dans leurs prestations. Au-delà des actions pertinentes à mener sur le plan sanitaire et sportif, on peut penser que ce processus de labellisation accélère potentiellement les inégalités de développement de ces structures associatives dès lors qu'elles deviennent largement tributaires des possibilités de ressources d'une façon générale et plus spécifiquement de financement (Illivi & Honta, 2020).

Voici l'occasion de rappeler que la problématique des ressources est pointée du doigt par la commission d'enquête présidée par Alain Bocquet (2014) en charge d'étudier les difficultés du monde associatif. Celle-ci concerne effectivement l'activité de nombreuses associations sportives dont les ressources sont, pour partie, publiques et donc dépendantes de la nature des relations qu'elles entretiennent avec les institutions. Ces aides permettent donc, sinon de fidéliser, du moins de pousser des acteurs collectifs à s'engager dans des projets décidés par les pouvoirs publics. Ainsi, le rapporteur met l'accent sur la nécessité, pour les associations, de mutualiser les moyens comme source d'efficacité et d'efficience (ressources humaines, gestion, communication). Il revient également sur le rôle joué par les fédérations comme tête de réseau et comme soutien qu'elles apportent aux structures qui leur sont rattachées. L'extrait d'interview qui suit met en lumière cette capacité réelle pour l'ASPTT d'assurer une structuration et une animation fédérative, mais aussi le développement d'une réelle coopération en interne : *« Via notre commission médicale et notre comité sport-santé, il s'agit de partager les bonnes pratiques, démontrer ce qui peut être fait et faciliter la mise en place de ce dispositif de prescription médicale. L'organisation de webinaire permet également de faire remonter les freins et les obstacles et de communiquer avec nos instances régionales qui, elles-mêmes, communiquent avec les clubs. En outre, nous accompagnons nos structures dans la construction des dossiers pour qu'elles puissent déposer des appels à projet et être identifiées comme Maison sport-santé »* (un chargé de développement au sein de la Fédération). Ces propos introduisent l'idée selon laquelle l'instance nationale souhaite renforcer les liens avec les structures territoriales (comités régionaux et clubs) et ainsi, obtenir une vision globale de la stratégie de développement adoptée sur chaque territoire. Dans ce cadre, le soutien de l'instance nationale fédérale revêt diverses dimensions : ressources humaines, outils techniques, aide à la recherche de partenariats, etc. André Degenne et Michel Forsé (1994) présentent ce soutien comme source première d'une méthodologie dite « des réseaux ». Celle-ci constitue, ainsi, des ressources pour territorialiser cette politique de santé publique adossée aux activités physiques et sportives. Ici, la notion de réseau démontre comment la Fédération et ses instances territoriales peuvent faire système sur le territoire (Crozier & Friedberg, 1977).

Ainsi, en proposant d'accompagner ses structures locales, la tête de réseau apparaît comme un « partenaire technique ». Plus largement, ce témoignage atteste d'un ensemble de pratiques d'organisation résultant d'un travail collectif qui apparaît comme essentiel pour cimenter et stabiliser une dynamique partenariale (Carles, 2007). Ce type d'organisation réinterroge aussi la gouvernance, la relation entre les acteurs au sein même du réseau et la circulation des ressources (conatives et cognitives) pour connaître et agir (Le Naour, 2012).

Finalement, au-delà de démontrer le pouvoir disciplinaire de l'instrument « label », l'ensemble de ces témoignages met en lumière la volonté pour la Fédération d'accompagner son réseau. Ce faisant, cette démarche pose la question de la professionnalisation et de la qualification.

### La professionnalisation comme levier de connaissances et de reconnaissance

L'enjeu des réflexions sur cette question de la professionnalisation consiste, pour le tissu associatif, à renforcer son niveau de compétences afin de se positionner dans ce marché du « sport-santé ». Assurément, les acteurs rencontrés tant au niveau national que territorial estiment que la montée en compétences des clubs agissant au plus près des publics revêt une importance substantielle. D'ailleurs, dans le cadre du développement « sport-santé », le témoignage d'un responsable régional met en avant cette nécessité de professionnaliser : « *Le label est parfois demandé par les clubs, ils souhaitent développer le "sport-santé", mais ils n'ont pas toujours les compétences et ne se sentent pas toujours capable de... ! Et donc, là, il y a un intérêt de se former qui leur permet de les mettre en confiance, de leur présenter les bases et une démarche scientifique. Qu'est-ce que j'entends par là, la démarche c'est d'aller se renseigner avec des sources viables, d'aller sur des choses où on peut se renseigner de manière correcte, mais d'avoir aussi des personnes référentes au niveau national. Moi, à mon niveau, je propose la formation, les clubs peuvent à tout moment me contacter. Il s'agit de dire, vous n'êtes pas seuls, vous êtes accompagnés* » (un responsable régional, régions Ouest et Nord-Ouest de la France). Outre le fait que ces propos rendent compte d'un besoin de formation et de qualification comme d'indispensables ressources, ils renvoient, également, à une dynamique partenariale qui implique l'existence de liens et de relations tissés entre les différents acteurs (élus et techniciens) et niveaux (national et local) pour définir et servir le « bien commun » (Lascoumes & Le Bourhis, 1998). C'est dans cette situation que la Fédération ASPTT a mis en place en 2018 des parcours de formations fédérales pour ses encadrants professionnels ou bénévoles avec des modules spécifiques aux labels omnisports.

Au-delà de considérer la formation comme essentielle à l'encadrement de la politique de labellisation, le témoignage suivant d'un cadre technique introduit le processus d'acculturation nécessaire à la construction de ce qui est communément qualifié de « culture commune » notamment par le biais du coach sportif : « *Nous cherchons à renforcer cette acculturation par notamment la formation coach sport-santé. L'objectif, ici, est d'animer et encadrer notre label "J'mactiv Santé"* » (un chargé de développement au sein de la Fédération). À cet égard, l'arrêté du 8 novembre 2018 relatif à la liste des certifications fédérales et celui du 19 juillet 2019 relatif à la liste des certificats de qualification professionnelle autorisant

la dispensation d'APA-S prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD, apportent des précisions sur le profil du coach sport-santé fédéral et le contenu de sa formation. Ceci dit, comme peuvent l'exprimer le président d'un club ASPTT, et un responsable régional : « À ce jour, dans l'accompagnement de ce public spécifique, j'ai des master Staps APA-s qui coordonnent et qui pilotent les activités en lien avec la maison sport-santé. J'ai en parallèle des personnes titulaires d'un BPJEPS qui ont été formées par l'ASPTT, mais, la formation fédérale de quelques heures n'est pas suffisante et on a besoin de professionnels formés aux techniques d'activités physiques adaptées » (le président d'un club, région Auvergne, Rhône-Alpes et un responsable régional, régions Ouest et Nord-Ouest France). En s'inscrivant dans la continuité des travaux de Valérie Boussard, Didier Demazière et Philip Milburn (2010) sur les injonctions au professionnalisme, cet entretien fait émerger le rôle de « traducteur » que peuvent jouer les encadrants coach sport-santé pour mobiliser d'autres opérateurs et faire se rencontrer le monde du sport et celui de la santé. En fait, ces médiateurs procèdent, par ces activités cognitives et stratégiques, à la traduction des connaissances et d'enjeux entre des acteurs issus des champs de la santé et du sport (Clavier, 2010). Par activités de traduction, Michel Callon et Bruno Latour entendent « l'ensemble de négociations, d'actes de persuasion, de calculs et de violences, grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur, ou d'une autre force » (Akrich, Callon & Latour, 2006, p. 12). À cet égard, Michel Callon considère quatre étapes (problématisation, enrôlement, intéressement, mobilisation) comme modalités de production de sens de l'action collective. Ainsi, le coach sport-santé apparaît, à travers cette fonction de médiation, comme le pivot indispensable des dispositifs élaborés autour du « sport-santé ». Parce que cette problématique intéresse l'ensemble du mouvement sportif, l'intérêt de cette circulation des savoirs entre les deux « mondes » est également souligné par un représentant du Comité National Olympique et Sportif Français : « Si vous voulez, j'ai l'habitude de dire qu'il faut absolument médicaliser les métiers du sport comme il faut "sportiver" les études de médecine ou de pharmacie » (un représentant du CNOSEF). D'ailleurs, tout en s'appuyant sur le terme « médico-sportif », cet acteur rencontré au sein du comité national olympique insiste sur le rôle de pivot joué par ces professionnels : « Il ne suffit pas de proposer les activités, c'est extrêmement important de prévoir la formation de ce que nous appelons "des opérateurs", c'est-à-dire les encadrants médico-sportifs dans les clubs » (un représentant du CNOSEF). Ces propos amènent une réflexion sur les deux « piliers » de la prescription de l'activité physique et interrogent l'encadrement et l'accompagnement médico-sportif du patient. Comme le souligne Benjamin Coignet (2013), des tandems d'acteurs, combinant des compétences complémentaires, se forment pour créer et diffuser de nouvelles solutions d'interventions.

De telles activités sont aussi et surtout l'occasion de rendre compte de l'importance que revêtent les compétences relationnelles de ces professionnels, véritables intermédiaires de cette politique auprès des opérateurs locaux (Lipsky, 1980). À cet égard, les propos recueillis auprès d'un responsable régional et professionnel en APA-S illustrent ces activités de traduction et de médiation pour favoriser la mise en œuvre du label multisports santé de la Fédération ASPTT : « Moi, responsable régional, je retranscris la parole de la Fédération. Étant dans la commission sport-santé au sein de l'instance fédérale, étant dans le cadre de la

formation sport-santé et sur le label "J'mactiv santé", j'ai une importance pour sensibiliser, accompagner et développer les partenariats. Je suis donc un intermédiaire » (un responsable régional, régions Ouest et Nord-Ouest France). Cet extrait d'entretien démontre que ces activités s'appliquent également aux responsables régionaux dès lors que les acquis permis par leur propre cursus de formation initiale et/ou continue constituent une condition fondamentale de cette opération de médiation.

Cette problématique des compétences nécessaires pour sécuriser l'encadrement des personnes à besoins particuliers, mais aussi pour conduire, monter, encadrer des projets, accompagner les partenariats, maîtriser les modes opératoires et pérenniser les actions, interroge le potentiel de recrutement de la Fédération. En effet, le fonctionnement de celle-ci est basé, en partie, sur le bénévolat et le volontariat : *« C'est d'autant plus vrai dans le mouvement sportif où ils ont ouvert les appels à projets sport-santé spécifiques aux associations, sans penser en premier point que celles-ci fonctionnent avec quasiment cent pour cent de bénévoles, sans penser que la gestion de projet c'est un métier et que répondre à un appel à projets, ça ne se fait pas comme ça. Et le fait d'opportunité comme ça, ponctuelle en plus, sans visibilité à long terme, ça fait qu'on se retrouve avec une association qui va absolument vouloir sauver les meubles et va répondre à un appel à projets pour être financée le jour J. Et puis l'année d'après ne va plus faire du sport-santé parce que ce n'est plus financé. Alors effectivement, un des freins, c'est certainement le bénévolat »* (un élu d'un comité régional, région Sud). Au-delà de pointer du doigt l'organisation, la mise en cohérence et l'homogénéité des pratiques et des actions menées via un autre instrument « l'appel-à-projet », ce témoignage rappelle que l'identité associative est fondée sur deux dimensions : le champ de leur activité et leur mode de fonctionnement (Bernoux, 2008). En effet, les associations se constituent souvent dans des secteurs à la marge du secteur marchand. D'autre part, dans leur projet associatif, elles contribuent « à identifier de nouveaux besoins sociaux, à imaginer, à expérimenter de nouvelles formes de réponses organisées » (Laville & Sansaulieu, 1997, p. 17).

Là encore, cette perspective renvoie aux enjeux que revêt la professionnalisation et la présentation du nouveau projet sociétal par le président général de l'ASPTT qui met en lumière cet aspect. À cet égard, il n'omet pas de souligner la poursuite d'un processus de qualification et la création de centres de formation : *« Ce projet fédéral met la responsabilité sociale, sociétale et l'innovation au cœur de nos actions et de notre développement. Les quatre prochaines années vont ainsi nous permettre d'investir de nouveaux territoires et d'écrire le sport de demain, qui correspond aux aspirations à la fois des individus, des collectivités, et des entreprises. Un monde dans lequel chacun choisit son moment, ses lieux, ses sports et ses activités. Un monde qui correspond parfaitement au modèle omnisports ASPTT. De plus, nous allons poursuivre le déploiement des labels dans nos clubs et nous continuerons à poursuivre la structuration de notre offre de formation (Diplômes Fédéraux Coach Omnisports, Certificat de Qualification Professionnelle, ALS, Brevets Professionnels de la Jeunesse de l'Éducation Populaire et du Sport, mention Activités Physiques pour Tous) et la création de Centres Nationaux de Formation (CNF by ASPTT), mais aussi déployer des formations sportives et administratives (Finances, RH, communication digitale...), sensibiliser les pratiquants à la vie des clubs en mettant en place un dispositif d'animation des bénévoles »* (le

président général de l'ASPTT). Finalement, cet extrait d'entretien renseigne sur un monde fédéral qui a façonné une structuration normalisée du sport en se référant essentiellement à la compétition sportive et qui partant, fait progressivement place à d'autres modèles d'offres socio-sportives et sanitaires. En ce sens, Jean-Louis Laville et Renaud Sansaulieu (1997, p. 17) conçoivent la raison d'être des associations comme s'inscrivant dans la quête de la société pour de nouvelles formes de collectifs capables d'inventer des réponses aux problèmes sociaux contemporains. On peut exprimer que les propos du président général introduisent l'idée selon laquelle le projet est considéré comme un instrument d'organisation, de mobilisation sociale autour duquel se renforce le réseau fédéral.

Cette première partie permet de constater que les processus de labellisation et de professionnalisation apparaissent incontournables pour la Fédération. Toutefois, d'autres dispositifs concrets sont également conçus par celle-ci pour mobiliser son réseau autour du « sport-santé ».

## 2. DES OUTILS INDISPENSABLES AU DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES LOCALES

Afin de garantir le développement du sport-santé et notamment les conditions de dispensation de l'APA prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD (préventions secondaire et tertiaire), la Fédération propose et suggère, voir impose une boîte à outils (conventions, carnets de liaison, fiches-séances et plateforme). Ceux-ci ont vocation à mobiliser et accompagner les instances locales dans la mise en place et le développement du label « J'mactiv santé ». Il s'agit bien pour l'ASPTT de participer à la création de scènes d'actions offrant des positions d'échanges et d'ajustements.

### Un instrument conventionnel pour construire et consolider une dynamique de réseau

La convention apparaît comme un instrument central d'actions partenariales permettant d'impulser et renforcer cette politique de labellisation et de coordonner initiatives et calendriers. Elle est, aussi, susceptible d'instaurer un lien de dépendance réciproque : « *Nos structures territoriales intègrent une convention de labellisation. L'objectif est de développer un ensemble d'outils et un travail en réseau* » (un chargé de développement au sein de la Fédération). En considérant le sens du terme contrat comme l'action de « resserrer, borner, mettre en place » ou encore comme « une forme de relation qui établit des obligations entre contractants » (Bourdon, Besnard, Cherkaoui & Lécuyer, 2003, p. 48), ce témoignage apporte, tout d'abord, des précisions sur les effets mobilisateurs et de cadrage que représente la convention et la manière avec laquelle la Fédération souhaite structurer le label « J'mactiv santé ».

Comme l'exprime Olivier Favereau, dès lors qu'« une convention est un système d'attentes réciproques sur les compétences et les comportements, conçus comme allant de soi et pour aller de soi » (Favereau, 1986), cet instrument officialiserait la garantie d'une offre d'APA-S de qualité et sécurisée. Dans ce cas, tout en permettant de mobiliser des ressources matérielles et sociales, il

scelle les accords et légitime la coopération entre la tête de réseau et les instances locales fédérales. En outre, cette méthode contractuelle permet d'appréhender les effets sur l'action des acteurs associatifs et plus précisément de comprendre les jeux dans lesquels ils sont pris. Au final, les systèmes relationnels constitués à travers cet instrument conventionnel donnent à voir la forte densité des relations d'interdépendance dans lesquelles ces associations se situent (Djouldem, 1996). Dit autrement, dans cette dynamique, les principes de la convention impliquent que les comités régionaux et les clubs s'engagent autour des enjeux du « sport-santé ». On peut donc penser que cet instrument représente le cadre de référence qui formalise les projets sanitaires et sportifs locaux au sein de la Fédération et de ses groupements. De plus, cet extrait d'entretien introduit l'idée de construire et traiter des problèmes d'organisation et ce faisant, met l'accent sur une logique de réseau consistant à créer du lien pour donner du sens (Lazega, 1994). Ce « réseautage » en interne constitue de la part de la Fédération une réponse d'organisation à de nouveaux problèmes pour prescrire des rôles, créer des routines, répartir des ressources et structurer les stratégies de ses instances territoriales.

De la même façon, pour organiser et déployer la mise en œuvre du label « J'mactiv santé » sur les territoires, le témoignage suivant met en évidence le construit des réseaux locaux en vue de répondre à des objectifs précis dans lequel les acteurs mobilisés trouvent intérêt à s'investir. Si cette logique promeut une coopération « verticale » et « horizontale » afin que la dynamique de réseau se stabilise, le témoignage, met plutôt l'accent sur une « horizontalisation » des rapports avec d'autres acteurs notamment ceux de la santé : *« On a commencé à faire une étude sur le territoire, on a bien vu qu'il y avait une vraie demande. Donc là, on a travaillé directement avec deux gros hôpitaux, le centre de cancérologie Léon Bérard qui a en son sein des éducateurs APA-S. On intervient en relation avec eux dans un suivi de parcours de soin. On a donc mis en place des séances où ils viennent une fois tous les trimestres avec un certain nombre de patients. Ces derniers vont pouvoir découvrir les activités que nous avons au club et donc poursuivre ce parcours de soin chez nous. Nous avons fait la même chose avec les hôpitaux de l'Est lyonnais et nous sommes en train de travailler avec des maisons de santé. J'ai fait aussi savoir au comité départemental olympique et sportif français qui travaille sur le sport-santé ce que nous étions capable de faire. Par ailleurs, je suis en relation avec un syndicat d'infirmier, puisqu'il y a une convention qui a été signée il n'y a pas très longtemps avec la fédération des infirmiers libéraux pour faire la promotion du sport-santé comme étant un élément de santé publique. En outre, dans le cadre de la prescription, nous avons quelques médecins généralistes adhérents aux clubs et on va tenter d'organiser des conventions pour les inciter à cela »* (le président d'un club, région Auvergne, Rhône-Alpes).

Dans ce contexte, notre attention se porte sur les trois dynamiques qui caractérisent le réseau : une coopération entre acteurs (publics, privés) ; le déploiement d'interactions continues dans la définition et la conduite des politiques ; l'adoption de règles du jeu négociées et collectivement élaborées sans se limiter aux rapports préétablis de dépendance ou de hiérarchie (Lascoumes & Simard, 2011). Ce témoignage permet de comprendre comment le « local » cherche à valoriser et à assurer le développement d'initiatives innovantes. De plus, il met en lumière la présence de deux triptyques « diagnostic-projet-contrat » (Epstein,

2013a, p. 79) et « sens-partage-transparence » (Carles, 2007, p. 162) comme pré-ambule à la conception d'une dynamique partenariale et partant, d'une expertise indispensable à la conduite d'une politique publique (Bion, 2000). D'autre part, parce que la méthode contractuelle n'étant pas qu'une affaire de coordination entre compétences (Gaudin, 2007, p. 35), il permet d'appréhender la construction et la conduite des accords dans l'intelligence collective (Carles, 2007). Ainsi la convention constitue-elle un instrument managérial « puissant » pour assurer un cadrage et créer un univers de sens commun (Diaz-Bone & Thévenot, 2010). Finalement, dans cette dynamique, ce témoignage laisse sous-entendre deux caractéristiques communes des procédures contractuelles : un temps de discussion explicite sur les objectifs recherchés et des engagements réciproques sur un calendrier d'action et de réalisation (Gaudin, 2014). Dans ce contexte, l'outil convention propose une structuration où chacun partage ses réflexions, ses interrogations, ses acquis et ses expériences (Pissarro, 2004). D'autres outils sont également envisagés par la Fédération pour mobiliser son réseau et ce faisant, participer pleinement à l'opérationnalisation du sport-santé.

### **Carnet de liaison, fiches-séances, guide, plateforme, d'autres outils propices au développement du sport-santé, mais une appropriation différenciée**

Dès lors que le club est labellisé, la Fédération fournit des outils de suivi, d'évaluation et de communication dont l'objectif est de constituer une dynamique de coopération au niveau territorial. Un cadre technique fédéral l'exprime clairement : « *On met en place un ensemble d'instruments et notamment le carnet de liaison qui permet de faire le lien avec le club, le médecin et l'adhérent. C'est un carnet qui fait une quinzaine de pages et qui contient les coordonnées du corps médical, c'est-à-dire le médecin traitant ou d'autres acteurs de santé. On met également à disposition des fiches-séances sous forme de cycles pour construire une base* » (un chargé de développement au sein de la Fédération). Parce que cet « outillage » a vocation à faciliter la prescription et le suivi par le médecin, il exprime la capacité de la Fédération à participer à la régulation de cette politique interministérielle.

Même si les propos qui suivent soulignent la nécessité d'une maîtrise de l'outil, ce qui, une fois encore, renvoie à l'impératif de professionnalisation, il n'en demeure pas moins que cette « mallette » est aussi valorisée par « le local » : « *Je m'appuie sur les outils inventés par la Fédération et je les trouve extrêmement pertinents* » (le président d'un club, région Auvergne-Rhône-Alpes) ; « *Effectivement d'un point de vue d'un enseignant d'activités physiques adaptées, le contenu de cette "malle", j'entends par là, le livret, les passations de tests et le matériel, la construction des séances, éventuellement la formation, même si, parfois on peut faire passer des validations d'acquis par expérience, c'est "top", c'est le guide à suivre... par contre, je me mets à la place d'un éducateur qui n'est pas uniquement dans ce dispositif sport-santé, sport-sur-ordonnance, qui, lui, doit être polyvalent, c'est contraignant parce que la passation de test c'est du temps en plus, il n'a pas l'habitude d'en faire d'où l'intérêt pour nous responsables régionaux de bien sensibiliser le futur éducateur* » (un responsable régional, régions Ouest et Nord-Ouest France). Ces extraits d'entretiens font écho aux travaux de Favier-Ambrosini et Dalalandre (2018) sur le fonctionnement des réseaux visant à coordonner les actions de prévention et de soin par les activités

physiques à un niveau territorial. Ils mettent en avant l'utilisation d'une technologie instrumentale pour faire travailler un ensemble de professionnels d'univers différents. Les chercheurs évoquent l'objectivation des corps constituant un nécessaire support de coordination pour une pluralité d'acteurs travaillant au sein des réseaux (monde du sport, monde de la santé, monde médico-social). C'est-à-dire, une mise en exergue d'informations chiffrées qui objectivent le corps des patients permettant à l'ensemble des professionnels d'identifier rapidement les caractéristiques des bénéficiaires.

Plus largement, dans l'optique d'une pérennisation des actions, cette démarche demande une production d'interconnaissances pour une acculturation réciproque. Est-ce la raison pour laquelle, comme l'exprime le médecin fédéral, ces « *supports techniques ou outils d'application* » destinés à sécuriser, structurer, distinguer, valoriser et légitimer les clubs ASPTT mais aussi à contraindre et exclure, ne font pas « *légion* » ? Cette vision apparaît donc comme un éventuel blocage à cette dynamique partenariale, comme une résistance au changement et à l'innovation. En outre, le président d'un club ASPTT pointe du doigt d'autres obstacles : « *Ce que je pense aussi, c'est à l'implication des fédérations délégataires. Par exemple, ici à Lyon, j'ai aujourd'hui une section tennis Padel très importante. Nous aurions pu intégrer le tennis dans le sport-santé, sauf qu'aujourd'hui, les intervenants tennis sont davantage orientés vers la Fédération de tennis et donc développer le programme de la FFT plutôt que de développer la maison sport santé et le "J'mactiv santé" de la Fédération ASPTT. Il y a clairement de la part de certaines fédérations délégataires, avec l'appui de sections zélées au sein du club, une volonté de tirer parti du travail réalisé et aussi d'imaginer une proposition intégrant le multisport à leur discipline* » (le président d'un club, région Auvergne Rhône-Alpes). Ce témoignage démontre que le développement du sport-santé et la façon dont les clubs se saisissent de cette « boîte à outils » dépendent essentiellement de la vision du sport comme enjeux de santé publique par certains acteurs fédéraux. Muller parle d'une autre « vision et conception du monde » (2010, p. 58). En effet, l'intégration de ces enjeux paraît variable et, n'y voyant aucune priorité, l'acteur fédéral préfère camper sur l'activité traditionnelle. Dans ce processus, l'appropriation est essentielle. D'autre part, ce témoignage rend compte des rapports de force et de pouvoir qui s'instaurent dans la construction d'un territoire sport-santé. Plus largement, il pointe du doigt les luttes au sein de l'espace sportif. Il laisse supposer qu'un rapport de domination est susceptible de s'installer et, cependant, interroge l'intéressement et l'enrôlement des acteurs en présence afin qu'ils participent au traitement du problème de la lutte contre l'inactivité physique et la sédentarité (Bilodeau, Lapierre & Marchand, 2003). En s'appuyant sur le fondement de l'action organisée, ces relations de pouvoir dépendent d'abord des ressources des acteurs en présence. Michel Crozier et Erhard Friedberg expliquent que le pouvoir ne se conçoit que dans la perspective d'un but qui motive l'engagement des protagonistes ce qui en fait « une relation instrumentale » (Crozier & Friedberg, 1977, p. 66).

Aussi, dans un « exercice quotidien d'une activité professionnalisée avec ses catégories d'actions routinisées, ses représentations intériorisées et ses codes d'interprétation spécifiques » (De Maillard, 2000, p. 10), peut-on y voir un « associationnisme à deux vitesses » ? La première met l'accent sur des « entreprises associatives » acceptant de composer avec toutes les ambiguïtés de l'offre

publique de participation pour construire ou amplifier leur légitimité dans le champ du « sport-santé », et la seconde sur des associations militantes pour la préservation du modèle sportif compétitif historiquement ancré. Ce découpage entre deux logiques est mis en exergue dans le cadre de travaux sur les associations sportives face au gouvernement à distance de la santé publique (Honta & Illivi, 2021). En effet, s'inscrire dans une démarche sanitaire et sportive nécessite la possession de compétences spécifiques inhérentes à sa conduite et à sa réussite, notamment dans la maîtrise des modes opératoires et des techniques d'évaluation.

Dans ce contexte, l'émergence de « nouvelles idées » peut constituer un modèle susceptible d'influencer directement les pratiques, de renforcer les processus d'acculturation et les activités de traduction. Le témoignage suivant illustre parfaitement cette perspective : « *Même si cela est sous-entendu dans une pré-labélisation, ce qui pourrait être plus complet c'est de lister d'éventuels partenaires à contacter en fonction des régions pour vraiment connaître les besoins et les attentes. Derrière, c'est la raison pour laquelle il me semble pertinent d'avoir des liens particuliers avec les Staps et surtout les filières APA-S quand c'est proche des clubs car cela peut être source d'opportunité et de qualité de prise en charge* » (un responsable régional, régions Ouest et Nord-Ouest France). Ainsi, les propos recueillis rendent compte d'une ambition de construire, développer, traiter des problèmes d'organisation et faire émerger des idées à travers une logique de réseau. En ce sens, les instruments sont « porteurs de significations et de représentations », voire d'innovation (Lascoumes & Le Galès, 2004). Ils orientent les rapports sociaux à l'intérieur même du réseau et avec des acteurs « périphériques ». À cet égard, en abordant les instruments sous l'angle sociologique, Lascoumes et Le Galès mettent l'accent sur le fait qu'ils produisent de la connaissance, la mettent en forme et la diffusent (2004, p. 15). Ainsi, le chargé de développement au sein de la Fédération ASPTT a bien cerné l'intérêt d'un autre outil comme diffuseur social et territorial du label « J'mactiv santé » : « *L'histoire de la plateforme est l'un de mes projets. On a déjà cet outil pour faire circuler l'info, les documents ressources, des événements. Pour l'ensemble des labels et l'améliorer, l'intérêt serait de développer un forum de discussion, partager les bonnes pratiques, partager des dispositifs, des outils, des aides, des expériences. L'objectif aussi, c'est pour la Fédération de mieux identifier notre réseau et améliorer les contacts* » (un chargé de développement au sein de la Fédération). Ces propos mettent en avant un outil qui, en autorisant un espace collaboratif, consiste à assembler, intégrer et mettre en circulation de l'information. Cet outil socio-technique en construction facilite la mise en relation d'un ensemble d'entités humaines et non humaines, acteurs-actants et renvoie, là encore, aux activités de traduction (Akrich, Callon & Latour, 2006). S'agissant des sociologues de la traduction, ils ont forgé le concept d'« actant » qu'il est nécessaire de connecter dans un réseau pour soutenir une innovation. Dans le champ des politiques sanitaires et sociales, les travaux de Corinne Grenier et Sandra Guitton-Philippe (2010, p. 199) appréhendent l'outil « plateforme » comme un « *dispositif formalisé permettant l'action organisée* », la transmission des informations et partant, le contrôle des comportements. Autrement dit, il participe autant à la production de connaissance qu'à l'orientation des conduites.

L'enjeu de la circulation des expérimentations et des idées est également déterminant afin de susciter l'intérêt de nouveaux opérateurs compte tenu de l'importance que représente leur participation pour la tête de réseau fédérale. Ainsi, au-delà des aspects communicationnel et informationnel, et de « la faculté de mobiliser les ressources nécessaires pour effectuer des choix collectifs pertinents et de fixer des orientations stratégiques pour l'allocation de ressources rares à des fins publiques », cet extrait d'entretien démontre l'ambition de la Fédération et de ses instances territoriales à se positionner comme acteurs « intentionnels » (Knoepfel, Larrue & Varone, 2006, p. 48). Pour autant, le témoignage suivant d'un élu d'une structure locale interroge déjà l'animation de cet outil dont le déficit apparaît comme un frein à une « extension territoriale » : « *Cela fait un moment que l'on se bat pour mettre en place le "sport sur ordonnance". Nous sommes allés à l'ARS et nous inscrire sur une plateforme. Nous nous sommes identifiés comme partie prenante du dispositif. Nous sommes présents sur cette plateforme mais il ne se passe rien* » (un élu d'un comité régional, région Sud). Si cette animation semble être une caractéristique importante à prendre en compte pour stabiliser les relations, ces propos décèlent les difficultés pour le réseau fédéral à se positionner comme « offreurs » de prestations d'APAS-S.

Cette seconde partie indique toutefois que la Fédération et ses groupements considèrent cette « boîte à outils » précieuse pour bien des finalités : leur acculturation réciproque, organiser de nouvelles routines de travail, renforcer et légitimer leur coopération, communiquer, distribuer des informations, faire circuler des idées et chercher à assurer le développement d'initiatives innovantes pour structurer le label « J'mactiv santé » et plus particulièrement le dispositif de prescription.

## CONCLUSION

---

Notre analyse confirme que ces différents outils ou instruments conçus par la Fédération omnisports favorisent l'intéressement de l'ensemble de son réseau aux enjeux du « sport-santé » et à l'instauration d'une dynamique partenariale. En encourageant la valorisation des initiatives locales et la sécurisation de l'offre d'APA-S, l'article révèle que cet « outillage » est directement destiné à porter à la connaissance des publics ciblés une information sur la qualité des services proposés devant ainsi tracer la voie de choix mieux éclairés (Illivi & Honta, 2019). La qualité du ciblage constitue un attribut justifiant le choix de ces instruments. Cela rappelle à quel point ces outils ne sont pas neutres mais porteurs de valeurs (Lascoumes & Le Galès, 2014). En ce sens, on peut dire que notre hypothèse selon laquelle ces instruments mettent en exergue la capacité d'innovation de la Fédération et de son réseau à s'engager dans un processus de lutte contre la sédentarité et l'inactivité physique est confirmée. Pour autant, nous avons démontré que cette technologie qui a vocation à structurer, valoriser, légitimer, mais aussi contraindre le réseau fédéral dans la mise en œuvre de cette politique sanitaire et sportive est, aussi, susceptible de faire apparaître des blocages et des résistances. Cela renvoie, essentiellement, à la vision du sport comme outil de santé publique par certains acteurs associatifs.

## BIBLIOGRAPHIE

- Akrich, M., Callon, M., Latour, B. (2006). *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris, Les Presses des Mines.
- Béal, V., Epstein, R., Pinson, G. (2015). « La circulation croisée. Modèles, labels et bonnes pratiques dans les rapports centre-périphérie ». *Gouvernement et action publique*, 4(3), 103-127.
- Bemelmans-Videc, M.-L., Rist, C., Vedung, E. (2003). *Carrots, Sticks & Sermons: Policy Instruments & Their Evaluation*. New Brunswick, Transaction Publishers.
- Benelli, N. (2011). « Rendre compte de la méthodologie dans une approche inductive : les défis d'une construction *a posteriori* ». *Recherches qualitatives*, hors-série 11, 40-50.
- Bergeron, H., Castel, P. (2014). *Sociologie politique de la santé*. Paris, PUF.
- Bergeron, H., Castel, P., Dubuisson-Quellier, S. (2014). « Gouverner par les labels. Une comparaison des politiques de l'obésité et de la consommation durable ». *Gouvernement et action publique*, 3(3), 7-31.
- Bernoux, P. (2008). De la sociologie des organisations à la sociologie des associations. Dans C. Hoarau et al. (dir.), *La gouvernance des associations* (pp. 53-72). Toulouse, Érès.
- Bion, J.-Y. (2001). Que peut apporter l'analyse du système d'acteurs au diagnostic de territoire ? et de l'analyse des organisations à celle des systèmes d'action organisés. Dans Certu (Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques), *L'analyse des systèmes d'acteurs* (pp. 4-9). Diagnostic des territoires.
- Bilodeau, A., Lapierre, S., Marchand, Y. (2003). « Le partenariat : comment ça marche ? Mieux s'outiller pour réussir ». *Régie régionale de la santé et des services sociaux*, 1-20.
- Bocquet, A., Dumas, F. (2014, novembre). *Commission d'enquête chargée d'étudier les difficultés du monde associatif dans la période de crise actuelle, de proposer des réponses concrètes et d'avenir pour que les associations puissent assurer leurs missions, maintenir et développer les emplois liés à leurs activités, rayonner dans la vie locale et citoyenne et conforter le tissu social*. République française. [http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/difficultes\\_associations.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/difficultes_associations.asp).
- Bourdin, A. (2000). *La question locale*. Paris, PUF.
- Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M., Lécuyer, B.-P. (2003). *Dictionnaire de sociologie*. Paris, Larousse.
- Boussard, V., Demazière, D., Milburn, P. (2010). *L'injonction au professionnalisme. Analyses d'une dynamique plurielle*. Rennes, PUR.
- Breton, E. (2014). « Répondre à l'appel (à projets). Récits d'un apprentissage silencieux des normes de l'action patrimoniale ». *Politix*, 105(1), 213-232.
- Callon, M. (1986). « Éléments pour une sociologie de la traduction, la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'Année sociologique*, 36, 170-208.
- Carles, J., (2007). *La gouvernance des territoires et Charte managériale*. Voiron, Territorial Éditions.
- Clavier, C. (2010). Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels. Dans L. Potvin, M.-J. Mocquet, C. Jones (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 326-334). Paris, Impes.
- Coignet, B. (2013). *Sport et innovation sociale. Des associations sportives en mouvement dans les quartiers populaires*. Paris, L'Harmattan.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*. Paris, Le Seuil.
- Degenne, A., Forsé, M. (1994). *Les réseaux sociaux : Une analyse structurale en sociologie*. Paris, Armand Collin.
- De Maillard, J. (2000). « Les chefs de projet et les recompositions de l'action publique. Un nouveau métier urbain ». *Les Annales de la recherche urbaine, des métiers pour la ville*, 88, 6-18.
- Diaz-Bone, R., Thévenot, L. (2010). La sociologie des conventions. La théorie des conventions, élément central des nouvelles sciences sociales françaises. Dans P. Batifoulier, F. Bessis, A. Ghirardello,

- G. De Larquier, D. Remillon (dir.), *Dictionnaire des conventions, autour des travaux d'Olivier Favereau*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Djouldem, M. (1996). « L'expertise et la contractualisation des politiques publiques locales ». *Revue Pôle sud*, 4, 65-76.
- Dubuisson-Quellier, S. (2016). *Gouverner les conduites*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Epstein, R. (2013a). *La rénovation urbaine. Démolition-reconstruction de l'État*. Paris, Presses Sciences Po.
- Favereau, O. (1986). La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources. Dans R. Salais, L. Thévenot (dir.), *Le travail, marchés, règles, conventions* (pp. 249-268). Paris, Economica.
- Favier-Ambrosini, B. (2016). « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980 ». *Santé publique*, hors-série, S1, 13-24.
- Favier-Ambrosini, B., Delalandre, M. (2018). « Les réseaux Sport Santé Bien-être : un gouvernement par le chiffre ». *Terrains et travaux*, 32, 81-106. <https://doi.org/10.3917/tt.032.0081>
- Gaudin, J.-P. (2004). *L'action publique, Sociologie et politique*. Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz.
- Gaudin, J.-P. (2007). *Gouverner par contrat*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Gaudin, J.-P. (2014). Contrats. Dans L. Bousaguet, S. Jacquot, J. Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques* (pp. 164-171). Paris, Presses de Sciences Po.
- Grenier C., Guitton-Philippe S. (2010). « Politiques publiques et innovation : proposition d'un modèle d'agir de l'innovation dans le champ sanitaire et social ». *Revue management et avenir*, 35, 194-209.
- Halpern, C., Lascoumes, P., Le Galès, P. (2014). *L'instrumentation de l'action publique*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel, P. (2011). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris, Armand Colin.
- Honta, M., Illivi, F. (2019). « Les associations sportives au service des politiques de santé publique : les ressorts d'un engagement par la libre conformation ». *Corps*, 17(1), 55-63.
- Honta, M., Illivi, F. (2021). Les dilemmes de la participation. Les associations sportives face aux gouvernements à distance de la santé publique. Dans Y. Rech (dir.), *Sport, démocratie participative et concertation, les évolutions des politiques sportives* (pp. 37-49). Rennes, PUR.
- Illivi, F. (2018). *Genèse et mise en œuvre du plan « sport, santé, bien-être ». Acteurs, savoirs, territoires et instruments. Une sociologie de l'État en recomposition. Le cas de la région Nouvelle-Aquitaine*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux.
- Illivi, F., Honta, M. (2019). « L'instrumentation de la lutte contre les inégalités d'accès à l'activité physique. Un gouvernement des conduites par la qualité ». *Revue française des affaires sociales*, 169-188. <https://doi.org/10.3917/rfas.193.0169>
- Illivi, F., Honta, M. (2020). *Bougez ! la fabrique locale de la lutte contre la sédentarité, une sociologie politique de l'État en action*. Paris, L'Harmattan.
- Institut National de Santé et de Recherche Médicale – Inserm (2008). *Activité physique, contextes et effets sur la santé*. <http://hdl.handle.net/106008/97>
- Institut National de Santé et de Recherche Médicale – Inserm (2019). *Prévention et traitement des maladies chroniques*. EDP Sciences. <http://hdl.handle.net/10608/9690>
- Juanico, R., Tamarelle-Verhaeghe, M. (2021, juillet). *L'évaluation des politiques de prévention en santé publique*. République française. <http://www.assemblee-nationale.fr/15/les-delegations-comite-et-office-parlementaire/comite-d-evaluation-et-de-contrôle>
- Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., Savard, J.-Fr. (2006). *Analyse et pilotage des politiques publiques*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Labruyère, C. (2000). « Professionnalisation : de quoi parlent les chercheurs, que cherchent les acteurs ? ». *Formation emploi*, 70, 31-42.

- Lafore, R. (2010). Les associations dans les politiques sociales et médico-sociales. Dans R. Lafore (dir.), *Faire société, les associations de solidarité par temps de crise* (pp. 113-132). Paris, Dunod.
- Lascoumes, P., Simard, L. (2011). « L'action publique au prisme de ses instruments ». *Revue française de science politique*, 61(1), 5-22.
- Lascoumes, P., Le Bourhis, J.-P. (1998). Le bien commun comme construit territorial. Identités d'action et procédures. Dans B. Gaiiti, A. Jobert, J. Valluy (dir.), *Définir l'intérêt général* (pp. 37-66). *Politix*, vol. 11.
- Lascoumes, P., Le Galès, P. (2004). *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de Sciences Po.
- Laville, J.-L., Sainsaulieu, R. (1997). *Sociologie de l'association. Des organisations à l'épreuve du changement social*. Paris, Desclée de Brouwer.
- Lazega, E. (1994). « Analyse de réseaux et sociologie des organisations ». *Revue française de sociologie, aspect de la vie professionnelle*, 35(2), 293-320.
- Le Naour, G. (2012). « Réseaux et politiques publiques ». *L'école et ses réseaux, administration et éducation, association française des administrateurs de l'éducation*, 136, 9-13.
- Lermercier, C., Ollivier, C., Zalc, C. (2013). Articuler les approches qualitatives et quantitatives. Dans M. Hunsmann, S. Kapp (dir.), *Devenir chercheur. Écrire une thèse en sciences sociales* (pp. 125-145). Paris, EHESS.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, Russell Sage Foundation.
- Ministère de la Jeunesse et des Sports (1996, septembre). *L'état de l'administration*. République française. <https://www.vie-publique.fr/rapport/24382-rapport-sur-lactivite-interministerielle-en-1996>
- Muller, P. (2000). « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique ». *Revue française de science politique*, 50(2), 189-208.
- Muller, P. (2005). « Esquisse du changement dans l'action publique, structures, acteurs et cadres cognitifs ». *Revue française de science politique*, 55(1), 155-187.
- Muller, P. (2010). *Les politiques publiques*. Paris, PUF
- Musselin, C. (2005). « Sociologie de l'action organisée et analyses des politiques publiques : deux approches pour un même objet ». *Revue française de science politique*, 55(1), 51-71.
- Perrenoud, P. (1993). « L'organisation, l'efficacité et le changement, réalités construites par les acteurs ». *Éducation et recherche*, 2, 197-217.
- Perrier, C. (2021). « Reconfigurations du mouvement sportif français face aux injonctions normatives du "sport-santé". Le cas du "basket-santé" ». *SociologieS*, <http://journals.openedition.org/sociologies/15701>, consulté le 15 septembre 2022.
- Perrin, C. (2021). « L'émergence de l'activité physique adaptée dans le parcours de soins des maladies chroniques : entre réadaptation et éducation salutogénique », 2 février, *SociologieS*, <http://journals.openedition.org/sociologies/15632>, consulté le 5 août 2022.
- Pissarro, B. (2004). « Réseaux en santé et approches communautaires ». *Vie sociale et traitements*, 81(1), 49-56.
- Schnapper, D. (2012). *La compréhension sociologique. Démarche de l'analyse typologique*. Paris, PUF
- Toussaint, J.-F. (2017). *Les dangers de la sédentarité, quels enjeux ?* Actes de la 8<sup>e</sup> rencontre de Biarritz, « Faire bouger les Français : un enjeu de société », Biarritz.
- Varone, F. (2000). « Le choix des instruments de l'action publique : analyse comparée des politiques énergétiques en Europe et en Amérique du Nord ». *Revue internationale de politique comparée*, 7(1), 167-201.
- Whitehead, M., Howell, R., Jones, R., Lilley, R., & Pykett, J. (2016). « (Re)Inhabiting Awareness: Geography and Mindfulness ». *Social & Cultural Geography*, 17(4), 553-573. <https://doi.org/10.1080/14649365.2015.1089590>
- Wittorski, R. (2008). « La professionnalisation ». *Savoirs*, 17(2), 11-38.
- Zittoun, P. (2013). *La fabrique politique des politiques publiques : une approche pragmatique de l'action publique*. Paris, Presses de Sciences Po.