

Rapport scientifique final

Prérequis :

Il est demandé au coordonnateur scientifique du projet, en cumulant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle ci-dessous et de le communiquer à l'IReSP à la date indiquée sur la convention.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identification du projet	
Titre du projet	(APHYCHADDI) L'usage des activités physiques dans la prise en charge des addictions
Coordinateur scientifique du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Yannick Le Hénaff
Référence de l'appel à projets (nom + année)	Lutte contre les addictions aux substances psychoactives (2019)
Citez les équipes partenaires (organismes, structures ou laboratoire de rattachement)	
Durée initiale du projet	24 mois
Période du projet (date début – date fin)	1^{er} octobre 2020- 15 juin 2023
Avez-vous bénéficié d'une prolongation ? Si oui, de quelle durée ?	Oui

<u>Le cas échéant</u> , expliquez succinctement les raisons de cette prolongation.	Congé maternité d'Emilie Gaborit Accès au terrain conditionné à l'établissement d'une convention de recherche
Identification du rédacteur	
Nom du rédacteur du rapport	Yannick Le Hénaff
Fonction au sein du projet (<i>si différent du Coordinateur scientifique du projet</i>)	Coordinateur scientifique
Téléphone	06.63.00.34.07
Adresse électronique	
Date de rédaction du rapport	mai-juin 2023

Indiquer la liste du personnel recruté dans le cadre du projet (*si pertinent*)

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
Gaborit	Emilie	Post-doctorat	1^{er} Avril 2021	18 mois	CDD Postdoctorat
Gaborit	Emilie	Post-doctorat	1^{er} octobre 2022	4 mois	CDD

Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet.

Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet
Le Hénaff	Yannick	MCF	30%
Gaborit	Emilie	Postdoctorante	100%

Donner la répartition (en pourcentage) des disciplines mobilisées dans le projet.

Sociologie 90%

Politiques publique et action publique **10%**

STAPS Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives **10%**

SYNTHESES ET RAPPORT SCIENTIFIQUE

Synthèse courte

Cette synthèse a vocation à être publiée sur le site de l'IReSP, et ses partenaires ou sur tout autre support de publication. Elle devra être rédigée de manière simple et claire de sorte à être compréhensible par un public initié mais non spécialiste.

Ce résumé doit satisfaire les exigences suivantes (**Max 4 pages, A4, Arial 11**) :

- Etre rédigé de façon à pouvoir être publié en l'état,
- Rédigé en français

Le contenu du document devra décrire :

- Contexte et objectifs du projet
- Méthodologie utilisée
- Principaux résultats obtenus
 - o apports en termes de connaissance
 - o apports en termes d'action de santé publique
- Impacts potentiels de ces résultats et perspectives pour la décision publique (politique de santé publique, politique de l'autonomie, ...)

Contexte

Alors que les activités d'éducation à la santé comme l'Activité physique adaptée (APA) soient considérées comme des ressources potentielles dans la trajectoire d'un certain nombre de patients, la littérature montre que le soin est un espace d'actualisation des inégalités sociales (Darmon, 2021¹ ; Loretto, 2021²). Ces activités de soin ou de support structurent des espaces où faire preuve de sa bonne moralité sanitaire et plus encore, des espaces de reconnaissance de son expertise est nécessaire (Arborio & Lechien, 2019³ ; Bruneau et coll., 2021⁴).

¹ Darmon M. (2021) Réparer les cerveaux: Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC. Paris: La Découverte.

² Loretto, A. (2021). Introduction. Expliquer la fabrique des inégalités. Dans A. Loretto, La fabrique des inégalités sociales de santé (pp. 3-18). Rennes: Presses de l'EHESP.

³ Arborio A-M et Lechien M.-H., (2019) « La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé », Sociologie, vol. 10, n° 1 p. 91-110

⁴ Bruneau, C., Terral, P. et Génolini, JP. (2019). Participation des usagers aux dispositifs sanitaires et inégalités : les processus de sélection et d'encadrement des patients lors de la co-construction d'un programme d'Éducation thérapeutique du patient en oncologie. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 1(67), 45.

Dans ce contexte, la recherche APhyChAddi rend compte de la manière dont l'Activité physique adaptée (APA) est mise en place dans les établissements de soin d'addictologie, et réappropriée par les patients sur le moment du dispositif et à plus long terme. Elle est originale par l'éclairage multi-situé qu'elle propose. Nous considérons à la fois l'organisation et la place de ces dispositifs d'APA dans les établissements de cure, mais aussi son appropriation par les patients au regard des conditions d'existence et des expériences passées de ses bénéficiaires, appréhendant particulièrement leur trajectoire de consommation, leur parcours de soin mais aussi les interactions avec leur trajectoire sportive antérieure. A ce titre, l'appréhension des activités physiques tout au long de la vie est un prisme intéressant pour travailler les trajectoires biographiques de ces enquêtés (Le Hénaff, Héas, 2022⁵). Dans cette étude, l'ethnographie des programmes d'APA combinée aux récits de vie des patients permet de saisir les effets réciproques et combinés des dispositifs et des dispositions. Notre enquête montre ainsi la diversité des formes d'engagement dans ces dispositifs, mais aussi la diversité de ces dispositifs. Négociations, réappropriations ou bien encore détournements sont légion.

Méthodologie

Nous analysons la mise en œuvre de l'APA en addictologie à partir de monographies des programmes qui sont développés au sein de deux cliniques localisées dans deux aires géographiques différentes (Île-de-France et Occitanie). A ce titre, sept professionnels ont été interrogés et un peu plus de 200 heures d'observation en séance d'APA ont été réalisées durant huit mois. Ces observations se sont couplées à 53 entretiens biographiques de 2h en moyenne qui ont été menés auprès de 34 patients sur les deux cliniques. Deux entretiens ont été réalisés dans la mesure du possible pour chaque enquêté : l'un au cours du séjour et un second à la fin de la cure, voire après la sortie. Ainsi, nous avons interrogé l'évolution de l'engagement des patients en APA tout au long du séjour.

Une première partie revient sur la structuration de l'APA dans ces deux cliniques. Elle est nécessaire, car elle sert la compréhension des pratiques des patients analysées comme le point de rencontre entre leurs trajectoires biographiques et les règles, normes et valeurs de ce dispositif. Dans cette partie nous faisons l'hypothèse que les relations entre soignants et les EAPA structurent des propositions de prise en charge bien différentes. La deuxième partie porte l'étude de trois cas qui éclaire les conditions et processus d'engagement de patients dans l'APA et plus largement dans le soin. Elle répond à l'hypothèse d'un engagement socialement situé qui se lit de façon combinée avec la manière de vivre la cure. Enfin, la troisième partie se focalise sur les patients que nous nommons « sportifs » pour interroger l'effet de leurs expériences corporelles préalables (sportives, somatiques, de soin, de consommation) sur la manière dont ils vivent et pratiquent l'activité physique dans un modèle de soin. Nous tentons alors de démontrer le poids des expériences corporelles dans l'appropriation des propositions hétérogènes de l'APA. Nous démontrons également l'évolution des pratiques d'APA et leur signification à mesure que le corps se répare.

Résultats

L'APA peut être considérée comme une activité sentinelle, ayant fonction de surveillance de l'implication thérapeutique des patients. Cette activité est en effet corrélée par l'ensemble des professionnels de santé à une preuve de l'engagement dans les soins. Et

⁵ Le Hénaff Y., Héas S. (2022), Engagement in leisure and physical activities: analysing the biographical disruptions of a rare chronic disease in France, *Sociology of Health and Illness*, Volume 42, Issue 1, pp. 65-79.

cela, alors même que se déclinent des propositions variables d'APA marquées par différents types d'activités engageant une organisation variable des exercices et de leur intensité selon les cliniques et les professionnels. L'organisation même de cette APA active – c'est l'un de nos résultats marquants – des marqueurs de distinction sociale par le soin, ou au contraire renforce la résignation et l'érosion du sentiment de prise en charge.

Ces dispositifs d'APA sont particulièrement investis par deux grandes catégories de résidents : ceux à même de pratiquer une activité physique en toute autonomie et ceux engagés dans les normes du soin telles que véhiculées par l'institution. Ce sont alors les fractions les plus hautes des classes moyennes et populaires ou les individus disposant d'un capital sportif qui s'insèrent le mieux dans ces dispositifs d'APA ; ce qui est congruent avec les analyses de McLean (2015⁶) dans des établissements se rapprochant des CAARUD aux Etats-Unis. Ces modalités de surveillance (et de disciplinarisation des corps) sont investies par les plus insérés socialement (Schmitt & Jauffret-Roustide, 2018⁷). Cette responsabilisation par les soins, qui s'inscrit dans une délégation des soins aux patients, est pour les professionnels de santé la démonstration d'un individu rationnel et autonome dans la gestion de sa maladie. A contrario, ne pas correspondre aux comportements attendus par l'institution a des impacts sur la prise en charge dans la clinique (Loretti, 2020⁸), mais aussi à plus long terme sur la trajectoire du malade. Ici, il ne s'agit pas seulement d'être investi, mais aussi de l'être selon des conduites qui font sens pour les professionnels. L'APA est aussi et très souvent une référence classante pour ces résidents, et particulièrement pour les hommes. Elle fait écho à des capacités de rebond, de remotivation après des traumatismes, largement valorisées par l'équipe soignante. Cette distinction sociale n'est pour autant pas le seul élément explicatif ; il est en effet nécessaire de prendre également en considération temporalités, trajectoires et significations de la maladie. Pour ce qui concerne les temporalités courtes, celles de la prise en charge dans la clinique, une première phase de « dépouillement biographique » est par exemple généralement observable. A ce moment, la clinique est d'abord un espace où souffler et se reposer (Langlois, 2013⁹). L'engagement comme le désengagement dans le soin et dans l'APA doivent ainsi être appréhendés de manière processuelle et non évolutionniste.

Les enquêtés identifiés comme « sportifs » composent le corpus sur lequel s'appuie cette troisième partie. Ces « patients sportifs » se distinguent des autres par leurs pratiques régulières de l'APA et surtout par leurs pratiques sportives autonomes au sein de la clinique, hors des séances dédiées. L'entrée par les expériences sportives et plus largement corporelles permet d'analyser finement la mise en jeu du capital culturel parce qu'elle interroge la confrontation des dispositions sportives des patients dans le contexte d'une AP pensée dans, par et pour le soin. En effet, les pratiques de l'APA sont analysées « au croisement des propriétés sociales des acteurs et des propriétés sociales des contextes dans lesquels ils inscrivent leurs actions » (Darmon, 2006¹⁰). Nous relierons pour cela les

⁶ McLean K. (2015) From responsible users to recalcitrant dope fiends : Mapping modes of engagement with harm reduction, *Addiction Research & Theory*, 23 (6), pp.90-498.

⁷ Schmitt F., Jauffret-Roustide M., 2018, Gouverner par autocontrôles ? La réduction des risques auprès des usagers de drogues, *Terrains & travaux*, 32(1), p.55- 80.

⁸ Loretti A. (2020) « Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut ». Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie, *Revue française des affaires sociales*, 3, pp. 33-49.

⁹ Langlois E. (2013) Évaluation des communautés thérapeutiques en France, Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés, rapport OFDT.

¹⁰ Darmon M. (2006) *La Socialisation*, Paris, Armand Colin, 3^{ème} édition.

ressorts de la pratique d'APA et les effets des socialisations passées (Forté, 2021¹¹ ; Jacolin Nackaerts, 2018¹² ; Knobé, 2019¹³) appréhendées dans une socialisation plurielle (Lahire, 2012¹⁴) par la famille et les proches, les clubs sportifs, le sport de haut niveau ou encore le soin et la consommation. En toile de fond, nous montrons que les dispositions façonnées par ces socialisations composent un ensemble de capitaux inégalement distribués parmi les patients (Bourdieu, 1994¹⁵ ; Coulangeon, 2012¹⁶). Les pratiques sportives au cours des socialisations préalables participent à façonner et faire évoluer des rapports aux corps et à la pratique physique différents et socialement situés. Deux groupes de patients sportifs se distinguent par leurs pratiques physiques à l'extérieur comme à l'intérieur de la cure. Le premier groupe se distingue par des pratiques sportives intensives et un rapport au corps fonctionnel, la valorisation de l'effort physique opérant dans la stabilisation de leur position sociale. Dans ce premier groupe, les enquêtés sont caractérisés par leur provenance (quartiers populaires) ou par la pratique du sport de haut niveau, laissant percevoir la construction d'une injonction à l'effort physique dès l'enfance et qui se poursuit à l'âge adulte dans une perspective réputationnelle pour les uns et de performance pour les autres. Cette conception se différencie de l'autre groupe caractérisé par l'investissement des enquêtés dans des activités sportives nombreuses et diversifiées dans l'enfance, des AP porteuses d'enjeux éducatifs forts dans la socialisation familiale. Rigueur et hédonisme se conjuguent dans leur trajectoire sportive et leurs expériences corporelles spécifiques, façonnant un rapport au corps davantage pensé dans sa dimension sanitaire. Cette conception hédoniste est plutôt caractéristique des patients sportifs des classes moyennes et populaires culturelles. L'appropriation de l'APA en cure entre les deux groupes de sportifs semble moins relative à la nature des activités physiques proposées qu'à la manière dont ils se saisissent « de la forme scolaire » (Darmon, 2021 *op. cit.*) déclinée dans l'APA où toute expérience sociale se doit d'être un processus d'éducation, une occasion d'enseigner ou d'apprendre. Ce contexte favorise les plus dotés en capital culturel, voire en « capital culturel de santé » (Shim, 2010¹⁷). Pour les patients sportifs du premier groupe, l'entrée en cure pare à l'altération du corps. Les dispositions sont constitutives d'un rapport instrumental au corps (Boltanski, 1971¹⁸) qui se traduit par la réalisation d'efforts physiques intenses et fréquents au sein de la cure et la perception d'un décalage plus ou moins subi avec les propositions d'APA dans la clinique de Villedusud. Pour le deuxième groupe qui se caractérise par un rapport au sport hédoniste, la consommation de substance semble revêtir des conséquences plus importantes quant à leurs conditions d'existence et à la perte d'identité associée, deux

¹¹ Forté L., Gaborit E., Terral P. S'engager dans un programme d'ETP en oncologie : effets croisés des socialisations et des interactions en séances sur les formes et le sens de l'engagement. *Sciences sociales et santé*. 2021;39(4):75-103. doi:10.1684/sss.2021.0213

¹² Jacolin-Nackaerts, M. (2018) L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ?. *Sciences sociales et sport*, 11, 99-132. <https://doi.org/10.3917/rsss.011.0099>

¹³ Knobé, S. (2019) Des patient·e·s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception. *Corps*, 17, 91-101. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0091>

¹⁴ Lahire B. (2012) *Monde pluriel*, Paris : Seuil

¹⁵ Bourdieu P. (1994) Stratégies de reproduction et modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 105, décembre. Stratégies de reproduction et transmission des pouvoirs. pp. 3-12; doi : <https://doi.org/10.3406/arss.1994.3118>

¹⁶ Coulangeon P. (2011) *Les Métamorphoses de la distinction. Inégalités culturelles dans la France d'aujourd'hui*, Paris, Grasset

¹⁷ Shim J. K. (2010) Cultural health capital : A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 51, no 1. p. 1-15.

¹⁸ Boltanski Luc. (1971) Les usages sociaux du corps. In: *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26^e année, n°1., pp. 205-233. DOI : <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>

éléments qui participent à leur volonté d'intégrer une clinique de soin. Ces dispositions corporelles s'actualisent voire se renforcent alors dans le cadre de l'APA en cure, présentée comme une activité sanitaire et éducative.

Impacts et perspectives

Notre travail a pour intérêt de montrer combien le niveau de ressources possédées et les dispositions hygiénistes et hédonistes qui composent le capital culturel donnent la possibilité aux patients de se projeter au sein mais aussi en dehors des murs de l'institution et de concevoir le travail de soin à mener sur la durée et par l'activité physique. *A contrario*, le manque de ressources et les conditions d'existence complexes pèsent sur la construction d'une forme de méfiance et d'un rapport circonspect au soin. Coupler les dimensions conjoncturelles et socialisatrices pour analyser les modes d'appropriation de l'APA favorise leur compréhension nuancée, allant bien au-delà des seuls ressorts motivationnels. Ces résultats ne sont pas sans rappeler les analyses qui s'accumulent autour des inégalités sociales encore à l'œuvre dans le soin, et notamment en lien avec les attentes d'expertise patient et la mobilisation d'un savoir d'expérience dans le soin (Gaborit et coll., 2021¹⁹ ; Forté, 2021²⁰) Ce travail de recherche constitue à ce titre une contribution originale aux travaux actuels démontrant la force des expériences sportives pour entrer dans un dispositif d'APA. Il complète l'analyse en pointant les fluctuations des pratiques durant la cure en les rapportant aux rapports au sport et au corps. Notre étude montre ainsi l'importance de penser l'APA pour l'hétérogénéité des patients. Par-delà le manque de pratique physique, il s'agit de sortir de la dualité AP et sédentarité pour concevoir les dynamiques culturelles associées, celles-ci pesant considérablement dans la façon de vivre l'APA et de se l'approprier.

Rapport scientifique

Le contexte de la recherche

La recherche APhyChAddi rend compte de la manière dont l'Activité physique adaptée (APA) est mise en place dans les établissements de soin d'addictologie sur la durée et réappropriée par les patients sur le moment du dispositif et à plus long terme. Elle est originale par l'éclairage multi-situé qu'elle propose sur les carrières du dispositif *et* des patients. Elle l'est également par la mise en perspective d'une appropriation de l'APA au regard des conditions d'existences et des expériences passées de ses bénéficiaires, par-delà le parcours de soin et l'impact de la consommation de substances.

¹⁹ Gaborit E., Bruneau C., Génolini JP., Terral P. (2021) (Re)production des inégalités intériorisées en oncologie. *Éducation, Santé, Sociétés*. pp.23-40.

²⁰ Forté, L., Gaborit, É. & Terral, P. (2021). S'engager dans un programme d'ETP en oncologie : effets croisés des socialisations et des interactions en séances sur les formes et le sens de l'engagement. *Sciences sociales et santé*, 39, 75-103. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0213>.

Dans un premier temps, quelques éléments généraux de littérature sur l'APA seront proposés, puis plus spécifiquement sur l'APA en addictologie. Cette revue de littérature se conclue sur des travaux sur les inégalités sociales de santé, permettant de poser des hypothèses sur l'inégale appropriation de l'APA par les patients. Dans les chapitres suivants, nous développons notre méthodologie et nos résultats.

Quelques éléments de littérature sur l'activité physique adaptée

La question de l'évolution de l'activité physique (AP) et spécifiquement de l'APA²¹ en addictologie est intéressante car elle renseigne sur les mutations actuelles des parcours de soin des patients ; mais aussi sur l'évolution conjointe des expériences de loisir et des fluctuations de l'usage de substance, « en les resituant dans le cadre des trajectoires sociales et des attentes sanitaires à l'égard des malades chroniques » (Ferez et coll., 2014²²).

I. L'évolution du référentiel de l'AP en addictologie

Le sport santé, actuellement fer de lance de la lutte contre la sédentarité (Perrier, 2022²³), est au départ davantage envisagé par les pouvoirs publics au prisme du risque qu'il génère. Ainsi, le dopage et les risques de blessures sont particulièrement apparents au début des années 2000²⁴. Le sport souffre d'une certaine ambiguïté dans les travaux scientifiques (addiction "positive", dopage, haut niveau comme contexte addictif). En 2008, le rapport de l'INSERM

²¹ « On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires... La dispensation d'une activité physique adaptée a pour but de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques et sportives et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences. » article D. 1172-1 du CSP – décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016

²² Ferez S., Marin-Duval E., Thomas J., Héas S., Fougeyrollas P. (2014) Continuer à s'engager dans des loisirs après avoir été infecté au VIH : entre quête de normalité et prescription sociale. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 37 : 2, 205-223, DOI : 10.1080/07053436.2014.936162

²³ Perrier C., L'État actif. Une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017), soutenue le 28 juin 2022, L-ViS - Université Lyon 1.

²⁴ Rapport de l'académie nationale de médecine, « Sport et Dopage, Un danger pour la santé publique » ; Michel Rieu et Patrice Queneau, au nom d'un Groupe de travail rattaché à la Commission II (Thérapeutique – Médicament et Pharmacologie - Toxicologie), juin 2012. Voir aussi LAURE P. - Dopage et société. Paris ; Ellipses, 2000 ; RIEU M. - La lutte contre le dopage, maintenant et demain. Bull. Acad. Natle. Méd. 2004, 188, n°6 ; 955-72 ; MIGNON P. - Le dopage : état des lieux sociologiques ; Documents du CESAMES (Centre de recherche psychotropes santé mentale société) UMR 8136 CNRS Université René Descartes Paris 5 ; n°10 juillet-décembre 2002 ; SIRI Française, ROQUES Bernard P., Le dopage : risques sanitaires et rapport aux conduites addictives, novembre 2003, Vol 154 - N° HS 2, P. 43-57. Le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) inaugure la Fondation sport-santé qui vise notamment à lutter contre le dopage sportif ; puis, en 2006 est créée l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD).

sur l'activité physique²⁵ resitue cette problématique du sport addiction au prisme de la balance bénéfico-risque sur la santé, en reléguant les problématiques addictives à des cas peu représentatifs. Les liens entre addiction et sport sont alors circonscrits aux effets des pratiques intensives (reconversion des sportifs de haut niveau, pratiques de dopage, types de pratiques à hautes intensité, etc.). La notion de sport est abandonnée au profit de l'activité physique qui matérialise une nouvelle morale de l'effort (Génolini & Clément, 2010²⁶) au prisme d'une dépense physique/métabolique (modération et généralisation d'activité) dans une approche fonctionnelle (Fayollet, 2019)²⁷ et de bien-être. La modération caractérise ainsi la nouvelle norme corporelle recommandée par le Plan National Nutrition Santé (PNNS) depuis 2002, par l'HAS et dans les rapports successifs de l'INSERM. Se déclinent dès lors des recommandations pour l'ensemble de la population à des fins de capitalisation sanitaire et de lutte contre les pathologies chroniques (parmi lesquelles on retrouve les troubles psychiques). Si l'AP prend place comme pratique préventive (notamment dans le rapport OMS 2003²⁸, le rapport de l'HCSP²⁹, INSERM de 2009³⁰ et le PNNS 2002), elle s'érige aussi peu à peu en véritable pratique d'accompagnement thérapeutique (parallèle au soin ou véritable soin de support), un outil de prévention secondaire³¹. A mesure que l'addiction s'ouvre à la prévention et prend place au sein de la santé mentale et du handicap psychique (Fayollet, *op. cit.*), les institutions se saisissent d'une diversité de supports thérapeutiques parmi lesquels les AP. Dans un premier temps, ces activités restent toutefois peu référencées, jusqu'au développement d'études randomisées sur les bénéfices de l'AP en psychiatrie en termes de

²⁵ AQUATIAS (Sylvain), ARNAL (Jean-François), RIVIÈRE (Daniel), BILARD (Jean), CALLÈDE (Jean-Paul), CASILLAS (Jean-Marie), CHOQUET (Marie), COHEN-SALMON (Charles), COURTEIX (Daniel), DUCLOS (Martine), DUCHÉ (Pascale), GUEZENNEC (Charles-Yannick), MIGNON (Patrick), OPPERT (Jean-Michel), PREFAUT (Christian), ROCHONGAR (Pierre), VUILLEMIN (Anne), DUFOREZ (François), MARTIN (Brian), RACIOPPI (Francesca), TREMBLAY (Angelo), CHAPAUT (Jean-Philippe), WENDEL-VOS (Wanda).– Addictions, dans *Activité physique : contextes et effets sur la santé*, Paris, INSERM, 2008, p. 540-557

²⁶ Génolini, J-P., Clément J-P. (2010) Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort. *Sciences sociales et sport*, 3, 133-156. <https://doi.org/10.3917/rsss.003.0133>

²⁷ Fayollet, C. (2019). Introduction. Histoire des Activités Physiques en Psychiatrie. In : Catherine Fayollet éd., *Activités physiques en santé mentale* Paris: Dunod. pp. 1-23. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/dunod.ffsa.2019.01.0001>

²⁸ Organisation mondiale de la santé (OMS). Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs : rapport mondial. Genève:OMS; 2003. 106p.

²⁹ HCSP, plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, 2007.

³⁰ "Inserm (dir.). *Activité physique : contextes et effets sur la santé*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2008, XII - 811 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/97>"

³¹ "Inserm (dir.). *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Collection Expertise collective. Montrouge : EDP Sciences, 2019, XVI-805 p. - <http://hdl.handle.net/10608/9690>"

récupération fonctionnelle, de gestion des effets secondaires des traitements ou encore de maintien de l'abstinence (Paquito, 2020³²).

II. Les contours d'une APA dans par et pour le soin en addictologie

Les travaux sur l'APA dans le soin démontrent la pluralité des significations qui lui sont attribuées, et notamment en addictologie, marquée par la multiplicité des types de prise en charge. L'APA peut alors constituer un axe propre généralement corrélé à l'axe culturel qui s'enchevêtre aux activités thérapeutiques et d'insertion³³. Elle se présente ailleurs comme une action thérapeutique en soi³⁴. A l'intérieur même des établissements, l'APA revêt aussi des significations différentes entre les soignants. Myriam Jacolin Nackaerts (2018)³⁵, dans le cadre de la prise en charge de l'obésité, décline les propositions diversifiées selon des logiques polarisées entre une APA biomédicale et une APA culturelle, renvoyant notamment à des luttes de positionnement entre acteurs (Jacolin-Nackaerts, 2018 *op.cit.*). Dans les services d'addictologie, en cure, nos observations montrent que l'APA est associée au parcours de soin et au travail d'abstinence et/ou de sevrage qu'il suppose.

Bien qu'elle prenne des formes hétérogènes, l'APA est communément empreinte de référentiels psychologiques qui visent la régulation de la motivation dans la pratique et dans le soin. A ce titre, mesurer et apprécier ses effets sur le processus de changement se présentent comme une manière de favoriser la pratique (Favier Ambrosini³⁶ ; Paquito et coll., 2020 *op.cit.*). Se démarquant d'une approche de loisir et d'insertion, l'activité en établissement de soin est structurée, protocolisée par des évaluations initiales et finales. « Les personnes abstinentes ou ayant réduit leur consommation souhaitent être accompagnées pour devenir ou rester actives. Ainsi, le kinésologue peut utiliser le questionnaire des processus de changement liés à l'activité physique... Cette échelle évalue 10 processus de changement dits cognitifs et comportementaux » (Paquito et coll., *op. cit.*). L'APA a pour « but de faire éprouver les sensations liées au corps, de se confronter à des situations d'effort, et aussi de

³² Paquito B, St-Amour S., Hains Monfette G., (2020) Trouble de l'usage de substance, conduites addictives et activités physiques adaptées, Département des Sciences de l'Activité Physique, Université du Québec à Montréal, Centre de recherche, Institut Universitaire en Santé Mentale à Montréal, (chapitre d'ouvrage)

³³ Hervé F., Pedowska D., (2011) Une communauté thérapeutique hors les murs : intérêt, faisabilité et perspectives, *Psychotropes*, 17(3), p.9-27.

³⁴ Langlois E., (2013) Évaluation des communautés thérapeutiques en France, Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés, rapport OFDT.

³⁵ Jacolin-Nackaerts, M. (2018) L'Activité physique adaptée pour les personnes obèses : une socialisation de transformation ? *Sciences sociales et sport*, 11, 99-132. <https://doi.org/10.3917/rsss.011.0099>

³⁶ Favier-Ambrosini B. (2021) La normalisation des pratiques dans les réseaux Sport-santé-bien être. *SociologieS*, DOI:10.4000/sociologies.1

mettre en évidence le fait que les capacités physiques évoluent au fur et à mesure du progrès dans l'arrêt des consommations » (Langlois, *op. cit.*).

Intéressons-nous maintenant aux inégalités sociales de santé, dont nous avons montré ailleurs qu'elles devaient être prises en compte de manière processuelle dans l'investissement dans les pratiques d'activité physique (Le Hénaff, Héas, 2022³⁷).

III. Penser les inégalités sociales de santé dans l'appropriation de l'APA

De nombreux auteurs (Druhle, 1996³⁸ ; Leclerc et coll., 2000³⁹ ; Darmon, 2021⁴⁰) montrent combien l'état de santé, l'apparition de maladie et leur évolution ou encore la morbidité constitue de véritables faits sociaux issus « d'une rencontre entre le corps humain et les différents éléments matériels et culturels produits par la société qui les entourent » (Loretti, 2021⁴¹). Les approches statistiques ou celles qui s'appuient sur les récits individuels considèrent ces écarts entre différentes catégories de population et les mécanismes qui les produisent.

Darmon (2021 *op.cit.*) fait état d'un corps social jusque « sous la peau » qui se comprend à trois niveaux :

- En considérant « l'incorporation de la santé et de la maladie par la production d'un corps socialisé » au regard des trajectoires de vie individuelle et des socialisations plurielles structurant des rapports de classes dans la façon de considérer les institutions et le soin. Dans notre enquête, nous montrons que les socialisations sportives et corporelles déterminent les rapports socialement situés des patients aux propositions d'APA en cure ;
- En considérant « le moment de la prise de contact médicale et du début de la prise en charge d'une pathologie particulière » c'est-à-dire l'entrée dans le parcours de soin et la phase de diagnostic. Dans le cadre de l'addiction, il s'agit de prendre en

³⁷ Le Hénaff, Héas, 2022, Engagement in leisure and physical activities: analysing the biographical disruptions of a rare chronic disease in France, *Sociology of Health and Illness*, Volume 42, Issue 1, pp. 65-79.

³⁸ Druhle M. (1996), Santé et Société. Le façonnement sociétal de la santé, Paris, PUF, coll. «Sociologie d'aujourd'hui ».

³⁹ Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (2000), Les inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte, coll. «Recherches »

⁴⁰ Darmon M. (2021) Réparer les cerveaux: Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC. Paris: La Découverte.

⁴¹ Loretti, A. (2021). Introduction. Expliquer la fabrique des inégalités. In A. Loretti, La fabrique des inégalités sociales de santé (pp. 3-18). Rennes: Presses de l'EHESP.

considération les conséquences de la consommation sur les ressources matérielles, physiques, professionnelles et sociales.

- « En considérant le parcours de prise en charge médical et ses embranchements » - particulièrement complexes pour ce qui est de la prise en charge des addictions (Langlois, *op. cit.*) - et « la nature des interactions entre les patients et l'appareil de soin ». Ceci prend forme dans les interactions entre les Enseignant en APA (EAPA) et les patients, dans la façon de se confronter aux catégories de jugement des EAPA et à leurs attentes.

Ces trois dimensions sont travaillées dans notre étude nous permettant de dévoiler et de discuter des effets de classe puis de genre dans le parcours de soin, dans la vie en cure et dans les effets plus spécifiques dans l'appropriation de l'APA.

Notre regard sur les interactions entre les corps socialisés des patients, l'institution médicale et la maladie doit tenir compte du contexte général d'autonomisation et de responsabilisation des individus dans la prise en charge de la maladie et/ou dans le maintien de leur état de santé (qui prend la forme d'un capital à entretenir). Ce contexte se traduit dans le soin et particulièrement en addictologie par l'exercice d'une rééducation physique, psychologique et sociale. Cette opération de rééducation généralisée se cristallise par l'enjeu d'un apprentissage de soi. Plus largement, on voit se démultiplier les programmes d'ETP dans un mouvement de réappropriation par les soignants et de revendication des patient (sur le droit à l'information éclairée et la participation à la décision sur leur soin, etc.) (Klein, 2014⁴²). Plus largement encore, l'action publique, dans ces propositions de prise en charge du développement du pouvoir d'agir des individus (Fauquette, 2019⁴³) porte le développement du gouvernement des conduites (Fassin & Memmi, 2004⁴⁴) et, à son paroxysme, du gouvernement de soi.

Les activités de soin et de support de soin comme l'APA sont appréhendées aujourd'hui comme de véritables espaces d'éducation à la santé par-delà leur dimension thérapeutique première. La sociologie de la socialisation entend ces espaces dans un mouvement général (Lahire, 2008)⁴⁵ de transfert de la « forme scolaire » (Vincent et coll., 1994⁴⁶). En ce sens,

⁴² Klein, A. (2014). Au-delà du masque de l'expert. Réflexions sur les ambitions, enjeux et limites de l'Éducation Thérapeutique du Patient. *Rééducation orthophonique*, 259.

⁴³ Fauquette A. (2019) Quand les professionnels de santé jouent aux instituteurs », Sociologies [En ligne], URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/11733>

⁴⁴ Fassin D., Memmi D. dir., (2004) Le gouvernement des corps, Paris, Éditions de l'EHESS, 269 p.

⁴⁵ Lahire B. (2008) La forme scolaire dans tous ses états, *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 30, no 2.

⁴⁶ Vincent, G. Lahire B., Thin D., « Sur l'histoire et la théorie de la forme scolaire » In. G. Vincent, (1994) L'éducation prisonnière de la forme scolaire, p. 11-48

Muriel Darmon montre que l'activité de rééducation post AVC est largement structurée par ces enjeux d'apprentissage. La « forme scolaire » se traduit dans le soin par des activités répétées sous la forme d'exercices, par des temporalités et des espaces spécifiques aux dynamiques éducatives (participation, assiduité, ponctualité) qui bornent l'appréciation de la réussite du patient (alors pensée à partir de l'apprentissage des règles du dispositif).

Dans ce cadre, certains auteurs s'intéressent à l'actualisation des inégalités (Godrie & Dos Santos, 2017⁴⁷) dans le soin. Ils démontent que le travail visant à se soigner dépend de ressources en littératie en santé (Sørensen et coll., 2012⁴⁸)⁴⁹ et d'un rapport au savoir médical et plus largement scolaire (Gaborit et coll., 2021⁵⁰ ; Forté et coll.⁵¹). Ces ressources sont à appréhender au regard d'un capital culturel actualisé en santé que Shim définit comme « capital culturel de santé » (Shim, 2010)⁵². Il est composé de dispositions à interagir avec les médecins, à faire confiance à la médecine et à concevoir la possibilité d'exercer un contrôle sur son corps et sur son état de santé, en opposition aux conceptions plus fatalistes des classes populaires (Saradon Eck, 2002⁵³ ; Darmon, 2006(2)⁵⁴).

L'ensemble des travaux sur l'éducation à la santé démontrent combien l'hôpital et le soin sont des espaces d'actualisation des inégalités scolaires en santé tout en présentant les activités comme l'APA ou encore l'ETP comme des ressources potentielles dans la trajectoire de soin d'un certain nombre de patients (aux propriétés sociales que la littérature tente de qualifier et de situer). Elles structurent des espaces où faire preuve de sa bonne moralité sanitaire et plus encore des espaces de reconnaissance de son expertise (Bruneau et coll., 2021⁵⁵).

⁴⁷ Godrie B., Dos Santos M. (2017) Inégalités sociales, production des savoirs et de l'ignorance. *Sociologie et sociétés*. 49(1):7-31. DOI : <https://doi.org/10.7202/1042804ar>.

⁴⁸ Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.

⁴⁹ « La littératie se définit par le niveau de langage mais également la motivation, la compréhension et la capacité de jugement et de décision liée à sa santé. Cette notion s'ouvre également à une diversité des champs d'action, de la prévention, du soin, à la promotion de la santé et au maintien ou l'amélioration de la qualité de vie » (Gaborit et coll., *op. cit.*).

⁵⁰ Gaborit E., Bruneau C., Génolini JP., Terral P. (2021) (Re)production des inégalités intériorisées en oncologie. *Éducation, Santé, Sociétés*, Volume 8, Numéro 1, pp.23-40. {10.17184/eac.5346}. {hal-03612921}

⁵¹ Forté, L., Gaborit, É. & Terral, P. (2021). S'engager dans un programme d'ETP en oncologie : effets croisés des socialisations et des interactions en séances sur les formes et le sens de l'engagement. *Sciences sociales et santé*, 39, 75-103. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0213>.

⁵² Shim J. K., (2010) Cultural health capital : A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment, *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 51, no 1, pp. 1-15.

⁵³ Sarradon-Eck A. (2002) Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. *Rev Prat Med Gen* ; 16(566). pp.358-363.

⁵⁴ Darmon M. (2006). Variations corporelles: L'anorexie au prisme des sociologies du corps. *Adolescence*, 242, 437-452. <https://doi.org/10.3917/ado.056.0437>

⁵⁵ Bruneau, C., Terral, P. et Génolini, JP. (2019). Participation des usagers aux dispositifs sanitaires et inégalités : les processus de sélection et d'encadrement des patients lors de la co-construction d'un programme d'Éducation thérapeutique du patient en oncologie. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1(67), 45.

IV. L'appropriation de l'APA en cure : retracer la trajectoire sportive, de consommation et de la maladie

Perrin et Mino (2019)⁵⁶ évoquent comme une règle générale l'effet incitateur des expériences sportives préalables dans l'engagement des patients atteints de maladie chronique vers une APA prescrite. Ils estiment même que les non-initiés ont peu de chance de s'y investir - de répondre à l'« injonction » sportive⁵⁷ - si elle n'est pas cadrée et soutenue.

Dans le cadre d'une APA encadrée, incitée voire instituée dans les établissements de soin, l'adhésion à ce type d'activités s'explique davantage à partir du rapport au soin et au travail du patient. Les études qui répertorient les activités des patients dans le soin en exploitant la carrière pointent le nécessaire travail d'apprentissage (Barth, 2012⁵⁸). L'adhésion des patients à l'APA est envisagée de manière dynamique au regard du parcours de soin, mais aussi de la trajectoire de la maladie. Sur notre terrain, nous montrons le temps singulier de l'addiction et plus spécifiquement de la cure, décrivant l'évolution des pratiques de soin et du sens qui leur sont attribuées à mesure des progrès, des avancées ou au contraire des difficultés rencontrées. Nous nous inscrivons de la sorte dans la lignée des travaux sur la temporalité de la maladie (Menoret, 1999⁵⁹).

Par-delà le travail à se soigner, les patients rencontrent une proposition d'APA qu'il nous faut décrypter. Se pose alors la nécessité de saisir les effets d'encadrement, de soutien de telles « expériences sociales ». Sandrine Knobé questionne d'ailleurs la capacité de ces dispositifs à « combler un déficit de ressources techniques, physiques, relationnelles, cognitives et/ou émotionnelles, nécessaires à la pratique » (Knobé 2019⁶⁰). Miryam Jacolin Nackaerts (*op. cit.*) elle aussi questionne la socialisation de transformation de l'APA pour les personnes obèses.

⁵⁶ Perrin, C., Mino, J. (2019). Activité physique adaptée et enjeux normatifs dans les trajectoires de maladie chronique aux points de rencontre des approches interactionnistes et de la philosophie de Georges Canguilhem. *Corps*, 17, 103-112. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0103>

⁵⁷ « *Quand l'individu n'a jamais initié de carrière « sportive » (au sens large), il est beaucoup plus improbable qu'il puisse le faire sur prescription médicale, c'est à-dire suite à une injonction (même bienveillante) et surtout sans dispositif soutenant une telle expérience sociale.* » (Perrin & Minot, *op cite*)

⁵⁸ Barth N. L'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de diabète de type 2 : approche sociologique des "carrières de pratiquant d'APA" dans leurs relations avec la "trajectoire de maladie". *Sociologie*. Université Claude Bernard - Lyon I, 2012. Français. ffNNT : 2012LYO10283ff.fttel-00862795f0

⁵⁹ Ménoret M. (1999) Les temps du cancer. Paris : CNRS éditions CNRS-sociologie.

⁶⁰ Knobé, S. (2019). Des patient·e·s face aux actions de promotion de la santé par les activités physiques : pluralité des formes de réception. *Corps*, 17, 91-101. <https://doi.org/10.3917/corp1.017.0091>

En toile de fond, ces travaux questionnent la capacité socialisatrice de ces dispositifs et les conditions sociales d’appropriation, d’incorporation de l’APA et du soin.

L’adhésion à l’APA ne se décrit pas uniquement au regard des socialisations sportives mais plus largement, doit intégrer la socialisation dans sa pluralité au regard des trajectoires de vie des patients. Miryam Jacolin Nackaerts montre l’influence de l’expérience corporelle de l’obésité. Vincent Schlegel⁶¹ quant à lui décline la variation des socialisations alimentaires sur l’appropriation de l’ETP mais considère aussi les aspects plus conjoncturels liés à la répartition des tâches domestiques (qui fait à manger dans la sphère familiale ?) pour expliquer le changement ou non des pratiques alimentaires après la cure (Schlegel, 2022). Les patients suivis en addictologie sont également marqués par la trajectoire de soin et de consommation dont nous montrons les interférences avec les pratiques sportives et de loisir notamment dans la (re)mise en jeu d’une socialisation corporelle.

La socialisation familiale est aussi une instance de socialisation forte qui explique certaines pratiques en cure et en APA. Néanmoins, rares sont les travaux portant sur les patients dans ces dispositifs d’éducation à la santé (avec un certain niveau de détails comme nous le proposons), relevant les multiples expériences corporelles qui façonnent des rapports aux corps et au sport tout aussi variés et complexes. Ces travaux rendent davantage compte des significations et des pratiques sportives actuelles qu’ils confrontent aux normes, aux règles et aux valeurs des dispositifs éducatifs rencontrés dans le soin. Interroger la socialisation primaire sert à nourrir l’analyse diachronique des dynamiques dispositionnelles et participe à démontrer leur articulation au fil du temps (Lahire, 1998⁶²). L’activité physique est en cela une entrée intéressante, reflet singulier d’une trajectoire biographique.

Par ailleurs, les études qui portent sur l’adhésion et les pratiques de l’APA comparent majoritairement les patients selon le niveau de leur socialisation sportive. Myriam Jacolin Nackaerts montre les effets de concurrence entre la proposition sanitaire/médicale de l’activité physique avec les logiques culturelles et sociales du sport chez les patients les plus sédentaires et les plus sportifs. Ces travaux permettent de poser l’hypothèse – contre-intuitive – selon laquelle les individus ayant peu d’expériences sportives seraient les plus à même de s’approprier les dispositifs d’APA, tant ces dispositifs peuvent revêtir des logiques différentes et parfois même divergente avec les normes et les pratiques sportives antérieures. Ces études

⁶¹ Schlegel V. (2022) Le bon, le sucré et le patient : les diabétiques face à la transformation de leurs habitudes alimentaires, *Sociologie* [En ligne], N° 4, vol. 13

⁶² Lahire B., *L’homme pluriel*, Paris, Nathan, 1998

identifient des réceptions différenciées de l'APA (Knobé, 2019 *op.cit.*) ou d'appropriation des propositions de l'AP (Jacolin Nackaerts, *op. cit.*).

Penser l'adhésion à l'APA nécessite de penser les cultures somatiques des patients. Les travaux sur les différenciations de classe et de genre dans les cultures somatiques (Boltanski, 1971⁶³) et ses déclinaisons diététiques et alimentaires (Depecker, 2010⁶⁴ ; Longchamp, 2014⁶⁵), dans le soin (Arborio & Lachien, 2019⁶⁶ ; Gelly & Pitti, 2026⁶⁷), ou sportives (Mennesson et coll., 2016⁶⁸ ; Nicaise et coll., 2020⁶⁹) montrent des rapports au corps socialement situés et révélateur de l'ordre social. Il s'agit donc ici de reconstruire les influences multiples autour de l'appropriation de l'APA, prenant en compte la diversité des dispositifs d'APA proposée et les socialisations plurielles de ces patients.

Les patients rencontrés appartiennent, pour leur majorité, aux classes moyennes basses et populaires. Cette homogénéité permet d'analyser plus finement les différences sociales impactant l'appropriation de l'APA. Comme nous l'avons indiqué, la littérature s'est focalisée sur cette appropriation selon le degré de socialisation sportive (Knobé 2019 *op. cit.*; Jacolin Nackaerts, *op. cit.*), s'intéressant peu, comme nous proposons de le faire aux dispositions singulières chez les patients sportifs. Comment alors la socialisation sportive et plus largement corporelle se décline dans le cadre des propositions de l'APA en cure ? Comment se distinguent les pratiques des sportifs en APA ?

Rappel des objectifs

Cette recherche rend compte de la manière dont l'APA est mise en place en clinique d'addictologie et réappropriée par les patients sur le moment du dispositif et à plus long terme. Nous considérons leur engagement au regard de l'évolution des trajectoires de vie, de

⁶³ Boltanski L. (1971) Les usages sociaux du corps. In: Annales. Économies, Sociétés, Civilisations. 26^e année, N. 1. pp. 205-233. DOI : <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>

⁶⁴ Depecker.T. (2010) Les cultures somatiques : usages du corps et diététique. *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement - Review of agricultural and environmental studies*, 91, pp.153-184. fihal-01201203

⁶⁵ Longchamp, P. (2014). Goûts de liberté, goûts de nécessité : quand la diététique s'en mêle. *Sociologie et sociétés*, 46(2), 59–82. <https://doi.org/10.7202/1027142ar>

⁶⁶ Arborio A-M et Lechien M.-H., (2019) La bonne volonté sanitaire des classes populaires. Les ménages employés et ouvriers stables face aux médecins et aux normes de santé, *Sociologie*, vol. 10, n° 1, p. 91-110

⁶⁷ Gelly, M., Pitti, L. (2016). Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58, 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>

⁶⁸ Mennesson, C., Bertrand, J. & Court, M. (2016). Forger sa volonté ou s'exprimer : les usages socialement différenciés des pratiques physiques et sportives enfantines. *Sociologie*, 7, 393-412. <https://www.cairn.info/revue--2016-4-page-393.htm>

⁶⁹ Nicaise, S., Mennesson, C. & Bertrand, J. (2020). Les inégalités sociales de santé dès la petite enfance : le rôle du sport. *Empan*, 118, 22-31. <https://doi.org/10.3917/empa.118.0022>

maladie et de soin. À ce titre, l'appréhension des activités physiques tout au long de la vie est un filtre intéressant pour travailler les trajectoires biographiques de ces enquêtés (Le Hénaff, Héas, *op. cit.*). L'AP se présente comme une conséquence des différentes formes de rupture/bifurcation de la maladie, y participe ou même la prévient.

Nous considérons également avec attention l'organisation et la place de ces dispositifs dans les établissements de cure. Les entretiens réalisés parmi les soignants et les EAPA (N=9) révèlent toute l'ambiguïté de ces dispositifs, d'ailleurs déjà observée sur d'autres terrains d'enquête. Navigant entre support au soin et occupation du temps, les significations qui lui sont attribuées influencent les modalités de prise en charge. Se présentant comme un dispositif thérapeutique, l'APA influence le parcours de soin des patients qui y sont confrontés, comme nous nous efforçons de le montrer.

Enfin, mettant en lumière les manières de vivre un tel dispositif, nous éclairons les logiques d'action diverses des patients qui permettent de considérer plus largement la façon de vivre l'enfermement en clinique, de vivre le soin et la maladie et qui laissent apparaître un rapport aux AP constitué tout au long de la vie (Barth et coll., 2014)⁷⁰. En effet, les APA, telles qu'elles sont mises en œuvre dans les cliniques, revêtent des significations et des vécus différents selon les expériences d'AP antérieures, mais aussi selon un ensemble d'autres expériences que nous nous efforçons d'éclairer. Ainsi, l'ethnographie des programmes d'APA qui confronte les récits de vie des patients et les observations de séances permet de saisir les effets réciproques et combinatoires des dispositifs et des dispositions.

Les méthodologies utilisées

Notre étude ethnographique a été menée sur deux cliniques localisées dans deux aires géographiques différentes (Île-de-France et Occitanie). Nous avons comparé la mise en œuvre de l'APA à partir de monographies des programmes qui sont développés par les professionnels au sein de ces établissements. A ce titre, sept professionnels ont été interrogés. Parmi eux, trois intervenants en activité physique, des kinésithérapeutes et des psychomotriciens cumulant neuf entretiens au total. Il s'agissait de questionner comment se construisent et se déploient ces activités physiques adaptées. Ces entretiens se sont conjugués à des observations de réunions pluriprofessionnelles pour considérer la façon dont sont interrogées les activités physiques par les médecins psychiatres et leurs effets sur le parcours

⁷⁰ Barth N., Perrin C., Camy J. (2014) S'engager dans une pratique régulière d'activité physique lorsqu'on est atteint de diabète de type 2 : entre « trajectoire de maladie » et « carrière de pratiquant d'activité physique adaptée (APA) », *Loisir et Société / Society and Leisure*, 37:2, 224-240, DOI: 10.1080/07053436.2014.936163

de soin des patients. Les journées de travail des enseignants APA ont également été observées nous laissant l'occasion d'étudier les relations interprofessionnelles à l'œuvre et plus largement d'entrer physiquement dans d'autres espaces de la clinique que la seule salle d'APA.

Un peu plus de 200 heures d'observation en séance d'APA ont été réalisées durant 8 mois. Une attention toute particulière a été portée aux corporalités. Il a également été observé les interactions entre les patients, et avec les professionnels d'APA, les placements et déplacements dans l'espace du gymnase, ou encore l'occupation de l'espace extérieur selon la configuration du lieu de la clinique.

Ces observations se sont couplées à 53 entretiens biographiques de 2h en moyenne qui ont été menés auprès de 34 patients sur les deux cliniques. Deux entretiens ont été réalisés dans la mesure du possible pour chaque enquêté : l'un au cours du séjour et un second à la fin, voire une fois sorti. Les entretiens ont débuté de façon informelle avec la plupart des patients de la clinique du sud, en mobilisant le temps de marche du matin et de l'après-midi pour approcher certains d'entre eux, leur présenter l'étude et entamer un temps d'échange. Nous avons pu recueillir, à chaud, le début de leur récit, grâce au contexte d'activité dans lequel nous étions pris. Sur le terrain du nord, les entretiens ont été programmés à l'avance favorisant l'accès plus rapide à des patients mais impliquant l'intervention du professionnel en APA pour les sélectionner. Le travail du chercheur a alors été de négocier certaines caractéristiques attendues chez les patients sollicités afin de diversifier le recueil des expériences et des avis

4 terrains/2 villes	Enquêtés	Nombre d'entretiens	Durée moyenne/ Période d'entretien
Clinique du sud	3 EAPA + 1 kinésithérapeute	6	4h
Clinique du nord	1 EAPA + 1 psychomotricienne	3	3h
Clinique du sud	17	28	+29h/10 mois
Clinique du nord	17	26	32h/10 mois
Total	58 enquêtés	58 entretiens	10 mois

sur le dispositif.

(tableau de répartition des entretiens)

Ainsi, nous avons interrogé l'évolution de l'engagement en APA tout au long du séjour. Au cours des entretiens, nous avons répertorié leurs différentes expériences sportives et parfois d'APA avant l'entrée dans la clinique, tentant de qualifier leur pratique, recenser les arrêts, les reprises ou les désengagements et les raisons qui y sont associées. Nous avons abordé leur vécu dans la clinique et leur rapport à l'APA (définition, objectif, investissement, variété des effets constatés). Ces entretiens portaient parallèlement sur le parcours de consommateur et les conséquences étendues de leur consommation sur leur trajectoire biographique (en ciblant cependant notre intérêt sur les pratiques d'AP). Enfin, nous les avons questionnés sur leur trajectoire de soin, nous arrêtant sur leurs représentations de la guérison, de leur travail à se soigner et des étapes qui jalonnent leur parcours de soin à la clinique (de leur entrée à leur perspective de sortie).

Nous aspirons ainsi à étudier les effets de l'engagement à plus long terme et les dynamiques institutionnelles et professionnelles liées à l'APA dans le soin. Pour cela, nous avons répondu à un AAP IRESP-INCA (2023) pour étendre cette recherche.

L'APA est l'activité la plus significative pour les patients en cure. Qu'ils y participent ou s'y tiennent à distance, elle constitue – et de loin – dans les deux cliniques l'activité la plus présente. En comparaison, les ateliers thérapeutiques (d'écriture, de danse, de théâtre) et les groupes de parole concernent chacun seulement 3h à 5 h par semaine (quand plus de 30h sont proposées dans les cliniques). Les patients investissent parfois jusqu'à 4h par jour ces activités. La fréquence, la variété des propositions et le travail de recrutement des patients par les enseignants APA participent à faire connaître ce dispositif parmi les patients.

Description des patients des deux cliniques

Interrogés pendant leur cure, nos enquêtés se confrontent au contrôle d'un établissement de soin et de tout un ensemble de pratiques professionnelles dont l'APA. Ces usagers sont étiquetés (depuis plus ou moins longtemps selon leur trajectoire de soin) comme des « patients », et leur consommation de substances comme une maladie. Ils sont soumis à

un enfermement thérapeutique visant un sevrage dont la durée est définie et parfois négociée avec leur psychiatre pouvant aller de deux semaines à plus de six mois.

12 patients du sud indiquent être entrés à la clinique de leur plein gré, parfois sur les conseils de proches ou d'un médecin ; et parmi eux les « habitués » de ce type de prise en charge. Pour les autres patients, l'entrée dans la clinique est davantage subie, succédant à un passage aux urgences, témoignage de leur corps fortement dégradé. La fluctuation des entrées, volontaires ou orientées, donne un premier éclairage sur la complexité de ces parcours de soin. La seule connaissance de ce type d'institution ne suffit pas à y entrer (même si pour de nombreux cas, la méconnaissance des établissements explique qu'elle n'est pas mobilisée). S'entremêlent ici des raisons qui dépendent de leur état de santé perçu, de leur volonté de soin (qu'il s'agisse de passer par un sevrage long ou plus périodique), mais aussi de leurs conditions d'existence, entre autres.

Concernant leurs propriétés sociales, on retrouve 11 femmes et 22 hommes, répartis sur les deux cliniques du nord (N 16) et du sud (17). Ils ont en moyenne 45 ans (de 25 à 69 ans). 11 enquêtés sont sans emploi et 4 sont à la retraite. Majoritairement on retrouve des employés, des professionnels du service à la personne et des ouvriers. Nombre d'entre eux ont un CAP ou un BAC professionnel. 6 patients ont réalisé des études supérieures (de niveau bac +5, et une majorité à bac + 2). Notre corpus est majoritairement représenté par des individus de classe populaire généralement parmi les fractions stabilisées (Schwarz, 2011)⁷¹ et de classe moyenne. Il a été nécessaire de considérer la provenance sociale des plus jeunes enquêtés dont le parcours de consommation a pu générer, pour au moins 3 d'entre eux, un déclassement social. Outre la variété de leurs propriétés sociales, nous avons cherché à diversifier notre recrutement d'enquêtés en considérant : (1) leurs expériences sportives et autres activités physiques antérieures. Ainsi, se distinguent les « sportifs » (avec un passé en club ou des AP conséquentes), des sportifs occasionnels ou plus anecdotiques ou encore des non sportifs (éloignés des APS tout au long de leur vie). Le jugement des EAPA sur chacun des cas a aussi été un indicateur de sélection des patients pour notre étude en reprenant les catégories construites de « bon » ou de « mauvais » patients (2).

⁷¹ Schwartz O. 2011, « Peut-on parler des classes populaires ? », La vie des idées. http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/20110913_schwartz.pdf

Les résultats significatifs

Une première partie revient sur la présentation de la structuration de l'APA dans ces deux cliniques pour comprendre les pratiques des patients analysées comme le point de rencontre entre les règles, normes et valeurs de ce dispositif et les trajectoires biographiques de ces patients. Nous faisons l'hypothèse que les relations entre soignants et les EAPA structurent des propositions de prise en charge bien différentes. Une deuxième partie poursuit avec l'étude de trois cas qui éclaire les conditions et processus d'engagement de patients dans l'APA et plus largement dans le soin. Elle répond à l'hypothèse d'un engagement socialement situé qui se lit de façon combinée avec la manière de vivre la cure. Enfin, une troisième partie se focalise sur les patients que nous nommons « sportifs » pour interroger l'effet de leurs expériences corporelles préalables (sportives, somatiques, de soin, de consommation) sur la manière dont ils vivent et pratiquent l'activité physique dans un modèle de soin. Nous tentons alors de démontrer le poids des expériences corporelles dans l'appropriation des propositions hétérogènes de l'APA. Nous démontrons également l'évolution des pratiques d'APA et leur signification à mesure que le corps se répare.

I. Faire de l'activité physique encadrée dans une clinique d'addictologie

Les services de soins de suites et de réadaptation (SSR) sont des structures fermées, dans lesquelles les résident.es séjournent deux mois environ, quoique cette durée varie beaucoup. Ces espaces prennent sous certains aspects la forme d'une « institution totale » (Goffman, 1968⁷²). Les contacts avec l'extérieur sont limités, tout comme les sorties, soumises à accord. Les repas se prennent à heure fixe, et tout un ensemble de règles contraint le quotidien de ces individus. A cela s'ajoute une vie en communauté.

Les trajectoires de soin des résident.es sont très variées. Ils accèdent aux SSR après un sevrage médical en hôpital – et la clinique n'est alors que rarement choisie, ou directement sur leur demande. Cette prise en charge fait suite à ce que Duprez et Kokoreff (2000)⁷³ nomment « expérience totale » en référence à Goffman (1968), soit ces « passions qui ravissent une existence » (Castel, 1998, 13) où le quotidien est dicté par la consommation de drogues. Ce que la prise en charge vient rompre. Parfois présentés comme la dernière étape avant la réinsertion, plusieurs résidents poursuivent néanmoins leur prise en charge vers d'autres lieux

⁷² Goffman E., (1968), *Asiles. Études sur les conditions sociales des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit.

⁷³ Duprez D, Kokoreff M. (2000), *Les mondes de la drogue*, Odile Jacob.

(centre thérapeutique résidentiel, communauté thérapeutique, etc.). Pour tous, la perspective de la sortie reste vécue avec beaucoup d’appréhension en raison notamment du risque de rechute, mais également et souvent aussi de formes de désocialisation diverses.

Dans les deux cliniques, la place de l’APA est centrale ; c’est l’activité la plus importante quantitativement, les résidents pouvant s’y adonner tous les jours, de manière plus ou moins encadrée. Un consensus est d’ailleurs observable parmi l’ensemble des professionnels rencontrés pour prôner son intérêt, même si leurs conceptions de l’activité apparaissent très hétérogènes. En comparaison, les autres ateliers (d’écriture, de danse, de théâtre, groupes de paroles, etc.) comptent chacun seulement 2 à 4 heures par semaine. Ces activités peuvent prendre une forme encadrée, ce qui est le plus souvent le cas. Sous la direction de l’EAPA, il s’agit alors de « gym douce », d’ateliers de prévention des chutes, ou d’activités physiques et sportives diverses à faible intensité. Une activité semi-autonome (le résident utilisant librement les machines quand l’EAPA est dans la salle) voire autonome (le weekend avec comme seule obligation la présence de deux résident.es) est autorisée pour celles et ceux qui sont jugé.es les plus en forme physiquement et les plus autonomes.

Tableau descriptif des modalités d’intervention par l’AP à villedunord et villedusud

Clinique du Nord	Clinique du Sud
<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers collectifs fonctionnels prescrits par EAPA (équilibre, motricité) • Activités semi autonomes (majoritaires) • Évaluation fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> • Logique de précaution • Logique de performance • Évaluation de charge max • Entretien préalable : passer se présenter dans les chambres 	<ul style="list-style-type: none"> • Marche matin et après midi • Ateliers collectifs d’APS (gym douce, boxe, danse, aquagym...) conditionnent l’accès aux activités semi autonomes • Activités semi autonomes (selon créneaux en fin d’après midi) • Évaluation fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> • Logique de modération • Assiduité et ponctualité • Évaluation 6 min marche et parcours moteurs • Entretien préalable: présentation des principes de l’APA

Un véritable parcours d’APA se décline donc en parallèle du parcours de soin au sein de la clinique et se structure en différentes étapes. Il débute par un entretien entre l’enseignant et le patient. Ce premier entretien implique pour les enseignants en APA de borner les attentes des patients sur l’AP. Une évaluation fonctionnelle suit cette entrevue, parfois le précède. Les enseignants APA évaluent la capacité aérobie (par le 6 min marche) et les capacités motrices

et d'équilibre des patients. Au cours du programme, les exercices physiques et leur intensité sont aussi supervisés par ces professionnels. La modération, principe largement revendiquée, y est plus marquée dans la clinique de Villedusud que Villedunord. Dans la première, l'EAPA qui intervient sur le temps libre en fin d'après-midi, reprend régulièrement les patients lorsqu'elle considère leur activité trop intense.

Les différents EAPA participent à la surveillance des comportements et à l'implication thérapeutique du patient, voire agissent en véritables sentinelles. Nous y reviendrons, l'APA est décrite comme corrélée à l'engagement dans le soin, et est ainsi souvent mobilisée par les professionnels de santé pour jauger l'implication de l'individu dans sa prise en charge. L'observation des réunions pluridisciplinaires à Villedusud⁷⁴ par exemple témoigne que les renseignements demandés par le psychiatre aux EAPA concernent essentiellement la présence et l'assiduité des patients aux ateliers. Ces éléments sont de véritables catégories de jugement. Claire (EAPA Villedusud) associe les patients absents à ses ateliers aux passifs « *souvent ils sont clinophiles tu vois... ça veut dire qu'ils restent au lit, qu'ils font rien de la journée et souvent ça se retrouve les patients en dépression qui s'isolent, les patients qui voilà qui restent dans leur chambre volets fermés et tout* ». Un système de récompense/punition est instauré dépendant de l'assiduité ou du comportement des patients en APA. Ainsi, pour certains, l'acceptation de leur permission peut être facilitée par leur participation aux activités. Pierre (EAPA Villedusud) le présente comme une « carotte ». Conscients de cela, de nombreux résidents justifient leurs absences auprès de l'EAPA et s'en excusent le cas échéant. Et quand la feuille d'émargement n'apparaît pas au cours de la séance, il est fréquent que les résidents s'en inquiètent, ou qu'ils s'assurent à la fin de l'atelier que leur présence a bien été prise en compte. En plaisantant, monsieur Lopez demande même une fois à un EAPA de communiquer son investissement au psychiatre, lui qui s'est absenté plusieurs jours.

Dans cet espace largement contraint, les loisirs sont limités et les emplois du temps à trous. Organiser ses journées s'impose d'ailleurs comme une activité centrale et une quête partagée. Contrôler le temps, et en particulier les temps vides est même pour certains une obsession. D'ailleurs, la majorité des résident.es gardent précieusement sur eux ou à proximité la feuille qui récapitule leur planning de la semaine. Dans ce cadre, l'APA prend pour beaucoup une forme occupationnelle, quand bien même ces professionnels s'efforcent de travailler une

⁷⁴ Par souci d'anonymat, les noms de famille et prénoms des résident.es et de villes des cliniques ont été modifiés.

définition thérapeutique à cet ensemble d'activités. « On n'est pas à Basic-fit » insiste, à plusieurs reprises, l'une des EAPA.

L'entretien d'entrée de Marien est révélateur du travail de conviction de l'intérêt thérapeutique de ce dispositif orchestré par ces professionnels de l'APA. Il s'agit de travailler les représentations des patients quant à ce dispositif :

EAPA : « A "Arrêt de l'activité physique" qu'est-ce que tu répondrais ?

Marien : 3 mois.

EAPA : On va y aller doucement et sûrement... Pourquoi tu veux faire du sport ?

Marien : Pour passer le temps.

EAPA : C'est la seule réponse que je ne noterai pas. On ne veut pas être occupationnel. Donne-moi des réponses plus thérapeutiques tu vois.

Marien : Reprendre mon corps. Eviter de retomber en TCA. Je panique encore sur mon poids.

EAPA : D'où les abdos à la maison... tu as changé de nom donc depuis combien de temps tu es en transition ?

Marien : Depuis mes 16 ans.

EAPA : Donc l'AP peut aider à ça.

Marien acquiesce.

EAPA : Tu vois je préfère ça. »

Les enseignants APA revendiquent également leur rôle dans la gestion de soi, l'APA étant censée générer des situations propices à révéler des comportements inadaptés et à les réguler. « Comme dans tout terrain de sport c'est normal, ça aussi, ça c'est l'apprentissage la gestion des conflits euh c'est savoir réagir à l'agressivité de l'autre, euh savoir gérer sa propre agressivité, enfin tu vois tout ça c'était hyper intéressant » (Pierre, EAPA Villedusud). Les EAPA apportent d'ailleurs des informations complémentaires sur les cas de patients en véritable instrument de surveillance à multi niveau (Darmon, 2010)⁷⁵ au sein des cliniques.

⁷⁵ Darmon M. (2010) Surveiller et maigrir. Sociologie des modes de contrainte dans un groupe commercial d'amaigrissement. *Revue d'Etudes en Agriculture et Environnement - Review of agricultural and environmental studies*, 91, pp.209-228.

Cette présentation de la structuration de l'APA dans ces deux cliniques est nécessaire, car elle sert la compréhension des pratiques des patients analysées comme le point de rencontre entre les règles, normes et valeurs de ce dispositif et les trajectoires biographiques de ces patients. L'étude de trois cas qui suit éclaire les conditions et processus d'engagement de patients dans l'APA et plus largement dans le soin.

II. Etudes de cas : 3 patient.es face à la prise en charge

La mise en mouvement en addictologie : études de cas de patients face à l'activité physique

Dans les traces de Becker (2016)⁷⁶, l'étude de cas est ici abordée comme la déclinaison d'un même phénomène (la prise en charge par l'APA en clinique d'addictologie) permettant d'en saisir les variations locales. Elle ne vise ainsi pas à des généralisations, mais a « plutôt pour effet de détecter de nouveaux éléments d'une situation, des aspects nouveaux susceptibles de varier d'une façon qui doit affecter le résultat qui m'intéresse, ou de nouvelles étapes d'un processus que je croyais avoir compris, jusqu'au moment où se produit un résultat différent de ce que j'attendais » (Becker, *op. cit.*) Les études de cas permettent alors de faire émerger de nouvelles questions, en lien avec l'engagement dans ces dispositifs de soin. Les concepts présentés ont ainsi une vocation « sensibilisante », au sens de Blumer (1958)⁷⁷, indiquant des directions où observer, des points de départ cadrant *a minima* les questionnements. Cette approche est particulièrement propice à la prise en compte des processus, et aux variations des temporalités.

Le choix de ces trois cas est d'abord lié à un souci de diversification. Et si notre présentation n'a pas de prétention à la généralisation, ces cas font néanmoins largement écho à d'autres que nous avons pu rencontrer tout au long de notre enquête.

a. M. Lopez : ne plus être à sa place dans l'institution, ne plus donner sens à l'APA

Monsieur Lopez est âgé d'une cinquantaine d'années et a principalement exercé le métier de manutentionnaire. Il intègre la clinique après une hospitalisation, et connaît ici sa deuxième

⁷⁶ Becker H., (2016), *La bonne focale. De l'utilité des cas particuliers en sciences sociales*, Paris, La Découverte.

⁷⁷ Blumer H., (1958), Race prejudice as a sense of group position, *The Pacific sociological review*, 1,1, pp3-7.

cure. Depuis quelques années, ces liens familiaux se sont largement délités. Il a récemment divorcé et se trouve éloigné de ses deux filles qu'il n'a pas vu depuis plusieurs mois. A ces difficultés familiales s'ajoutent sa mise en arrêt maladie.

Une grande partie de son parcours de soin apparaît subi. Il souhaite ainsi, et de longue date – deux ans et sa première cure –, poursuivre un séjour en clinique en Bretagne pour se rapprocher de son ex-femme et de ses enfants, sans effet. La sélectivité de ces instituts, qui exige lettre de motivation et appuis des professionnels de santé, joue largement en sa défaveur. D'une part, nous y reviendrons, car monsieur Lopez rencontre des difficultés avec l'encadrement (para)médical de Villedunord. D'autre part car, ayant quitté tôt l'école, il témoigne d'un rapport à l'écriture qui ne va pas de soi. Les démarches administratives sont vécues comme fastidieuses : « *je ne suis pas très papier moi* » répète-t-il. D'ailleurs reconnaît-il en avoir beaucoup perdu de ses papiers et se trouve en difficulté pour identifier les différents codes et numéros lui permettant d'accéder aux services médico-sociaux dans lesquels il est enregistré, ou auxquels il pourrait prétendre. S'il s'estime peu aidé dans ces démarches par l'assistante sociale de la clinique, il reconnaît également des difficultés à demander de l'aide⁷⁸, renvoyant à un trait fréquent des masculinités populaires. « *On m'a toujours appris à ne jamais demander* ». S'installe chez monsieur Lopez une forme de lassitude et même de méfiance qui, au fil de son deuxième séjour, se mue en conflit avec l'institution⁷⁹. Cette situation s'est constituée au fil du temps, succédant à une première phase de reconnaissance vis-à-vis des professionnels, comme chez beaucoup de résident.es, liée à une prise en charge et à des soins dont il était au préalable largement éloigné.

Monsieur Lopez a été très sportif dans sa jeunesse (il était notamment proche d'intégrer un centre de formation en football à la fin de son adolescence), mais il a brutalement arrêté durant sa vingtaine. Il fait partie de ces résident.es qui vont relativement bien physiquement – c'est-à-dire trop pour aller aux ateliers encadrés d'APA –, mais qui peinent parallèlement à s'investir dans les pratiques autonomes telles qu'elles sont définies par la structure. Il est ainsi considéré par l'enseignant d'APA, comme par une partie des professionnels de santé, comme ne s'investissant pas assez dans cet atelier, et donc dans sa prise en charge. Lui, au contraire,

⁷⁸ Cette observation vaut pour de nombreux autres individus dans cette situation notent Duprez et Kokoreff (2000) op.cite.

⁷⁹ Cette situation est également observée par Langlois (2013) à propos des consommateurs de drogues les plus à la marge ; et également chez les plus précaires des classes populaires, qui mobilisent peu leurs droits sociaux (Peneff, 2000), ce qui est le cas de monsieur Lopez qui a par exemple été un temps sans domicile avant d'être pris en charge dans la clinique. Langlois E., 2013, Évaluation des communautés thérapeutiques en France, Enquête sociologique sur la mise en œuvre de deux nouvelles communautés, rapport OFDT ; Peneff J., (2000), *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, La Découverte.

affirme faire beaucoup d'effort, même s'il reconnaît que c'est très variable et fonction de son état. Il est ainsi étiqueté comme résident qui « n'[a] rien à faire là » selon les professionnels, caractérisant celles et ceux qui sont considéré.es comme ne s'investissant pas – en tout cas pas selon les normes de l'institution –, et dont le travail thérapeutique serait limité. L'EAPA le décrit ainsi :

« C'est un patient qui vient régulièrement dans la salle, mais très souvent il peut rester une semaine ou deux où c'est le black-out, il vient pas du tout. [...] Il reste dans sa chambre et après tous les soignants : oui en ce moment il est pas bien parce que ça bouge pas voilà ça fait du yoyo, et du coup euh la semaine dernière j'appelle, il est dans sa chambre, il dort. Oui je vais venir et tout et il vient pas. Après je vais voir monsieur Lopez de temps en temps...enfin quand c'est comme ça, j'essaie de passer quand même voir pour savoir ce qui se passe, et je demande aux infirmières, il dit : ouais je suis pas bien en ce en ce moment mais je vais essayer de revenir la semaine prochaine. Et "paf" il peut revenir, enchaîner une semaine, la semaine d'après peut-être que ce sera pas... » (EAPA Villedunord).

Considéré comme un « patient yoyo », Monsieur Lopez semble ainsi ne trouver sa place nulle part dans le dispositif d'APA tel qu'il est conçu : lui estime manquer d'accompagnement quand il est perçu comme autonome par l'équipe (para)médicale. Dans ses conduites, il ne donne alors plus le change, et ne fait ainsi plus preuve des gages minimum de sa « motivation ». Une forme d'usure est observable, perceptible en APA, mais plus encore dans les autres ateliers dont il est vraisemblablement plus éloigné de par ses dispositions sociales, et notamment ceux ayant trait à la parole et aux capacités à parler intimement de soi⁸⁰ (atelier théâtre, d'expression, art-thérapie) (Schwartz, 1990⁸¹ ; Duprez & Kokoreff, 2000⁸² ; Forté et coll., 2021⁸³) : « déjà que j'ai du mal à m'exprimer ». Il ne donne plus sens aux activités qui lui sont proposées, du moins ne leur accorde-t-il pas une signification thérapeutique : cette expertise n'est valide qu'à travers la figure du médecin, et doit donc passer par le psychiatre ; il hiérarchise ainsi les professions médicales.

⁸⁰ En revanche, l'atelier d'arts plastiques peut être investi par les hommes de classes populaire, et cela lorsqu'il est appréhendé comme un loisir de la « bricole », « production privée non marchande, qui s'insère dans un système de dons et qui manifeste le « goût de l'activité » populaire, et le plaisir double du travail producteur et du produit fini » (Weber, 1989). C'est ainsi le cas chez monsieur Brillat, qui s'émerveille de pouvoir créer des œuvres qu'il mobilise comme décoration dans sa chambre, dans les salles communes pour la période de Noël ou bien encore pour indiquer à son colocataire quelques règles d'hygiène.

⁸¹ Op. cit.

⁸² Op. cit.

⁸³ Op. cit.

Les significations de l'APA chez ce patient éclairent en partie ce qui est défini comme du désengagement. Pour lui, il n'y a pas de valeur thérapeutique dans cette activité ; et pour l'intérêt sportif (qui pourrait l'amener à s'investir davantage), il est assez limité. Il a maintenant repris du poids, et son seul objectif est désormais atteint : faire bonne figure physiquement quand il retrouvera ses filles, et ainsi peser sur le regard de ses proches. En d'autres termes, il s'agit de lutter contre la déchéance corporelle associée chez lui à l'addiction. Au fil du séjour, l'APA est ainsi devenue de plus en plus occupationnelle, et cela à mesure que ses objectifs étaient atteints. Cette irrégularité n'est vraisemblablement pas sans lien avec le régime de temporalité progressivement imprégné dans l'addiction et sa trajectoire biographique. Les projets à long terme sont écartés.

Pourtant, s'il ne se rend pas régulièrement à l'APA, il fait du sport, mais de manière informelle, avec certains des résidents avec lesquels il s'entend le mieux. Il pratique ainsi régulièrement tennis de table et basket-ball (une table et un demi terrain sont à disposition dans la cour), qui ne sont pas considérés par les professionnels comme participant d'une démarche thérapeutique. Ces activités participent de ses sociabilités, contrairement à l'APA. Et si elles ne sont pas sans rappeler ses pratiques sportives adolescentes, peu encadrées, avec des proches, elles doivent aussi être considérées comme un espace permettant de mettre à distance les pesanteurs de la clinique.

Cette dimension occupationnelle est prégnante chez ce résident qui ne dispose que de peu de ressources, et n'a donc qu'un accès limité à la télévision (dans la salle commune), à internet, au téléphone ou même aux cigarettes. Son quotidien correspond à « une somme de privations qu'[il a] souvent intégré comme une ligne d'horizon » (Constance & Peretti-Watel, 2010⁸⁴), aujourd'hui comme par le passé : « *elle s'est jamais arrêtée sur moi la roue. C'est fini* ». Chez lui, les temps vidés phagocytent le quotidien. Il « *tourne en rond* », et sa situation difficile l'enferme dans un présent vide. Monsieur Lopez témoigne ainsi d'une usure plus générale par rapport à son enfermement et à l'institution, qui prend ici sens dans son désengagement de l'APA. La difficulté à trouver un quant-à-soi à même de concurrencer l'emprise institutionnelle et de se ménager un monde personnel est prégnante. Et dans ce cadre, l'APA et l'incitation à s'y adonner ont progressivement été perçues comme une contrainte supplémentaire.

S'il ne joue plus le jeu de l'institution, cette mise à distance s'apparente à une forme de résistance, une marge de liberté face à son engluement dans sa trajectoire de soin, et ses

⁸⁴ Constance J., Peretti-Watel P., (2010), La cigarette du pauvre, *Ethnologie française*, 40(3), p.535-542.

difficultés à trouver sa place. L'institution a ainsi les capacités à pousser le résident vers la sortie ; et c'est ce qui finit par se passer quelques semaines plus tard, comme ça a été le cas lors de sa précédente cure :

« Qui est-ce qui a décidé de votre sortie dans (clinique précédente) ?

Non, ça s'est fait, ça s'est fait vite, j'avais rendez-vous avec le docteur le matin, on est venu me voir on me fait Monsieur Lopez vous êtes sortant aujourd'hui. Euh... je fais : ah bon ? Et puis voilà ça s'est fait comme ça, j'ai même pas eu le temps de réfléchir à rien. J'ai fait mon sac, hop, et retour chez ma mère. »

Ne pas correspondre aux comportements attendus par l'institution a des impacts sur la prise en charge dans la clinique (Loretti, 2020⁸⁵), mais aussi à plus long terme sur la trajectoire du malade. Ici, il ne s'agit pas seulement d'être investi, mais aussi de l'être selon des conduites qui font sens pour ces professionnels.

b. Monsieur Ngan : un bon patient aux mauvaises raisons

Monsieur Ngan a une trentaine d'années, et compte parmi les plus jeunes résidents. Issu d'une classe aisée, il témoigne de ressources conséquentes et notamment d'un capital culturel important. Lui-même cependant a principalement exercé comme serveur.

C'est ici sa deuxième cure, et il bénéficie quant à lui du soutien de sa famille, qui l'appuie notamment dans sa recherche de cliniques. Dans un premier temps lors de son arrivée, et comme fréquemment chez ces résident.es, il s'est investi dans l'APA dans une perspective de réathlétisation ; nombre d'entre eux arrivant avec des soucis de marche ou d'équilibre, temporaires le plus souvent pour les plus jeunes.

Ce résident a beaucoup, et longtemps, pratiqué la musculation qu'il a arrêté il y a une dizaine d'années ; son père gérait d'ailleurs une salle de sport. Il est ainsi et rapidement considéré comme en totale autonomie, et se sent très à l'aise avec la liberté qui lui est octroyé dans la salle. Il est à même de programmer ses séances, et ne sollicite jamais l'intervention de l'EAPA. Dans son cas, l'APA se présente comme une salle de sport classique, et son engagement dans l'activité ressemble de plus en plus et au fur et à mesure des jours à sa pratique sportive passée. On observe chez ce patient une réactivation progressive mais rapide

⁸⁵ Loretti A., (2020), « Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut ». Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie, *Revue française des affaires sociales*, 3, pp. 33-49.

de ses routines sportives. Il revendique d'ailleurs prendre plaisir dans l'activité, évoquant – comme plusieurs anciens sportifs – une « *mémoire musculaire* ». L'intensité des exercices augmente, et sa fréquentation de la salle est quasi quotidienne.

Ce plaisir dans l'activité se double d'un effet de « diversion » ou de « substitution » : s'activer physiquement permet de « se vider la tête ». Il ne s'agit pas simplement d'occuper le temps, mais plutôt de s'évader, d'oublier en se concentrant sur le geste sportif. Chez lui comme chez de nombreux anciens sportifs, l'AP est considérée comme intrinsèquement vectrice de pratiques positives ; à même de transformer les individus. Elle aurait une valeur thérapeutique de fait : « *c'est un médicament miracle [...] une des principales options pour arrêter* ». Son investissement a, en soi, une dimension thérapeutique⁸⁶. Ces résidents sont capables de se fixer des objectifs, réalisables. Le corps est à la fois ce qui leur permet d'évaluer leurs pertes dues à l'addiction (ne plus pouvoir réaliser tel ou tel activité ou mouvement), mais aussi leurs progrès. Cette capacité à mesurer est ainsi un élément de motivation déterminant pour nombre de patients à capital sportif, puisqu'ils sont à même de « voir » leur progression. Celle-ci passe chez monsieur Ngan par la masse musculaire regagnée, mais également par les poids soulevés ou déplacés pendant l'exercice. Plus que les autres, ces patients sont à même de développer des « manières de faire chiffre de soi », et donc par ce biais de répondre aux attentes professionnelles d'« autogestion de soin » (Pharabod *et coll.*, 2013⁸⁷). Monsieur Ngan valorise d'autant plus cette dimension qu'il considère les progrès difficiles à quantifier dans le cadre de l'addiction, faite de hauts et de bas. Se met ainsi en œuvre une démarche de progression par rapport à soi. L'activité physique offre pour ces profils des balises dans un monde perçu comme incertain, en raison de leur propre « *fragilité* »⁸⁸. Quand, quelques semaines avant de poursuivre son parcours de soins dans un autre établissement, il fait état de son impression de stagner dans sa thérapie, l'activité physique apparaît comme sa seule bouée de sauvetage (Le Hénaff & Héas, 2021⁸⁹).

Si son engagement ne correspond pas aux standards de l'APA (valorisant une activité modérée), sa participation est appréhendée comme un indice positif du changement ; dans ses

⁸⁶ Monsieur Ba, dont le profil est assez similaire à celui de Monsieur Ngan, précise ainsi : « *c'est comme dans l'addiction en fait... le sport ça permet d'en sortir. [...] Le sport c'est l'un des moyens très efficaces, [...] c'est un médicament miracle [...] une des principales options pour arrêter* ».

⁸⁷ PHARABOD A.-S., NIKOLSKI V. & F. GRANJON (2013), « La mise en chiffres de soi. Une approche compréhensive des mesures personnelles », *Réseaux*, vol. 177, n° 1, pp. 97-129 [En ligne] DOI :10.3917/res.177.0097

⁸⁸ Ici encore, Monsieur Ba illustre clairement cette dimension : « *Quand je me lève, je descends à la salle de sport, je sais que je vais faire mes 20 minutes de cardio, je sais que je vais faire mes 20 minutes d'abdos, je sais que je vais faire les 20 minutes de renforcement musculaire. Voilà. Ça je le sais.* »

⁸⁹ Op. cit.

capacités à transformer habitudes de vie et comportements (Loretti, 2020 *op.cit.*). Même détournée de ces objectifs initiaux, son engagement est valorisé donc capitalisable. L'activité s'apparente à un marqueur de distinction dans le cadre de la prise en charge plus globale, et donc d'adhésion. Sa pratique physique antérieure, et celle plus actuelle, fait ainsi écho à la croyance institutionnelle selon laquelle le corps et l'individu peuvent être travaillées, par opposition à des attitudes fatalistes dénoncées (Darmon, 2021 *op.cit.*). Ce patient est aujourd'hui considéré comme « en bonne voie », capable de s'investir, et démontrant de la sorte une dynamique de changement. Cette progression est d'ailleurs identifiée par l'équipe médicale dans d'autres ateliers. Lui-même affirme s'être ouvert aux autres dispositifs, et au théâtre en particulier. Il a d'ailleurs largement intégré cette injonction institutionnelle, et les profits qu'il peut en tirer⁹⁰, et s'attache ainsi à montrer son investissement : « *il faut montrer qu'on est investi. [...] J'ai un projet derrière, d'aller dans une structure, et il faut qu'ils voient que je suis investi dans ma démarche thérapeutique* ». Il poursuit à l'issue de ce séjour sa prise en charge dans un Centre Thérapeutique Résidentiel (CTR), particulièrement sélectif. Sa demande a été appuyée par les professionnels de santé de la clinique qui le considèrent comme méritant.

L'APA est aussi et très souvent une référence classante pour ces résidents, et particulièrement pour les hommes. Elle fait écho à des capacités de rebond, de remotivation après des traumatismes, largement valorisées par l'équipe soignante.

c. Madame Larqué : appréhender le sport et devenir une assidue de l'APA

Mme Larqué est une ancienne infirmière, septuagénaire sans enfant et célibataire. C'est une personne relativement éloignée du sport, comme en témoignent les réticences et appréhensions initiales que provoque chez elle la vue des installations sportives, celles-ci étant disposées comme une salle de sport classique⁹¹.

Travailler sa motivation a d'ailleurs été nécessaire dans un premier temps. C'est ce qu'a effectué l'EAPA qui, à l'arrivée de chaque nouveau résident, se présente dans sa chambre, et

⁹⁰ Comme madame Larqué, étude de cas suivante, monsieur Ngan dispose d'une chambre simple privilège normalement uniquement accordé à ceux qui payent pour cela. Autre élément, alors que d'autres patients se plaignent de leurs difficultés à les obtenir, monsieur Ngan ne s'est jamais vu refuser une permission. Bénéficiaire de l'appui des professionnels de la clinique, ils intègrent d'ailleurs tous les deux un CTR, institution très demandée, contrairement à monsieur Lopez.

⁹¹ La salle d'APA de la clinique du nord fait une trentaine de mètres carré : sur la partie droite, des tapis de course, des vélos (classiques et elliptiques) et un rameur ; sur la gauche, différents appareils de musculation, haltères.

explique le déroulement de ses ateliers. « *Il a fallu se forcer* » ; « *j'y vais à reculons* » dit-elle a posteriori. Ce travail motivationnel est passé par une redéfinition de l'activité telle qu'elle est pratiquée dans la clinique (« *au début, je pensais que c'était une salle de sport classique* »), et qui consiste à rassurer sur le fait que l'activité est *adaptée*. L'appellation n'est d'ailleurs pas anodine : c'est de la « gym douce » qui est principalement proposée.

Pour autant, madame Larqué, pour cet atelier comme pour la plupart de ceux proposés dans la clinique, fait rapidement preuve d'un engagement sans faille. « *Ils viennent me chercher... mais quand même pas trop* » précise-t-elle à propos de l'APA. Cette résidente est investie tout azimut dans de nombreuses activités. Elle fait preuve d'une forme de compliance forte, et est d'ailleurs parmi les rares à se refuser à formuler la moindre critique sur le fonctionnement de l'établissement.

Cet engagement dépasse d'ailleurs le cadre des propositions de la clinique : elle investit des pratiques d'autothérapie. Elle s'impose par exemple de faire travailler sa mémoire par des exercices personnels et, quelques semaines après son arrivée, s'est mise à marcher seule tous les matins dans la petite cour de la clinique avant le petit déjeuner. Cette résidente a ainsi incorporé, de manière marquée, l'injonction à la délégation partielle de la charge du soin. Être actif, c'est aussi participer au travail de guérison (Ménoret, 1999⁹² ; Tarantini et coll., 2014⁹³), crédo qu'a largement intégré cette résidente.

Ses faibles appétences sportives correspondraient paradoxalement à certaines attentes institutionnelles, notamment car cet atelier participe moins à développer de nouvelles dispositions sportives qu'à mettre en mouvement. D'ailleurs madame Larqué ne compte pas poursuivre lors de sa postcure l'activité physique – tout au plus marchera-t-elle davantage. Et elle ne pratique pas non plus le weekend en « autonomie » pendant son séjour, quand la salle est laissée libre aux résidents : elle a « *peur de faire des bêtises* », témoignage de sa faible maîtrise des machines et des exercices. L'activité physique reste pour elle un monde éloigné. Son engagement dans l'APA est maintenu par sa redécouverte de la motricité (« *je peux faire des choses que je ne pouvais plus faire* »). Elle « réapprend » à faire du vélo, à marcher ou à monter dans le bus. Ces améliorations physiques, et le gain d'autonomie sous-jacent, consolide son engagement. Ces signaux corporels réassurent sur le fonctionnement d'un corps perçu comme fragilisé (« *on redécouvre son corps* »), et permet une forme de

⁹² Ménoret M. (1999), Les temps du cancer, Paris, Cnrs Éditions.

⁹³ Tarantini C., Gallardo L., Peretti-Wattel P., (2014), Travailler après un cancer du sein. Enjeux, contraintes et perspectives, *Sociologie*, 5/2, pp 139-155.

réappropriation : « *c'est le plaisir de me sentir vivante dans mon corps. L'alcool, c'est carrément annihiler le corps, y a rien qui bouge. Je suis couchée, endormie ou assise là* ». Le plaisir que cette résidente affirme éprouver dans cette mise en mouvement est très différents de ce que désigne monsieur Ngan. Tous deux font pourtant preuve d'une approche sensible de leur corps, contrairement à monsieur Lopez.

Force est de reconnaître la construction d'objectifs en lien avec cet atelier. Le premier d'entre eux, à la sortie de la clinique (« *je vais bouger* »), est intimement lié à sa propre représentation de la maladie, qui isole, enferme chez soi, et conduit inéluctablement à l'inactivité. « *C'est le plaisir de me sentir vivante dans mon corps. L'alcool, c'est carrément annihiler le corps, y a rien qui bouge. Je suis couchée, endormie ou assise là* ». « *Bouger* », c'est se projeter dans des activités de loisirs culturels « *à l'extérieur* », et pour lesquelles elle pourrait se rendre à pied. Cette importance de sortir, par opposition à l'idée d'enfermement, rend d'ailleurs compte d'une logique de classe populaire ouvrière décrites par Weber (1989⁹⁴), et dont est issue cette résidente. Les connotations négatives de l'enfermement se redoublent ici de l'image projetée de l'alcoolique, maladie du laisser-aller.

Le dynamisme associé à ces activités est mobilisé pour se positionner en opposition à ce stéréotype, et par extension au mauvais patient, celui qui rechutera. Son discours fait écho à une « morale de l'effort » largement associée socialement à l'activité physique, et qui est également largement véhiculée par les discours médicaux sur la morale sanitaire. Un des signes forts de cet engagement, et donc du changement, est pour elle le fait de s'être mise à marcher tous les matins « *comme un hamster* ». Une activité qu'elle a progressivement quantifiée (en temps et en nombre de tours) et qui lui permet de mesurer ses gains en autonomie. L'activité physique marque la rupture avec cette maladie, en prenant pour objet de travail le corps, lieu de leur déchéance. Avant d'être prise en charge madame Larqué n'était ainsi même plus capable de se mouvoir. Cet engagement et ses projections participent d'un renforcement identitaire, distinguant les individus s'engageant dans une démarche de soin jugée incertaine, qui a déjà échoué, et « *ceux qui se laissent aller* », et qui seraient condamnés à replonger. Elle se compare ici non à un avant mais plutôt à celles et ceux qui souffrent de la même pathologie (Evans & Crust, 2015⁹⁵), partagent son quotidien, différence qui se fait source d'espoir dans le processus de guérison.

⁹⁴ Weber F., (1989), *Le travail à côté. Étude ethnographique ouvrière*, Paris, EMESS et INRA.

⁹⁵ Evans AB., Crust L. (2015) 'Some of these people aren't as fit as us ...': experiencing the ageing, physically active body in cardiac rehabilitation, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 7:1, 13-36.

Avant sa mise à la retraite, qui signe son entrée dans l’addiction, madame Larqué avait une activité professionnelle soutenue (elle occupait 2 postes d’infirmières à plein temps en parallèle) – d’ailleurs présentée comme totale et vocationnelle –, qui l’a d’ailleurs contrainte à un arête maladie et à sa mise à la retraite prématurée, au bord de l’épuisement. Ces deux bornes temporelles (activité professionnelle intense et engagement intense dans le soin) permettent d’encadrer son épisode d’addiction et de déclassement social, et de le mettre entre parenthèses.

Cette échelle du mérite est activée dans son investissement tout azimut dans les activités de la clinique (« *je participe beaucoup* »), mais aussi dans ses très bonnes relations avec les soignants, qui n’est sans doute pas sans lien avec son propre passé professionnel. La connivence est notable. Elle plaisante ainsi régulièrement avec les professionnels, ce qui participe d’un marquage symbolique opérant pour elle, renvoyant à l’image de bonne patiente qui renforce son adhésion au soin. Cette « bonne volonté sanitaire » (Arborio & Lechien, 2019 *op. cit.*), comme pour monsieur Ngan, a des effets perceptibles, offrant de menues récompenses. Elle est par exemple l’une des rares résidentes à bénéficier d’une chambre seule, et également d’un accès facilité à un CT, difficile d’accès et qu’elle lie à son implication dans les soins. Elle est en outre à même d’influer sur sa prise en charge, en définissant ses pertes de manière compréhensible pour les professionnels de santé. C’est ainsi qu’elle a négocié sa prise en charge en APA sa mobilité quotidienne, et obtenant pour cela un nombre de séance non négligeable. Elle participe ainsi largement à la définition de ses problèmes et à leur prise en charge. Ce qui semble se jouer, c’est la présence d’un “capital culturel de santé” (Shim, 2010 *op.cit.*), dont les contours font sens pour les professionnels de santé.

Conclusions

Ces dispositifs d’APA sont particulièrement investis par deux grandes catégories de résident.es : ceux à même de pratiquer une activité physique en toute autonomie et ceux engagés dans les normes du soin telles que véhiculées par l’institution. Notre enquête montre ainsi la diversité des formes d’engagement dans ces dispositifs, dont l’appropriation peut varier en comparaison de la manière dont est pensée par les professionnels de santé cette

activité. Négociations, réappropriations ou bien encore détournements sont légion. C'est la mise en mouvement qui importe.

Ces études de cas tendent à indiquer que ce sont les fractions les plus hautes des classes moyennes et populaires ou les individus disposant d'un capital sportif qui s'insèrent le mieux dans ces dispositifs d'APA ; ce qui est congruent avec les analyses de McLean (2015⁹⁶) dans des établissements se rapprochant des CAARUD aux Etats-Unis. Ces modalités de surveillance (et de disciplinarisation des corps) sont investies par les plus insérés socialement (Schmitt, Jauffret-Roustide, 2018⁹⁷). Cette responsabilisation par les soins, qui s'inscrit dans une délégation des soins aux patients, est pour les professionnels de santé la démonstration d'un individu rationnel et autonome dans la gestion de sa maladie. Cette distinction sociale n'est pour autant pas le seul élément explicatif ; il est en effet nécessaire de prendre également en considération temporalités, trajectoires et significations de la maladie. Pour ce qui concerne les temporalités courtes, celles de la prise en charge dans la clinique, une première phase de « dépouillement biographique » est par exemple généralement observable ; phase plus ou moins longue pendant laquelle l'investissement des ateliers et de l'APA en particulier est limité. A ce moment, la clinique est d'abord un espace où souffler et se reposer (Langlois, 2013⁹⁸). L'engagement comme le désengagement doivent ainsi être appréhendés de manière processuelle ; et de manière non évolutionniste. « Le dégageant se présente comme la capacité d'un individu à agir dans une situation donnée, en produisant une manière singulière de mettre en forme, par un usage personnel, des règles et des repères reconnus par tous » (Lefèvre, Marsault, 2021⁹⁹).

La perception de cette mise en mouvement crée d'ailleurs d'importantes inégalités d'accès aux ressources de l'institution, dont les résident.es ont plus ou moins conscience. Leur trajectoire de soin est en effet en partie modulée par ces effets (obtenir davantage d'accès aux ateliers voire à d'autres institutions). L'APA, vraisemblablement à l'instar d'autres ateliers, peut alors être considérée comme une activité sentinelle, ayant aussi fonction de surveillance de l'implication thérapeutique des résident.es. Cette activité est en effet corrélée par l'ensemble des professionnels de santé comme une preuve de l'engagement dans les soins.

⁹⁶ McLean K., (2015). From responsible users to recalcitrant dope fiends : Mapping modes of engagement with harm reduction, *Addiction Research & Theory*, 23 (6), pp.90-498.

⁹⁷ Schmitt F., Jauffret-Roustide M., (2018), Gouverner par autocontrôles ? La réduction des risques auprès des usagers de drogues, *Terrains & travaux*, 32(1), p.55- 80.

⁹⁸ Op. cit.

⁹⁹ Lefèvre L., Marsault C., 2021, Les dégageants silencieux des adolescents obèses à l'épreuve des normes corporelles en Éducation physique, *SociologieS* [En ligne]. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/16033>.

L'APA active alors des marqueurs de distinction sociale par le soin, ou au contraire renforce la résignation et l'érosion du sentiment de prise en charge.

Une entrée par les expériences sportives et leur influence sur les formes d'appropriation de l'APA semble ici intéressante. D'abord parce qu'elle permet d'analyser finement la mise en jeu du capital culturel et aussi parce qu'elle interroge la confrontation des dispositions sportives des patients avec les propositions d'APA en cure. Le sport est ainsi une entrée intéressante pour saisir le parcours biographique des individus par-delà le parcours de soin et les pratiques de consommations. C'est l'orientation qui a été privilégiée dans la troisième partie.

III. L'appropriation différenciée de l'APA par les patients « sportifs »

Cette troisième partie se focalise sur les patients que nous nommons « sportifs » pour interroger l'effet de leurs expériences corporelles préalables (sportives, somatiques, de soin, de consommation) sur la manière dont ils vivent et pratiquent l'activité physique dans un modèle de soin. Nous travaillons ici à saisir les pratiques de l'APA « au croisement des propriétés sociales des acteurs et des propriétés sociales des contextes dans lesquels ils inscrivent leurs actions » (Darmon, 2006(1)¹⁰⁰). Nous appréhendons les déclinaisons de l'APA dans les deux cliniques comme des contextes dans lesquels les patients sont amenés à activer ou inhiber des dispositions corporelles spécifiques, en considérant leur transférabilité ou leur concurrence avec le contexte de l'APA. Les propositions de l'APA en cure se confrontent aux rapports au sport (des modalités de pratiques physiques, la dimension corporelle et ses limitations), aux rapports au soin (le travail généré, la vie en cure et le parcours de soin) et aux rapports au corps socialement situés des patients. Considérer les intérêts de l'APA, percevoir les effets du travail du corps et sa récupération physique, s'investir dans les propositions d'APA qui sont rencontrées exige des ressources que nous envisageons comme des dispositions spécifiques structurantes d'une culture du corps et du soin. Pour le dire d'une autre manière, nous appréhendons les conditions sociales d'appropriation des normes, des valeurs et des pratiques de l'APA construites dans, par et pour le soin. Cette perspective relie les ressorts de la pratique d'APA et l'impact des socialisations passées (Forté, 2021¹⁰¹). Nous considérons en effet que l'appropriation de

¹⁰⁰ Darmon M. (2006) *La Socialisation*, Paris, Armand Colin, 3ème édition.

¹⁰¹ Op.cite

l'APA s'explique en partie au travers des expériences sportives préalables (Jacolin Nackaerts, 2018 *op.cit.* ; Knobé, 2019 *op.cit.*) et plus largement dans des expériences corporelles (qui comprennent celles de la maladie) appréhendées dans une socialisation plurielle (Lahire, 2012¹⁰²) par la famille, les clubs sportifs, le sport de haut niveau ou encore le soin et la consommation de psychotropes. En toile de fond, nous montrons que les dispositions façonnées par ces socialisations composent un ensemble de capitaux inégalement distribués parmi les patients (Bourdieu, 1994¹⁰³ ; Coulangeon, 2012¹⁰⁴).

Dans une première partie, nous montrons la manière dont les pratiques sportives au cours des socialisations préalables participent à façonner et faire évoluer des rapports aux corps et à la pratique physique différents et socialement situés. Nous identifions deux groupes de patients qui se distinguent par leurs pratiques intensives ou au contraire plus hédonistes. Dans une deuxième partie, nous tentons d'expliquer les fluctuations de l'investissement des patients en APA au regard de leur dispositions sportives spécifiques. Les attentes dans chacun des groupes de patients se confrontent alors à des propositions d'APA différentes selon les cliniques.

Qu'est-ce qu'un patient sportif ?

Nos enquêtés, identifiés comme « sportifs », se distinguent des autres patients par leur pratique régulière de l'APA et surtout par leurs pratiques sportives autonomes au sein de la clinique, hors des séances dédiées. Tous, comme nous le montrons, se sont adonnés, de manière plus ou moins intensive, au sport dans leur enfance, et souvent plus tard à l'âge adulte. Ils se présentent d'ailleurs comme des sportifs ou des personnes hyperactives¹⁰⁵. Ainsi, 10 patients sur les 34 de notre corpus répondent à cette catégorie de « sportifs ». Deux femmes seulement sont concernées, ce qui n'est pas sans lien avec le fait que les femmes de

¹⁰² Lahire B. (2012), *Monde pluriel*, Paris : Seuil

¹⁰³ Bourdieu P. (1994) Stratégies de reproduction et modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 105, décembre. Stratégies de reproduction et transmission des pouvoirs. pp. 3-12; doi : <https://doi.org/10.3406/arss.1994.3118>

¹⁰⁴ Coulangeon P. (2011), *Les Métamorphoses de la distinction. Inégalités culturelles dans la France d'aujourd'hui*, Paris, Grasset

¹⁰⁵ Nous avons choisi de considérer les expériences d'AP auto-organisées en élargissant la définition du sport aux pratiques physiques non institutionnalisées, réalisées en autonomie et entre pairs. Ce choix nous permet de les rendre visibles et d'en considérer les effets sur l'appropriation de l'APA. De plus, ces pratiques différentes et ce qu'elles produisent rendent compte plus finement des rapports de classe qui pèsent sur les manières de signifier et de vivre l'APA.

notre enquête témoignent bien davantage que les hommes d'une absence d'expérience sportive ou d'expériences anecdotiques¹⁰⁶.

Cette catégorie de sportifs se divise en deux groupes, dont les différences de rapports au corps et au sport sont structurantes de leur appropriation de l'APA. Le premier groupe s'identifie autour de pratiques sportives intensives et d'un rapport au corps fonctionnel. Le second se caractérise par des pratiques sportives plus hédonistes et un rapport au corps davantage pensé dans sa dimension sanitaire. Nous analysons alors dans les récits, des définitions de l'APA et de ses effets qui sont contrastés selon l'appartenance sociale des patients mais également selon la trajectoire de consommation de psychotropes et de soin. Plus loin, nous appréhendons un troisième groupe de sportifs (cf. IV), pour lequel l'effet du parcours de soin, ces patients cumulant les cures et les rechutes. Si le processus d'éloignement du sport s'observe chez la majeure partie de ces patients, celui de l'éloignement de l'APA, voire de son rejet semble être plus rare.

Tableau récapitulatif des propriétés sociales des « sportifs »

Patient	Age	Emploi	Diplôme	Consommations	Nbre de cure	Types d'AP et période de pratique	Lieu de la cure
Ali	54 ans	Plombier chauffagiste employé	CAP	Alcool + cannabis	3 ^{ème} depuis 10 ans	Boxe et rugby Jusqu'à récemment	Villedusud
Will	34 ans	Sans emploi (restaurateur)	BEP vente	Poly consommation	1 ^{ère}	Multiplés durant l'enfance et l'adolescence	Villedusud
Nicolas	28 ans	Boulangier employeur	Bac pro	Cocaïne	1 ^{ère}	Multiplés, tennis de table en compétition, interruption depuis le confinement	Villedusud
Lionel	50 ans	Sans emploi	BTS commerce international + deug	Alcool	>10 depuis 15 ans	Multiplés jusqu'à la fin de l'université, puis plus éparées.	Villedusud
Camille	33 ans	Sans emploi	Brevet	Poly consommation	>5 depuis 10 ans	Football en compétition, interruption à la suite d'une blessure tentative de reprise	Villedusud
Lilian	30 ans	Metteur au point	Bac+2	Cocaïne	1 ^{ère}	Karting en haut niveau. Pratiques	Villedusud

¹⁰⁶ Ces différenciations sexuées des pratiques sportives sont également largement mises en évidence par la littérature (Fontayne, 2001). Il faut toutefois noter que l'écart entre homme et femme se resserre (NJEP, ministère des sports, CRÉDOC, Baromètre national des pratiques sportives, 2018, 2020, 2022). Fontayne P. & al. (2001). Les pratiques sportives des adolescents : une différenciation selon le genre. Staps. No 55. De Boeck Supérieur. p. 23-37.

		(technicien)				importantes encore actuellement	
Kamal	39 ans	Vendeur cuisiniste	Bac professionnel	Alcool + cannabis	2 ^{ème}	AP autogérée dans l'enfance. Muscultation, course à pied Alterne périodes de pratiques intenses selon consommation	Villedunord
Frédéric	44 ans	Dir. Adj. De café	Non communiqué	Alcool	postcure à la suite d'une 1 ^{ère} cure	Multiples	Villedunord
Aliya	37 ans	Sans emploi Esthéticienne	BEP	Alcool	Nbreuses	Boxe et salle de sport Arrêt depuis consommation intense	Villedunord
Franck	49 ans	Ouvrier	CAP	Poly consommation	2 ou plus	Foot, Natation	Villedunord

1. Des rapports aux sports, produits d'une socialisation plurielle et des expériences corporelles de la consommation

Les expériences sportives préalables sont une entrée intéressante pour interroger l'impact des biographies sur la façon de considérer le corps et le sport. Les patients de notre corpus considérés comme « sportifs » se caractérisent par leur appartenance à la classe moyenne basse et à différentes fractions des classes populaires représentatives de la majeure partie des patients des cures que nous avons ethnographiées (cf. tableau récapitulatif des propriétés sociales des sportifs). Les effets des pratiques de consommation de substances peuvent parfois expliquer cette homogénéité et particulièrement le déclassement social que certains patients ont pu connaître, conséquences de la maladie et du parcours de soin¹⁰⁷ (Druhle, *op. cit.*). Revenir sur la trajectoire sportive de ces patients permet alors d'analyser l'influence de la classe sociale et des effets de mobilité sur leur rapport au corps (Boltanski, *op.cit.*) et au sport. Nous déclinons ici deux types de pratiques sportives et donc de pratiquants. Le premier groupe de sportifs se caractérise par la valorisation de l'effort physique opérant dans la stabilisation de leur position sociale. Le deuxième investit le sport de façon plus hédoniste

¹⁰⁷ La maladie reconnue implique pour ces patients d'être adressé vers la clinique psychiatrique. Cet adressage participe également au déclassement social de ces personnes.

favorisant l'enrichissement du capital culturel¹⁰⁸ par un « capital culturel de santé » (Shim, 2010 *op.cit.*).

a. Les activités physiques autorégulées et compétitives reflet d'un rendement intensif du corps

Dans ce premier groupe de patients sportifs, l'un d'entre eux a connu une carrière sportive de haut niveau, trois autres rendent compte de pratiques sportives auto-organisées¹⁰⁹ dans l'enfance, activités de loisirs marquées par une inscription dans les quartiers populaires (Vieille Marchiset & Gasparini, 2010¹¹⁰) et structurantes de dispositions différentes de celles des clubs sportifs. Deux d'entre eux ont en outre connu des pratiques sportives en club (cantonnées au rugby et à la boxe). Bien que les modalités de pratiques sportives soient hétérogènes, le goût de l'intensité, de l'effort physique et du rendement est marqué chez ces individus, en partie façonné par des socialisations sportives enfantines.

Ali, Kamal et Aliya sont issus de quartiers populaires et appartiennent à des catégories sociales hétérogènes toutes marquées par des critères de précarité (économiques, matériels). Pour Ali et Kamal, leur position sociale s'est stabilisée par la préservation de leur emploi, malgré une précarisation périodique associée à leur consommation de substances. Aliya quant à elle conjugue des formes de vulnérabilités (précarisation économique, dégradation de son état de santé, maladies psychiques, isolement social, etc.) caractéristiques de l'instabilité des fractions les plus basses de la classe populaire. Ces trois patients se sont adonnés à des activités physiques auto-organisées comme Kamal qui n'a jamais côtoyé de clubs sportifs dans son enfance bien qu'il en ait eu le goût, illustrant ici ce que Sarah Nicaise et coll. analysent comme « un marqueur de pauvreté » (Nicaise et coll., 2020)¹¹¹. Il rend compte des matchs de football organisés entre les jeunes de la cité. Ali aborde lui aussi ses expériences sportives pugilistes et footballistiques avec les jeunes du quartier. Certains comme Ali ou Aliya sont amenés à pratiquer en club au moment de l'adolescence. Ali distingue d'ailleurs la boxe qu'il pratique dans son quartier de son expérience du rugby en club. Il distingue ici des

¹⁰⁸ Nous considérons le capital culturel de façon élargie, à la lumière des travaux de Delphine Serre qui, tout en reconnaissant l'impact du niveau de diplôme, le décline également dans ses « composantes multiples (scolaire, linguistique, morale, etc.) » et dans ses dimensions « institutionnalisées et incorporées » (Serre, 2012). Ceci permet de considérer la mobilisation d'un certain capital culturel en santé chez des individus qui ne se distinguent pas par leur niveau d'étude. Serre, D. (2012). Le capital culturel dans tous ses états. Actes de la recherche en sciences sociales, 191-192, 4-13. <https://doi.org/10.3917/arss.191.0004>

¹⁰⁹ Pour la définition cf. nbp 105.

¹¹⁰ Vieille Marchiset, G. & Gasparini, W. (2010). Les loisirs sportifs dans les quartiers populaires : modalités de pratiques et rapports au corps. *Staps*, 87, 93-107. <https://doi.org/10.3917/sta.087.0093>

¹¹¹ Nicaise, S., Mennesson, C. & Bertrand, J. (2020). Les inégalités sociales de santé dès la petite enfance : le rôle du sport. *Empan*, 118, 22-31. <https://doi.org/10.3917/empa.118.0022>

types de sports mais également et plus précisément des types de pratiques relevant de la situation des clubs auxquels il adhère : le rugby le fait sortir de son quartier d'origine, quand la boxe l'y maintient. Son entrée dans le rugby est d'ailleurs vécue comme une opportunité, une chance sur une sollicitation d'un entraîneur, intéressé par ses capacités physiques. Cette explication rend compte de la forte distance avec les sports institutionnalisés et extérieurs au quartier. Elle montre aussi que l'adhésion à ce type de pratique est liée à des effets d'opportunités. Lilian quant à lui est issu de la classe moyenne et investit le karting à haut niveau. Le rendement intensif du corps se décline ici par la mobilisation de dispositions ascétiques dans la suractivité des activités physiques. Il conjugue les entraînements, la préparation physique et les compétitions le weekend avec les temps scolaires opérant une socialisation par l'emploi du temps¹¹² (Julla Marcy et coll., 2017¹¹³).

La pratique sportive de ces enquêtés à l'âge adulte est déterminée par la performance, la fréquence quotidienne de leur activité physique et son niveau d'intensité élevé. L'implication du corps dans des activités intensives est valorisée moralement et sert des enjeux identitaires forts. Ces patients se présentent comme des sportifs et rendent compte de leur activité en détaillant les pratiques ou, comme Ali, en se levant et rejouant les scènes sportives au cours de notre entretien. Par exemple, Kamal recense les multiples entraînements qu'il conjugue à son activité professionnelle et à son quotidien familial. Il s'entraîne à la course à pied en réalisant des exercices fractionnés avec un groupe de coureurs (une pratique en dehors des clubs). Il est inscrit dans une salle de gym en parallèle. Par ailleurs, il se rend au travail en courant, un trajet de 2h, reconnu pour sa difficulté dans une zone vallonnée. Le sport semble une des dernières sphères qui leur permettent de rendre compte du maintien d'activité en dehors de leur activité professionnelle, surtout lorsque la consommation croît.

La recherche de performance se conjugue à une logique de compétition pour Lilian qui pratique le sport à haut niveau et pour Ali qui a connu longtemps les tournois rugbystiques et les combats de boxe. Néanmoins, la dimension compétitive n'est pas en première ligne des récits qui définissent le rapport au sport. Celui-ci est bien plus reliée à l'appréciation des sensations de confort procurées par l'extériorisation d'une quantité d'énergie lors d'un effort intense. Il est constitutif de leur identité nécessitant de maintenir une certaine forme physique, mais aussi une esthétique du corps. Chez ces quatre enquêtés se déclinent en effet ces

¹¹² Cette notion rend compte du caractère cumulatif des activités et de sa dimension organisée, structurée, cloisonnée.

¹¹³ Julla-Marcy M., Burlot F., Le Mancq F. (2017) « Socialisations temporelles dans le sport de haut niveau », *Temporalités* [En ligne], 25

dimensions esthétiques et physiques que Vieille Marchiset et Gasparini analysent comme « les effets des cultures de masse et de l'individualisme contemporain » (Vieille Marchiset & Gasparini, *op. cit.*). Pour exemple, dans les moments de grande vulnérabilité consécutifs de périodes de forte consommation d'alcool, Ali et Kamal maintiennent partiellement leur activité physique, de manière réduite, et sous forme de rituels, sans leur reconnaître une portée sportive. Ils font tous deux des pompes ou du shadow (exercice de boxe sans adversaire) avec le souci de parer au déclin de leur corps vécu comme un stigmate. C'est d'ailleurs le constat de leur affaiblissement et leur volonté de lutter contre cette dégradation de leur corps qui les pousse à entrer en cure. La préservation de leur condition physique – souvent appréciée par sa force (Boltanski, *op.cit.*)¹¹⁴ - relève aussi de la volonté de maintenir une certaine réputation. Le palmarès sportif d'Ali est reconnu par les habitants de la ville où il réside. En comparaison de l'autre groupe de patients, ceux-ci ont d'ailleurs moins subi les conséquences physiques de leur consommation. Seule Aliya interrompt toute pratique sportive lorsque sa consommation d'alcool augmente drastiquement.

Quant à Lilian, ancien sportif de haut niveau, il pratique le karting jusqu'à ce que la carrière professionnelle qu'il ambitionnait soit contrariée faute de pouvoir s'engager dans de coûteux investissements technologiques. Il connaît alors un arrêt brutal de son activité qu'il comble en pratiquant du triathlon. L'investissement dans une pratique *a priori* considérée comme exigeante est pourtant dépeinte par cet enquêté comme insuffisante pour retrouver les sensations d'adrénaline qu'il a connues en compétition de haut niveau.

Pour ces 4 patients, consommation de substance et pratique sportive sont intimement liées. Lilian relie la disparition de la « gratification » (Aquatias, 2001¹¹⁵) à la fin de la carrière sportive avec la réalisation d'expériences festives où il est amené à consommer de la cocaïne dont les effets lui permettent de retrouver des sensations d'adrénalines perdues depuis l'arrêt de sa carrière. Les autres patients relatent une consommation intensive et prolongée qu'Aquatias présente comme tolérée voir convenue dans certains cadres sportifs faisant le lien avec ce qu'Ali décrit des consommations d'alcool dans son club de rugby, un cadre de

¹¹⁴ Kamal a été parmi les plus touchés et décrit cette routine de consommation qui prend le pas sur la vie quotidienne. Néanmoins, son discours relate factuellement sa résistance à ce qu'il se représente comme le déclin de son mode de vie. Il connaît une AP prolongée entre deux cures et entre dans cette deuxième cure lorsque sa consommation interfère avec son travail et la garde de ses enfants.

¹¹⁵ Aquatias Sylvain. Activités sportives et production des émotions. Esquisse d'une analyse des usages de produits psychoactifs dans le sport et hors le sport . In: Les Cahiers de l'INSEP, n°30, 2001. Dopage et société sportive. pp. 83-115; doi : <https://doi.org/10.3406/insep.2001.1597>

désinhibition encouragée par l'institution (Boubal et coll., 2022)¹¹⁶. Ces deux pratiques de consommation servent la reproduction des émotions ou la désinhibition (Aquatias, *op. cit.*). Dans certains cas, les occasions de consommer peuvent nuire aux routines sportives, comme lorsque Kamal explique avoir préféré boire un verre avec des connaissances qui consomment à côté du lieu où il s'entraîne, ce qui l'amène à creuser une distance avec les autres coureurs et réduire sa pratique sportive collective¹¹⁷. Ces patients distinguent en outre les différentes substances qu'ils consomment selon les conséquences éprouvées sur leur mode de vie. Ainsi, Kamal et Ali consomment du cannabis quotidiennement depuis l'adolescence tout en pratiquant du sport et réalisant les activités de la vie quotidienne. Cet usage est d'ailleurs peu questionné dans le cadre de la cure. C'est leur consommation d'alcool qu'ils jugent problématique car elle interfère avec les sphères de vie et limite particulièrement leur condition physique. C'est le corps qui fait signal d'alerte.

Cette dimension de l'activité sportive intensive et orientée vers la performance se retrouve particulièrement chez ce groupe d'enquêtés issus des quartiers populaires ou qui a connu le sport de haut niveau, laissant percevoir la construction d'une nécessité de l'effort physique dès l'enfance et qui se poursuit à l'âge adulte. Cette conception se différencie d'un autre groupe aux pratiques plus hédonistes plutôt caractéristiques des patients sportifs des classes moyennes et populaires culturelles.

b. Pratiquer de multiples sports : un arrangement entre rigueur et hédonisme

Le deuxième groupe de sportifs se constitue de trois patients qui ont investis des activités sportives nombreuses et très diversifiées dans l'enfance. Rigueur et hédonisme se conjuguent dans leur trajectoire sportive et leurs expériences corporelles spécifiques. Les trois enquêtés connaissent un déclassement social à un degré toutefois différent et plus ou moins subi. Leur profession traduit d'abord une trajectoire sociale descendante par rapport à la génération de leurs parents¹¹⁸. Leur consommation de substances considérable et l'entrée à la clinique

¹¹⁶ Boubal C., Le Henaff Y. Bonnet C. Organiser les consommations d'alcool au club : le cas du rugby. Colloque international les enjeux des jeux Montpellier, Déc 2022.

¹¹⁷ Il poursuit la course à pied en autonomie même dans les moments où il boit quotidiennement et de façon intensive.

¹¹⁸ Les parents de Nicolas sont tous deux Maîtres de conférences, lui est préparateur en boulangerie après son baccalauréat professionnel. Le père de Will est ingénieur au CNES et sa mère directrice d'EHPAD, lui est serveur dans la restauration après avoir été cogérant d'un restaurant.

induisent un déclassement supplémentaire¹¹⁹. Cette mobilité de classe s'accompagne d'une évolution des significations de leur pratiques physiques et de la diminution de leurs activités sportives en termes d'intensité et de fréquence.

Les activités physiques enfantines relevées par ces enquêtes traduisent donc une provenance de classe économiquement et culturellement favorisée, investissant le ski, la plongée sous-marine ou encore le tennis. Will et Frédéric ont cumulé les licences sportives sur les encouragements de leurs parents qui érigent les activités extrascolaires et particulièrement sportives en véritable enjeu éducatif. Leurs parents pratiquent eux-mêmes des activités sportives à un niveau de performance et de fréquence élevé¹²⁰. Dans ces deux récits, l'absence de sport est inenvisageable au sein de ces familles qui revendiquent « un goût de l'action qui constitue l'un des éléments de la figure de l'individu entrepreneur » (Boltanski & Chiapello, 1999)¹²¹. En effet, plus particulièrement chez Will, les attentes familiales se caractérisent par leurs dimensions compétitive et obligatoire, qu'il vit comme une contrainte tant il se perçoit à côté des assignations de genre¹²² que donne à voir l'injonction parentale (Bertrand, Menesson, Court, 2014)¹²³, soit une masculinité viriliste qui passe par l'esprit de compétition et l'athlétisation des corps. Par exemple, au même titre que l'ensemble de la famille, Will se soumet à la pesée hebdomadaire organisée par son père. Pour la famille de Nicolas, les AP représentent un enjeu éducatif propre à la découverte de soi et à la responsabilisation, mais lui-même se présente comme un compétiteur avec un palmarès de champion régional de tennis de table qui semble moins relevé d'une ambition parentale que de sa socialisation sportive en club. La dimension compétitive est d'avantage structurée par la volonté de se distinguer dans cette sphère, lui qui ne comptabilise pas de bons résultats scolaires¹²⁴. Ainsi, l'enfance de nos enquêtés est structurée autour d'activités encadrées encouragées et qu'ils diversifient en changeant régulièrement. Nicolas bien qu'il décrive une appétence pour la

¹¹⁹ Nicolas quitte Paris à la suite d'une rupture sentimentale douloureuse et s'installe chez ses parents. Il est actuellement en arrêt maladie à son entrée à la clinique Villedusud.

¹²⁰ Le père de Will a connu une carrière professionnelle dans le rugby à XIII, sa mère est inscrite en salle de gym et s'y rend quotidiennement. Will la décrit comme athlétique et se souvient des samedis passés à la garderie de la salle de sport pendant qu'elle s'entraîne. Kamal décrit lui aussi ces parents comme très sportifs et les vacances sont rythmées par les activités physiques (ski alpin, plongée, natation)

¹²¹ Boltanski L, Chiapello E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard, 843p.

¹²² Dès 5 ans il pratique la natation, l'athlétisme (sports de compétition) « moi je ne suis pas à l'aise dans la compétition si je fais un truc c'est par plaisir, du coup euh je changeais tout le temps » ; judo, équitation, trampoline, danse moderne-jazz (14 à 16 ans) ». Il rejette particulièrement le rugby qu'il décrit comme un lieu de violence et de machisme dans lequel il ne s'identifie pas, lui qui déjà très tôt se questionne sur sa sexualité et ses goûts pour les activités à connotation féminine comme la danse.

¹²³ Bertrand, J., Menesson, C. & Court, M. (2014). Des garçons qui n'entrent pas dans le jeu de la compétition sportive : les conditions familiales d'une atypie de genre. *Recherches familiales*, 11, 85-95. <https://doi.org/10.3917/rf.011.0085>

¹²⁴ Ces parents lui « proposent » des activités et le choix du club se fait en fonction de la proximité du domicile.

compétition ne maintient pas son investissement en tennis de table ou encore en football. Il semble composer entre des dispositions compétitives entretenues dans certains clubs et mobilisées à des moments précis (football américain, tennis de table) et avec son envie de diversifier ses pratiques dans une perspective de découverte qui semble plébiscitée par l'éducation familiale. Les trois patients de ce groupe se présentent tous en deçà des attentes familiales. Frédéric et Will parce qu'ils sont peu combatifs, Nicolas décrit quant à lui un niveau scolaire limité (souvenons-nous que leurs parents se répartissent aux sommets des deux pôles économique et/ou culturel dans l'espace social). Initiée en club ou par l'éducation familiale, tous retiennent néanmoins l'acquisition d'une certaine « rigueur », et d'un goût de l'effort, caractéristiques des classes sociales dont le pôle économique est particulièrement favorisé (Mennesson, 2016)¹²⁵.

Deux des enquêtés, Will et Frédéric, ont la particularité de rejeter la dimension compétitive et le dépassement de soi pourtant constitutifs des attendus familiaux alors que Nicolas compose avec. Au moment de l'adolescence et à mesure que Will s'émancipe du carcan familial, il investit des sports individuels et à connotation culturelle comme la danse. Frédéric poursuit des activités comme l'équitation à l'internat ou la plongée sous-marine en vacances, qu'il interrompt à un moment qu'il identifie comme le passage à l'âge « adulte ». Il poursuit la boxe et la natation plus tardivement par « curiosité » et sans volonté de performance.

Le niveau de ressource économique fluctue chez ces trois enquêtés générant des expériences structurantes d'une socialisation à la pauvreté plus ou moins volontaire, jusqu'à vivre des expériences de grande précarité pour Will et Frédéric. Cette mobilité descendante s'accompagne peu à peu de la mise à distance des activités sportives pour ces deux derniers. L'augmentation consécutive de la consommation de substance et les périodes de confinements durant la pandémie du COVID sont aussi des éléments qui favorisent cette distance. Tous trois occupent des métiers de service ou d'artisanat dans le milieu alimentaire. Nicolas est boulanger, Frédéric et Will ont été serveurs, puis responsable de salle ou gérant de restaurant. Ces deux derniers indiquent compenser l'absence de sport par ce qui semble être un quota de dépense énergétique calculé sur la base du nombre de pas garantissant le maintien d'une activité. Tous deux indiquent avoir connu une réelle descente aux enfers. Leur consommation, et les conséquences de celles-ci et notamment la mise en retrait du monde du travail (lié au Covid particulièrement pour Will et Nicolas), les a conduits à dépenser toutes

¹²⁵ Mennesson, C., Bertrand, J. & Court, M. (2016). Forger sa volonté ou s'exprimer : les usages socialement différenciés des pratiques physiques et sportives enfantines. *Sociologie*, 7, 393-412. <https://www.cairn.info/revue--2016-4-page-393.htm>.

leurs économies (une dizaine de milliers d'euros chacun). Frédéric perd son logement. Will augmente drastiquement sa consommation diversifiée des drogues qu'il conjugue à des pratiques sexuelles extrêmes (chemsex). Il connaîtra également des expériences en tant que travailleur du sexe et acteur de film pornographique. Les trois sportifs âgés de 44, 34 et 28 ans sont en dessous de la moyenne d'âge des enquêtés qui est de 45 ans, et plus globalement de celle de la population des centres observés. C'est d'ailleurs leur première expérience de soin dans un service d'addictologie en cure.

Pour les patients sportifs, dont les dispositions sont constitutives d'un rapport instrumental au corps (Boltanski, 1971 *op.cit.*), et qui se traduit par la réalisation d'efforts physiques intenses et fréquents, l'entrée en cure pare à l'altération du corps et vise à garder la maîtrise d'un mode de vie dans lequel la réputation est importante. Pour le groupe qui se caractérise par un rapport au sport hédoniste, la consommation de substances semble revêtir des conséquences plus importantes et pour qui le déclassement vis-à-vis de leur origine sociale ne semble pas subi en première instance. C'est la perte d'identité qu'ils relatent qui participe à leur entrée dans la clinique. Les patients sportifs ont néanmoins en commun une certaine exigence du corps déclinée selon leur rapport à l'effort physique. Pour le premier groupe, l'effort intense et la force sont valorisés. Le deuxième valorise la dimension introspective de ces expériences sportives plus que son rapport performatif. Ces dispositions corporelles s'actualisent alors dans le cadre de l'APA en cure qui, nous l'avons montré, redéfinit les contours des activités sportives par une dimension sanitaire et éducative.

2. L'appropriation de l'APA en cure au regard de la variation de ses déclinaisons

La particularité de notre enquête porte sur la variation des façons de vivre l'APA en considérant l'évolution des pratiques d'activités physiques tout au long de la cure, à mesure que le corps récupère de ses dégradations. L'évolution de l'investissement (des ressorts de la participation, s'entraîner, se défouler, se réaliser) des patients sportifs en APA prend sens quand on analyse dans un même mouvement le contexte de l'APA dans lequel ils sont plongés et leurs dispositions corporelles. Ce qui distingue les pratiques d'APA entre les deux groupes de sportifs semble moins relatif à la nature des activités physiques proposées dans la clinique qu'à la manière dont ils se saisissent « de la forme scolaire » (Darmon, 2021 *op. cit.*) déclinée dans l'APA où toute expérience sociale se doit d'être un processus d'éducation, une occasion d'enseigner ou d'apprendre. A ce titre, l'ensemble des sportifs se présentent

néanmoins comme de « bons patients »¹²⁶ par leur participation et leur assiduité dans les activités : une présence valorisée dans le parcours de soin comme nous l'avons déjà évoqué¹²⁷. Pour les soignants, l'investissement en APA est ici associé de façon positive au travail à se soigner. Dans un premier temps, on note toutefois des éléments distinctifs du travail en APA entre les deux groupes qui se traduit par l'intensité des pratiques physiques, la restitution des messages diffusés par les EAPA et la configuration collective ou plus individuelle des activités à l'intérieur comme à l'extérieur de la salle. Dans un deuxième temps, nous verrons que l'évolution des pratiques d'APA en cure se distingue entre les patients qui pourtant connaissent des pratiques similaires (dans chacun des deux groupes). C'est bien le contexte dans lequel ils agissent qui induit des modes d'appropriation différents.

a. Les ressorts d'une réathlétisation du corps : s'entraîner dans le dispositif d'APA

Au sein de l'établissement de soin, la pratique des patients sportifs du premier groupe se caractérise par la reproduction d'un niveau d'intensité physique considérable – en termes de fréquence, de durée, de contraintes (charges), etc.— ce qui est présenté par beaucoup comme une parade à l'ennui dans ces institutions. En plus des activités encadrées, ils s'engagent généralement dans une pratique plus autonome et solitaire dans leur chambre. Kamal accomplit ainsi quatre entraînements quotidiens après 15 jours de cure. Un seul est réalisé sous la surveillance de l'enseignant APA. Ali lui aussi s'entraîne dans sa chambre : « *c'est devenu la routine, je fais mon truc c'est de la routine, tu vois ça je peux le faire en chambre et en forçant davantage. Ah ben ouais, je le fais, je le fais en chambre différent je fais des abdos du boxeur, je me fais du shadow en chambre devant la glace, je me regarde tu sais, je boxe dans le vide* » (Ali).

Kamal insiste quant à lui sur la nécessité de s'entraîner. « *J'ai besoin d'exercice j'en ai besoin, je veux pas rester enfermé comme ça dans une chambre, ... la télé pour voir la TNT qu'est-ce que j'en ai à foutre, de toi à moi franchement, mais euh non moi il me fallait il me fallait de l'exercice... là aujourd'hui j'ai pas pu en faire je suis énervé parce que j'ai eu trop de rendez-vous, j'ai pas pu aujourd'hui mais ce soir je vais quand même faire mes pompes quoi qu'il en soit je vais faire mes pompes euh je ferai mes exercices* » (Kamal).

¹²⁶ Ils se distinguent par leur investissement conséquent en APA qui peut être généralisé aux autres activités de la clinique comme pour Kamal, ou qui reste au contraire exclusivement centré sur l'APA comme pour Ali.

¹²⁷ La présence est d'ailleurs communément reconnue dans le milieu scolaire (Darmon, 2001) comme dans le soin (Darmon, 2021 *op. cit.*) comme un élément qui participe à différencier les « bons élèves » et dans notre cas, les « bons patients ».

Tous deux mettent rapidement en place des routines sportives qui s'appuient sur leurs expériences antérieures avec la particularité de réaliser ces activités en solitaire alors même que des groupes se constituent pour pratiquer. Kamal et Ali sont d'ailleurs enclins à se distinguer des patients jugés moins investis et pointent particulièrement l'écart avec les générations plus jeunes. Ali, par exemple, est dubitatif quant aux comportements de jeunes de quartier populaire dans la clinique. *« Le bas, le bas¹²⁸ je peux plus le voir je veux rester en haut avec les anorexiques les jeunes filles elles ont un truc elles rigolent bien elles jouent de la musique. En haut il y a des caméras et tout ils voyaient, et en bas ils se croient cachés il y a plus de place. C'est pour ça là, là en haut c'est tranquille. Il y a que des bons. » (Ali).*

Ces routines sportives et la sélection qui s'opère dans les fréquentations entre patients sont particulièrement révélatrices d'une « bonne volonté sanitaire » caractéristique des classes populaires stabilisées (Arborio et Lechien. 2019 *op.cit.*). Plus largement, la cure est un espace dans lequel Ali connaît l'opportunité d'une mise à distance de son milieu d'appartenance et d'un rapprochement qui s'opère avec les classes plus favorisées. En effet, Ali fait référence à une certaine fracture sociale au sein de la clinique qui s'exprime dans la distribution de l'occupation de l'espace entre les étages¹²⁹. Le service du haut est essentiellement occupé par des jeunes femmes aux problématiques alimentaires et principalement d'anorexie que l'on retrouve plutôt chez les femmes de classes supérieures.

Les patients du premier groupe considèrent aussi leurs expériences sportives passées comme un atout pour la réussite du sevrage. Entre les cures, le sport est envisagé pour compenser, voire remplacer la consommation ; et donc comme à même de convertir une addiction jugée négativement par une autre aux significations plus positives. Aliya se présente comme *« addict au sport [...] mais je me sens mieux, c'est pour ça que je cours tous les matins parce que ça me réveille et euh et ça me fait du bien, ça me décompresse. Ça, je sais pas si... ça me distrait »*. Pour Lilian, *« le sport est une meilleure addiction que la drogue »*. Lilian, ancien sportif de haut niveau explique cette double inversion de l'addiction. *« Ouais, je l'ai vécu ouais. Du coup j'ai vraiment remplacé la drogue par le sport. Et là maintenant je suis en train de faire le contraire »*.

D'autres considèrent également leur capacité à mobiliser l'APA grâce à leurs connaissances des exercices, produit de leur passé sportif. Tous les quatre sont attentifs à la progression de

¹²⁸ La clinique est divisée en 2 espaces : en bas, l'addictologie, en haut la prise en charge des troubles de l'alimentation, et de l'anorexie en particulier.

¹²⁹ En haut spécialisé dans les troubles de la consommation alimentaire et en bas dans le sevrage de substance.

leurs performances « sportives » qu'ils tentent d'ailleurs de mesurer. « *Le but c'est de montrer... c'est d'évoluer* » (Ali). Kamal constate les effets de l'entraînement sur sa prise de poids avec satisfaction en prenant par exemple 15 kg en 15 jours.

Enfin, l'APA et les activités physiques parallèles permettent de rythmer le quotidien et de combler les temps vides et fréquents de la cure. Lilian en est un exemple particulièrement frappant. Une semaine après son arrivée, le rythme de ses journées se partage entre les prises de traitement, les temps d'apaisement où il en ressent les effets et les temps marqués par le manque qu'il comble avec du sport. « *Là en ce moment c'est ce qui se passe. Dès que je vais pas bien je vais faire du sport et ça passe. Sincèrement dès que j'ai la boule au ventre au lieu de prendre un médicament ben je vais faire du sport et ça passe... En fait si vous voulez on a des médicaments mais on a notre traitement par jour, 8h00-11h, 11h00-18h déjà c'est un laps de temps de 7h. En fait ils nous laissent à peu près je crois 2x7 heures une longue période sans sans médicaments. Donc on fait 8h-11h pour qu'on tienne, de 11h jusqu'à 18h pas de médicaments, et après de 18h à 22h00 donc ils enchaînent 2-2 fois* ». Sa façon précise de cadrer le temps et de le combler n'est pas sans rappeler la socialisation à l'emploi du temps vécue durant sa carrière de sportive.

Fluctuation de l'adhésion et confrontation à l'activité modérée

Les patients sont soumis à des propositions d'APA différentes selon le lieu de la cure (au sud ou au nord). La performance physique est envisagée par l'EAPA de Villedunord contrairement à ceux de Villedusud, plus attentifs au respect d'une activité modérée. Ces propositions différentes impliquent la valorisation de dispositions performatives ou, au contraire, les dévalorisent, les recadrent. Les patients de ce premier groupe connaissent alors une évolution différente de leur rapport à l'APA durant la cure.

A Villedunord, l'enseignant APA évalue la condition physique en plus de travailler sur la coordination motrice et l'équilibre, et laisse en outre une latitude importante aux patients pour pratiquer de façon autonome (la salle est par exemple ouverte à tous le weekend sans surveillance). Cet environnement permet à Kamal de considérer son niveau comme un repère dans le travail de réathlétisation. Encouragé par l'enseignant APA, il soulève plus de 90 kg au développé couché à peine une semaine après son arrivée à la clinique. Ceux qui ne recherchent pas de conseils spécifiques peuvent ainsi pratiquer indépendamment du cadre de la structure, comme Aliya qui saisit cette opportunité. Villedusud, à l'inverse, se caractérise par son cadre plus normatif. Les enseignants APA veillent à ne pas dépasser un seuil d'intensité modéré (qui se reflète dans les évaluations de la condition physique) et

conditionnent l'accès à la salle pour des activités autonomes à la participation régulière du patient aux ateliers collectifs encadrés. Cet ensemble de contraintes est subi par les patients sportifs aux dispositions performatives comme le fait remarquer Ali : *« tu sais le sport c'est individuel même si c'est un sport co même si c'est collectif c'est individuellement tu travailles, donc moi j'aurais besoin tu vois de de pouvoir me lâcher, de pouvoir si tu veux si tu progresses tu peux pas t'en rendre compte parce que c'est fade c'est comme ça tu vois ce que je veux dire... parce que l'activité elle est toujours au même niveau, elle est toujours au même niveau donc tu sais pas si tu montes tu sais pas... tu as rien pour te re pour te retrouver toi en exercice. »*

La manière de jauger de l'évolution de sa performance¹³⁰ pour Ali s'oppose à l'évaluation réalisée à Villedusud, centrée sur la récupération physique des effets de la consommation de substance¹³¹ : *« je suis professeur de boxe je te dis donc moi je suis obligé d'attendre les objectifs tu vois on fait du sport tout ça mais jamais ils t'ont pris la fréquence cardiaque, jamais, ils savent pas à combien tu es ils le voient pas, tu as des gens qui sont des fois à l'agonie ils sont... ils travaillent avec... ils sont dans le rouge quoi dans les exercices. Ils le voient pas tout ça, moi en tant que professionnel je le conçois tu vois... je fais du sport je pourrais faire tourner moi je vais te dire euh sans être gourmand entre 90 et 120 pulsations minutes tu vois être, être en...je pourrais monter en anala... analatique tu vois je pourrais me mettre anal... en anal... et voir le temps de récupération là jamais, il prend pas ton pouls il prend pas... moi pour moi c'est faussé... » (Ali)*

Ce discours intervient au moment de notre deuxième entretien, alors que les dégradations du corps s'estompent et qu'il récupère. C'est le cas pour nombre de patients qui se voient progresser et pour qui le seuil d'intensité ne permet pas de considérer « jusqu'où » ils peuvent aller. Le dispositif entre alors en contradiction avec leur définition du sport qu'ils associent au dépassement de soi, à la performance. Ces velléités démontrent d'abord une confusion dans leur interprétation du contexte de l'APA¹³². Ali vit difficilement la stagnation de sa performance résultante du cadre de ce dispositif d'APA, et est gagné par la lassitude vis-à-vis des activités proposées. Il fait part de sa volonté de sortir de la cure en espérant trouver un

¹³⁰ Ceci passe par des mesures de temps, de force et du rythme cardiaque, qu'il veut précises pour suivre son niveau de progression pensé dans une logique de performance poussant le corps dans ses capacités maximales.

¹³¹ L'évaluation de la récupération physique s'appuie sur des exercices d'intensité modérée, se concentrant sur le niveau de coordination, l'équilibre et la capacité à tenir un effort peu intense sur la durée. On y retrouve des parcours moteurs, le 6 minutes marche (attention ici on ne parle pas à un public de spécialistes !) et des exercices de balles à plusieurs.

¹³² Qui peut s'expliquer par la variation des propositions d'activités physiques adaptées par les EAPA eux-mêmes.

établissement qui place l'AP, tel qu'il l'entend, au centre des soins. L'AP thérapeutique est considérée de façon positive lorsqu'il s'agit de parer aux dégradations corporelles diverses. Elle n'est toutefois pas envisagée comme la garantie du maintien de leur état de santé. C'est d'ailleurs les recommandations sanitaires qui cadrent le dispositif qui impliquent leur volonté d'en sortir.

« Enquêtrice : Sur quoi tu t'appuies pour dire ça ? [que tu as atteint le niveau requis]

Ali : Ça aurait pu être mon expérience sportive euh après... Ouais parce que je parce que je me fais chier, je fais l'exercice et je me fais chier. Attends il te disent d'en faire 10 moi quand il parle j'en fais 15 tu sais... J'essaye de doubler de rajouter derrière voilà quoi c'est... j'ai besoin d'avancer quoi j'ai quand même...

Et tu es rentré tu avais la même forme physique quand tu faisais les exercices ?

Ali : « Non. Non non non ah non non non ah non non non et là il m'a remis c'est justement parce que il a bien bossé sur mon sur mon cas à moi mais après tu restes tout le temps sur le même niveau... »

Par ailleurs, Lilian et Ali (patients de Villedusud) connaissent à différents niveaux la nécessité de s'adapter à l'APA et rendent des comptes sur leur manière de pratiquer. Chez Ali ceci se traduit par l'idée d'un apprentissage nécessaire pour comprendre et tenter d'appliquer ces propositions de l'APA¹³³, lui qui se trouve en forme aujourd'hui. Il se voit autorisé à encadrer les autres patients dans les ateliers de boxe¹³⁴, à la condition de retravailler ses exercices jugés trop intensifs et trop techniques par l'EAPA. Il estime alors prendre une « leçon ». Lilian se voit également rappeler plusieurs fois ses absences en cours collectifs lorsqu'il vient s'entraîner à la musculation durant le temps libre (il préfère courir seul plutôt que se présenter aux cours collectifs).

Les variations d'appropriation de l'APA par ces patients, ou tout du moins la diversité des façons de vivre les différentes propositions qui leurs sont faites, éclairent leurs attentes et leurs dispositions communément marquées par la performance physique.

Il semble plus difficile pour qui recherche la performance d'adhérer à un dispositif qui les renvoient à leur condition de patient, mis à part dans une forme d'implication partielle qui relève de la volonté de bien faire (Arborio & Lechien, *op. cit.*). Les pratiques sportives

¹³³ Il ne considère d'ailleurs pas pertinent pour son cas de travailler son équilibre et sa coordination qui sont les deux propositions majeures de l'APA dans cet établissement.

¹³⁴ Il est entraîneur à l'extérieur et souhaite depuis longtemps ouvrir son propre club.

autonomes en cure se présentent alors comme des stratégies vers la réalisation de soi. Les patients aux pratiques plus hédonistes sont eux-mêmes confrontés à la variation des propositions de l'APA selon les cliniques. Ils mobilisent alors des dispositions bien spécifiques selon qu'ils se maintiennent par nécessité ou par cohérence avec la proposition de la structure de soin.

b. Une mise en mouvement du corps : se soigner et se redécouvrir dans l'APA

Pour les patients sportifs les plus dotés en capital culturel, la signification de l'APA se distingue davantage par son rôle dans la guérison ou le maintien de leur état de santé ; significations qu'ils partagent avec les EAPA de la cure. L'intensité de la pratique est définie par la modération et l'écoute du corps en adéquation avec les recommandations de ces professionnels. C'est le cas de Will et de Frédéric pour qui la distance prise avec l'éducation familiale du corps est bénéfique pour repérer et apprécier les effets de l'activité sur la gestion du sevrage et sur le confort psychologique. Chez d'autres patients, comme Nicolas, il s'agit de composer entre ses dispositions compétitives façonnées de longue date par sa pratique du tennis de table et la reconnaissance des effets de l'APA sur le sevrage et la sociabilité.

« Et on, on n'est pas ici dans, mais on n'est pas ici en compétition, on est dans une clinique et faut pas l'oublier donc du coup ouais c'est bien de partager toujours un moment de partage... Des fois je peux, je peux l'oublier quand je suis vraiment concentré, que je je suis en train de perdre et je me mets plus en compétiteur qu'autre chose. Mais la défaite me fera rien perdre ici.... je m'habitue au niveau des autres aussi donc » (Nicolas).

Ces trois enquêtés se sont véritablement appropriés les messages des professionnels, appropriation néanmoins facilitée par la mobilisation de dispositions sportives, hédonistes et sanitaires préalablement constituées et par leur proximité de goûts et de pratiques avec les EAPA. Par-delà cette proximité culturelle de santé se conjugue une proximité de classe qui s'observe dans les échanges réguliers que Will entretient avec l'EAPA, parlant de leurs goûts musicaux ou des pays dans lesquels ils ont voyagés. S'ils peuvent revendiquer des limites à leur prise en charge en cure, ces patients n'opposent aucune critique à l'APA, se conformant aux normes qu'elle diffuse. Il faut dire que l'APA pour ces patients est notamment empreinte d'une satisfaction esthétique et morale, appréhendée dans le cadre d'un travail de reconstruction identitaire parallèle au travail de sevrage. Ce travail de reconstruction s'oppose ainsi au sentiment de dégradation physique et de perte de soi dans l'addiction.

« Avec du recul maintenant c'est le c'est euh tu perds le contrôle de ton corps, tu perds la possession de ton corps, euh tu perds ton estime de soi, ta confiance en toi et si tu n'as pas ça tu n'es rien. Ça en arrive là » (Will).

Tous trois sont parmi les patients qui s'approprient par corps les recommandations de l'enseignant APA et plus généralement de la clinique.

« Je me suis remis au sport parce que tout d'un coup j'ai percuté que effectivement bah ça fait du bien pour s'occuper, ça fait du bien pour le corps, ce qui est bon pour le corps au final c'est bon pour le mental » (Will).

« Euh je me sens beaucoup plus sain, beaucoup plus euh clair avec moi-même » (Frédéric).

Au contraire des sportifs intensifs, les sportifs hédonistes considèrent avec intérêt les occasions de sociabilité générées par l'APA en constituant des groupes de patients pour pratiquer en dehors de la salle. Plus largement, ils s'impliquent dans une diversité d'activités proposées par la clinique en considérant le travail de soin à réaliser et, à ce titre, attendent beaucoup des activités comme l'APA pour cela. Will dira plusieurs fois *« on n'est pas à Basic-Fit »* reprenant textuellement le discours de l'EAPA. Il décrit également les séances de danse comme *« la meilleure thérapie physique et psychique que j'ai eue »*.

Frédéric quant à lui rend compte de façon théorique des liens entre dépression et addiction. Il considère les activités intellectuelles et physiques comme faisant parti du travail de soin auxquelles il s'adonne volontiers au cours de la cure qu'il a réalisé dans un autre établissement (il est actuellement en postcure dans cette clinique).

« ... se perdre dans ce mal-être et cette boucle qu'on a créée avec l'addiction bah au final on fait que grossir la dépression, donc ça j'ai pu l'apprendre j'ai pu le comprendre euh j'ai pris des anti-dépresseurs mais il y a pas que ça, il faut relancer l'intellect, il faut se remettre à lire enfin bref il faut relancer vraiment la machine pour pouvoir passer la dépression, et puis réapprendre à vivre différemment et sans produits, ça faisait pas mal de challenges »

Ces trois enquêtés réceptifs au paradigme psychologique porté par les enseignants APA, relatent ses effets humanisants. *« Là, pour le coup, tu arrives à te sentir euh euh non patient. Enfin, tu vois ce que je veux dire, tu arrives à te dire bon ça va, tu es pas euh, tu es pas fou, tu es pas débile" (Will).*

Ils retranscrivent également la satisfaction d'une confiance en eux renouvelée, la faculté de mieux gérer leur soin, de reprendre un rythme plus en adéquation avec une vie « saine » et

projetent leur sortie. Cette mobilisation conforme aux attentes sanitaires dépend toutefois de la possibilité de se projeter à la sortie de la cure, et de façon positive, en misant sur les ressources dont ils bénéficient (soutien familial, logement adapté, reprise d'un travail, etc.). Will projette le maintien de son rythme d'AP en s'appuyant sur son père sportif (ancien rugbyman professionnel) et en utilisant la salle de sport de la maison familiale.

Contrairement aux sportifs du premier groupe, ils restent vigilants au risque de générer une addiction au sport, ce qui fait d'ailleurs écho aux discours des psychiatres à cet égard, et s'appuient sur leur disposition à l'autocontrôle pour se projeter sans compensation dans le sevrage. *« Il faut que je fasse juste attention à ça, de pas rentrer dans euh dans cette addiction là parce que je ne la veux pas, clairement parce que physiquement c'est, ça peut être dangereux aussi » (Will).*

Des ressources qui permettent le maintien ou l'épanouissement dans l'APA

La déclinaison des modalités de l'APA selon les cliniques implique des variations dans la façon de vivre l'APA pour ces patients dont les dispositions sanitaires semblent néanmoins ajustées aux propositions d'APA.

Là où Will (patient Villedusud) considère l'APA comme une révélation et s'implique fortement dans la pratique, Frédéric (patient Villedunord) regrette sa cure précédente qui répondait davantage à ses attentes (il est en postcure actuellement). Il regrette le manque d'encadrement et la diversité des AP dont il a bénéficié dans cette précédente structure. À de nombreuses reprises, il compare les deux séjours réalisés pour illustrer la moindre qualité des prestations de la clinique actuelle. Il vit d'ailleurs mal les temps morts de la cure et fait preuve d'une grande vigilance au maintien et au contrôle de ses activités, lui qui ne souhaite pas « perdre » le travail précédemment accompli. Il considère le risque de « s'écœurer » si l'APA n'est pratiquée que pour des motifs occupationnels. Il exprime ici la nécessité de se forcer à participer à des ateliers bien qu'il soit dubitatif sur leur intérêt.

« Après, je le fais parce qu'il faut être aussi actif et puis il faut rentrer aussi un petit peu dans le programme.

Ça veut dire quoi ça, il faut être aussi un peu actif? Vous le sentez... ?

Non, c'est...bah c'est c'est à la fois de de s'occuper et de se convaincre que ça peut être quand même utile, un peu faux cul mais bon. »

Ainsi, alors que certains comme Ali (Villedusud) regrettent un encadrement qu'ils ne jugent pas adapté à leurs objectifs sportifs, d'autres en considèrent le manque à Villedunord. Il faut

néanmoins noter que malgré leur déception, les patients comme Frédéric arrivent à se maintenir dans le dispositif bien qu'ils soient moins encadrés. Ceci démontre leur appropriation des normes sanitaires par la possibilité de trouver du sens au fait de bouger, même dans des conditions qui ne sont pas jugées les plus optimales. Les ressorts de l'AP concernent la préservation des acquis de leur travail, les effets de sociabilité et la valorisation de leurs compétences. Ces sportifs hédonistes investissent les effets sanitaires et thérapeutiques de l'AP. Ils vont également capitaliser sur leurs expériences actuelles et passées pour négocier les limites d'une activité qui leur est plus favorable. On compte sur Will pour animer les séances collectives en proposant ses playlists musicales. Nicolas devient la personne de référence pour entraîner au tennis de table. Contrairement à l'implication des patients engagés dans une démarche performative, ceux-ci connaissent un investissement qui n'est pas remis en question par les enseignants APA puisqu'il est ajusté aux normes de la salle.

3. Conclusion

Nous avons ici distingué deux groupes de patients parmi les plus sportifs au regard de leurs pratiques et représentations du corps : pratique de performance et corps pensé dans sa perspective fonctionnelle chez le premier groupe, pratique hédoniste et attention aux sensations corporelles dans le deuxième. Les patients dotés de dispositions corporelles façonnant un rapport au corps hygiéniste et au sport hédoniste sont les plus en mesure de s'approprier les normes (même variables) de l'APA et de maintenir leur participation. Pour les patients qui partagent un rapport au sport plus athlétique et au corps utilitariste, les modalités de pratiques de réathlétisation et de performance seront essentielles au maintien de leur engagement en APA. Notre travail montre combien les rapports au sport et au corps sont constitutifs d'expériences relevées dans les socialisations primaires et secondaires, familiales, en club et par les pairs. Ces instances participent à doter les enquêtés de dispositions spécifiques qui sont mises en veilles ou activées dans le contexte d'une APA en cure. Nous rendons alors compte ici du poids de l'origine sociale. Il convient également de considérer de façon plus synchronique, les effets de leurs conditions d'existence et de leur parcours de soin dans l'analyse de l'appropriation de l'APA. Elles déterminent aussi leur (im)possibilité de projection en dehors des murs de la clinique.

IV. Le parcours de soin et les dynamiques de genre : deux éléments à prendre en considération

Deux aspects doivent enfin être pris en compte. S'ils ne sont pas centraux dans l'analyse, ils permettent toutefois de la nuancer. Il s'agit des effets du parcours de soin, que nous questionnons dans un premier temps, et des dynamiques de genre, que nous considérons par la suite. Pour cela, nous considérons celles et ceux de notre population enquêtée qui ont pratiqué le sport et l'ont abandonné depuis plusieurs années, souvent des patients partiellement désocialisés.

1. L'effet du parcours de soin pour les sportifs qui cumulent les cures

Pour les enquêtés qui cumulent les séjours de façon plus conséquente, la cure fait partie intégrante de leur mode de vie, prenant l'apparence d'un refuge qui ponctue ce qu'ils appellent des rechutes successives. Bien plus encore, elle régule les conséquences d'une consommation constante. Les séjours sont pour certains les derniers espaces de maintien d'activité et de sociabilité. Lionel (sans-emploi) qui cumule les séjours depuis une vingtaine d'années va jusqu'à présenter la clinique comme « *la meilleure école de la vie* » tant il « *y a tout le temps des choses à prendre* ». La pluralité des expériences de cure (et particulièrement lorsqu'elles se réalisent dans le même établissement comme pour Lionel et Camille) leur permet de considérer et plus encore d'accepter d'être surveillé par les EAPA durant leur séjour. Pour Lionel qui se présente comme un « ancien sportif », l'AP permet une certaine proximité avec les encadrants et au-delà, avec le psychiatre qui partage avec lui une appétence pour les AP.

« Ah, mais bien sûr, ils surveillent hein. Ben des fois mon psychiatre me dit : ah je sais que t'as fait je sais pas combien de kilomètres à vélo hier, parce que voilà, Pauline a fait un rapport et donc, ah bon vous savez ça vous (rit). Mais voilà mais bon après il sait que je suis quand même j'adore le sport quoi, ça je le sais euh Dupont [le psychiatre] en plus lui il est très sportif aussi, donc on s'entend bien pour ça et donc... non après euh le les activités moi je trouve que c'est bon d'abord les profs sont excellents, c'est pas parce que je les connais hein, mais franchement c'est euh ils font ça avec un professionnalisme euh parce que voilà ils s'adaptent vraiment, vraiment... » (Lionel, patient Villedusud).

Associer Lionel et Franck aux cas sportifs permet de questionner, à l'instar de Camille, l'effet des formes de vulnérabilités accumulées sur l'appropriation de l'APA. Les conditions matérielles et économiques d'existence de Lionel sont les moins impactées par les cures répétées¹³⁵. Arrêté depuis plus de 30 ans pour Franck et huit ans pour Camille, le sport reflète une période révolue et parfois la désillusion d'un parcours sportif de haut niveau inabouti. Ces deux cas ne mobilisent que peu le dispositif d'APA selon l'avis des professionnels. Tout du moins, ils le mobilisent de façon aléatoire suivant les cures. Franck pratique toutefois le basket en autonomie avec d'autres patients mais peut se tenir éloigné d'une pratique plus encadrée. La fluctuation de leur participation est directement liée au parcours de soin et à l'état d'épuisement dans lequel ils peuvent se retrouver.

Cette analyse permet de nuancer le poids des dispositions sportives sur l'engagement en APA. Les activités autonomes sont plébiscitées par Franck qui a connu ce type de pratiques non encadrées dans l'enfance. Camille recherche davantage la pratique de sports collectifs. Elle a pratiqué le football durant 15 ans. À mesure que le parcours de soin s'intensifie et se prolonge, d'autres éléments impliquent leur éloignement de l'APA. Les entretiens rendent compte d'un manque de ressources (familiales, amicales, économiques, etc.) qui s'intensifie. Les périodes de fortes consommations et les cures répétées confrontent bien souvent les patients à des formes de violences physiques, psychologiques, sexuelles dehors, mais aussi dans les établissements de soin. L'accumulation de violences subies engage à la méfiance envers l'institution, les soignants comme envers les autres patients. Franck s'est fait agresser et voler durant une période d'errance après la perte de son logement. Camille revient sur les violences sexuelles qu'elle a subi par deux de ses partenaires puis, lors de sa première expérience de cure. Elle explique à demi-mot les violences entre patients mais aussi de la part de soignants, la poussant à changer d'établissement. Ces vécus de la violence limite considérablement l'instauration de relation de confiance. Ces conditions de vie dégradées limitent également les possibilités de projection en dehors de l'établissement (Les entretiens en dehors de la clinique s'organisent la veille.).

L'APA est pour ces patients, quand ils l'investissent, l'une des seules sphères de sociabilité, mais son efficacité sur le soin n'est pas reconnue par eux. Camille ne participe à ce titre que pour maintenir sa relation avec une des enseignantes en APA. Le départ de celle-ci peut d'ailleurs être un élément déclencheur de son absence aux séances lors de sa dernière cure.

¹³⁵ Actuellement en formation, il possède un appartement en centre-ville et maintient des relations sociales, familiales et amicales (fragilisées néanmoins par les conséquences de ses états d'ivresse).

Pour Franck, il ne s'agit que de s'occuper, lui qui éprouve une lassitude générale à l'égard du parcours de soin.

Ces trois cas viennent éclairer l'effet du parcours de soin sur le manque d'appropriation de l'APA. Ces « habitués » invitent à relativiser la force des dispositions sportives dans l'appropriation de ce dispositif. Néanmoins, comme pour les autres patients, le niveau de capital culturel confronté au manque de ressources (plus ou moins conséquent) permet d'expliquer la signification de l'APA comme lieu d'apprentissage, de refuge ou l'absence de tout autre sens que l'occupation.

Les différences se creusent avec les autres sportifs lorsque les ressources sont moindres (en lien avec l'épuisement que génèrent la précarité et l'isolement). La réalité vécue est celle de l'urgence et/ou de l'accumulation de désillusions. Elle participe à mettre à distance les dispositions constituées durant la socialisation sportive (rapport à l'effort, etc.) et entraîne une perte de sens vis-à-vis de leur mode de vie actuel davantage considéré au jour le jour. Ces patients doutent des effets énoncés de l'APA, et les considèrent au mieux comme un divertissement ou un moyen de lutte contre l'ennui.

2. L'influence du genre dans l'appropriation de l'APA

La disparité de genre dans les trajectoires sportives de nos enquêtés est perceptible, mais ne suffit pas à rendre compte de ce qui éloigne certaines patientes de l'APA – notamment sur le terrain du nord. Cette disparité concerne davantage l'entrée dans le programme, mais elle est sous-tendue par des disparités de classes et d'âge qui convergent avec les analyses plus générales sur l'appropriation de l'APA. A Villedunord, la salle d'APA est considérée comme étant davantage dédiée aux « sportifs », ce qui circonscrit souvent la participation de certaines femmes aux seules activités collectives dans le dispositif.

Trois types d'implication émergent à Villedunord chez ces femmes. La première ne concerne qu'une seule femme, Aliya, qui mobilise l'APA au même titre que d'autres sportifs : en y entrant de façon autonome, en y réalisant ses exercices « cardio » sur les machines sans plus de suivi de l'enseignant APA. Ses expériences sportives préalables en salle de sport et en sport de combat lui donnent de véritables ressources qu'elle mobilise pour entrer et s'impliquer dans un dispositif que de nombreuses enquêtées considèrent comme dédié aux

sportifs, et impliquant des codes de masculinité semblables à ceux perçus en salle de sport. En effet, Aliya dit rechercher l'augmentation de sa performance en poussant l'intensité maximale, en jouant sur la durée ou sur les contraintes de l'exercice physique. Elle recherche le dépassement de soi voire l'épuisement physique dans un souci de compensation des substances. Sa pratique est à la marge des recommandations habituellement émises par les enseignants APA. Dès ses premières séances, elle atteint un niveau de fatigue maximum avec le souhait de réaliser l'objectif qu'elle s'est donnée (tenir 1h de course/vélo, ajouter des contraintes de pente ou de résistance). Elle perpétue les mêmes exercices encore et encore sur les machines à disposition. Il faut noter qu'Aliya appartient à la classe populaire, issue d'une famille nombreuse entourée de ses frères. Elle a également connu de nombreuses expériences de violence qu'elle a subie ou générée. Pour exemple, elle revient sur l'un de ses frères qui lui a coupé les cheveux de force, estimant la « faire réagir » sur son addiction. Elle mobilise les codes du féminin et du masculin au gré des situations (Menesson, 2004¹³⁶ ; Faure, 2004¹³⁷), un élément qui semble essentiel pour se sentir légitime et accéder à la salle.

La deuxième implication concerne les patientes à fort capital culturel, particulièrement dotées de connaissances médicales, sanitaires, etc. Elles associent l'APA à un moyen permettant la récupération fonctionnelle ou psychique en lien avec un état de santé sur lequel elles veillent. L'une est une ancienne infirmière et l'autre a réalisé une cure préalable où elle y a acquis des connaissances nutritionnelles, exprimant toute l'importance de l'alimentation et de l'activité physique au cours de l'entretien. Elles sont en mesure de demander à l'enseignant APA de travailler sur certains aspects et répartissent leur participation entre des temps d'APA collectifs et plus autonomes. Elles se font tout de même accompagner par un patient pour accéder à la salle sur les temps libres (tout du moins les premières fois) ou s'y rendent à plusieurs femmes.

Dans ces deux types d'implication, ces patientes sont sportives ou dotées de dispositions hygiénistes conséquentes et mobilisent la salle selon leur besoin. L'APA fait partie des activités importantes dans leur vie à la clinique.

La dernière catégorie correspond à des femmes plus en retrait vis-à-vis des modalités d'organisation du dispositif. À ce titre, deux femmes racontent ne pas être allées à certains ateliers parce qu'on ne leur a pas proposé. Ces patientes pratiquent seulement les APA

¹³⁶ Menesson, C. (2004). Être une femme dans un sport « masculin »: Modes de socialisation et construction des dispositions sexuelles. *Sociétés contemporaines*, no<(sup> 55), 69-90. <https://doi.org/10.3917/soco.055.0069>

¹³⁷ Faure, S. (2004). Filles et garçons en danse hip-hop: La production institutionnelle de pratiques sexuelles. *Sociétés contemporaines*, no<(sup> 55), 5-20. <https://doi.org/10.3917/soco.055.0005>

collectives, après y avoir été orientées par l'enseignant. Or, ces activités ne sont pas majoritaires dans l'emploi du temps et elles les considèrent souvent comme trop intenses. Ces patientes ne se retrouvent pas non plus dans un modèle d'activité autonome (sur des machines). Elles ont notamment le souci de « ne pas faire de bêtises » et attendent d'être accompagnées, encadrées par un professionnel. Ce sont des femmes plus âgées (la soixantaine et plus) qui n'accordent pas de sens thérapeutique à l'APA : elle permettrait au mieux de se défouler en période de sevrage. Elles ont toujours été éloignées des pratiques sportives et le dispositif tel qu'il est construit ne leur permet pas de réaliser cette rencontre avec l'AP comme c'est le cas pour des patientes de Villedusud qui n'ont pas de passé sportif. Derrière leur non-appropriation de l'APA se révèlent surtout les conséquences de l'éloignement du sport de certaines générations de femmes. Celles-ci sont aussi les moins dotées en capital culturel de santé ou même sportif.

V. Conclusion

La mise en œuvre de l'APA en cure montre son intrication au parcours de soin, invitant à considérer le travail du patient dans la gestion de sa vie avec la maladie¹³⁸. Dans ce prolongement, l'usage de l'APA par les patients rend compte de l'importance du rapport au sport et au soin dans leur manière de s'approprier le programme. Par-delà le travail de soin que suppose l'APA, ce dispositif est davantage un espace de mobilisation de dispositions sportives préalablement constituées qu'un lieu de socialisation à l'APA. Ceci confirme les travaux de Murielle Darmon (2006, *op.cit.*) relatifs à l'affaiblissement de la socialisation institutionnelle et explique la variation des modes d'appropriation de l'APA.

Nos résultats montrent le poids des conditions sociales sur l'engagement des patients, tout particulièrement dans ces dispositifs qui impliquent la mobilisation de dispositions (corporelles, sportives) n'allant pas toujours de soi dans l'espace du soin. Le niveau de ressources possédées et les dispositions hygiénistes et hédonistes qui composent le capital culturel donnent la possibilité aux patients de se projeter en dehors des murs de l'institution et de concevoir le travail de soin à mener sur la durée et par l'AP. A contrario, le manque de ressources et les conditions d'existence complexes pèsent tout autant sur la construction de la méfiance et d'un rapport circonspect au soin. Coupler les dimensions conjoncturelles et

¹³⁸ Ce travail prend plusieurs formes telles que la mobilisation des institutions, l'organisation de ses soins, l'appropriation d'une identité de patient et sa reconnaissance sociale et institutionnelle (auprès de la MDPH par exemple), l'organisation de son temps et de ses activités sociales autour du sevrage et du maintien de l'abstinence, la maîtrise de sa médication ou des substituts, etc.

socialisatrices pour analyser les modes d'appropriation de l'APA favorise leur compréhension nuancée, allant bien au-delà des seuls ressorts motivationnels. Ces résultats ne sont pas sans rappeler les analyses qui s'accumulent autour des inégalités sociales à l'œuvre dans la montée en puissance de l'expertise patient et la mobilisation d'un savoir d'expérience dans le soin (Gaborit et coll., 2021 *op.cit.*). Schmitt et Jauffret Roustide (*op. cit.*), sur le terrain de la réduction des risques, montrent combien la gestion de la consommation nécessite la possession de certaines ressources (ne serait-ce qu'un logement salubre) pour parvenir à sécuriser la consommation de substance. Cette démarche trouve ses représentants manifestes parmi les individus les plus stables économiquement, voire parmi les fractions les plus dotées des consommateurs de substances.

Les difficultés rencontrées et les solutions mises en œuvre

Initialement, le projet portait sur une clinique rouennaise qui n'a pas donné suite à nos demandes (malgré leur accord initial). L'ouverture de 4 terrains (dont seulement deux font l'objet de ce rapport) a donc résulté de deux mois de prospection sur deux territoires, celui de l'Occitanie (proche du lieu de vie de la postdoctorante sur le projet) et le territoire d'Île-de-France (à proximité du porteur du projet de recherche). Nous avons cartographié un ensemble de dispositifs d'APA mis en place en addictologie. Deux cliniques nous ont ouvert leurs portes ainsi qu'un CSAPA et un accueil de jour dans lequel nous avons pu mener quelques observations et entretiens complémentaires (non mobilisé ici).

Pour des raisons temporelles et d'opportunité comparative, nous avons privilégié les deux cliniques. Les deux autres terrains ont servi à la mise au point des profils de consommateurs dans le cadre de l'enquête exploratoire. Par ailleurs, il faut préciser que des contraintes méthodologiques se sont ajoutées, la réalisation d'entretiens auprès de personnes en errance, caractéristiques de la population des deux terrains principaux, étant particulièrement complexe. Les différentes formes de vulnérabilités (temporelles, d'accès aux services alimentaires et autres, liées à la consommation de substances, à l'absence de logement et au rejet de l'espace public) que conjuguent ces personnes ont impacté la méthode de recherche en la bornant à une ethnographie par petite touche.

Notre étude visait l'analyse de l'appropriation de dispositif d'APA par les patients sur la durée. Celle-ci a été circonscrite au temps de la cure et à quelques entretiens de patients quelques semaines après leur sortie. Nous avons en effet connu des freins pour mener la troisième salve d'entretiens auprès des patients sortis de la clinique. Six personnes seulement

ont pu être interrogées en dehors de leur séjour. Cette déperdition s'explique notamment par les difficultés rencontrées à leur retour au domicile ; difficultés soulevées par certains patients de se confronter au « monde réel », de gérer leur dépendance en dehors « du cocon » de la clinique et de s'engager dans des actions qui demandent à être anticipées. D'autres sont également entrés et sortis plusieurs fois de ces cliniques au cours de l'étude, rappelant la diversité des parcours de soin et les réalités complexes où s'entremêlent les problématiques de dépendance, les conditions d'existence et le rapport au soin.

Les interactions entre les équipes, les efforts en matière d'interdisciplinarité

L'enquête a dès l'origine et la réponse à l'appel à projet été pensée comme une recherche sociologique. L'équipe réunit des sociologues de la santé dont une chercheuse qui a réalisé sa thèse en STAPS.

Eventuellement, justification des écarts par rapport aux prévisions initiales

Très peu d'écarts sont à noter par rapport aux prévisions initiales. Nous avons profité de l'éloignement géographique de la post-doctorante recrutée pour ouvrir un deuxième terrain d'enquête dans le Sud de la France.

Les apports pour la recherche en matière de production de connaissances scientifiques

Notre recherche vient préciser les travaux portant sur l'activité physique adaptée et ses usages, en s'intéressant particulièrement aux conditions sociales de son appropriation par les patients qui en bénéficient. Cette recherche porte un regard original et multi situé sur les pratiques négociées entre les patients et les enseignants APA dans le cadre d'une cure. Le croisement des cadres interactionniste et dispositionnel nous a permis de rendre compte du poids des trajectoires de vie dans le parcours de soin. En revenant sur les trajectoires sportives des patients, nous avons analysé la distribution sociale de ces variations dispositionnelles (notamment de classe et de genre), qui expliquent en partie les différenciations d'adhésion à l'APA.

Ce travail de recherche constitue à ce titre une contribution originale aux travaux actuels en sociologie de la santé et en sociologie du sport. Il nuance et complète les travaux sur les APA, qui montrent (parfois de façon homogène) la force des expériences sportives pour entrer dans ce type de dispositif. Nous nuançons ces analyses en portant notre regard sur les fluctuations de l'engagement en APA durant la cure, en lien avec les rapports au sport et au corps à l'œuvre chez ces patients.

Les perspectives en termes d'aide à la décision pour l'action publique.

Nombre d'études montrent la faible poursuite de l'activité physique en dehors des dispositifs d'APA. Notre recherche montre – pour pallier à cette difficulté – l'importance de prendre en compte les propriétés sociales des patients dans la mise en place de ces pratiques ; et donc de discriminer ces dispositifs. Ceux doivent s'adapter aux dispositions sociales (et notamment au capital scolaire) et sportives des individus selon des lignes de démarcation identifiés ci-dessus. Il s'agit aussi de considérer le poids des processus et donc du temps dans cette prise en charge, et de l'évolution du rapport à l'APA dans le temps de la cure. Nous suggérons dans cette perspective de sortir de la dualité activité physique *versus* sédentarité pour concevoir les dynamiques culturelles associées. Celles-ci pèsent considérablement dans la façon de vivre l'APA et de se l'approprier.

La stratégie de valorisation scientifique et de diffusion des résultats

Pour chaque tâche initialement prévue ou décidée en cours de projet, merci de préciser :

- *dans quelle mesure les objectifs ont été atteints ;*
- *l'état d'avancement de la tâche (réalisée, retardée, révisée, abandonnée) ;*
- *leur apport dans le domaine ;*

Des articles dans *Ethnologie Française* (concernant la partie II) et dans les *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* (concernant la partie III sur l'appropriation différenciée de l'APA par les patients), revues centrales dans le champ, seront soumis dans les semaines qui viennent. Un autre article est ambitionné courant 2024 dans une revue anglo-saxonne, dans le champ de la sociologie du sport (*International review of sport sociology*) et concernera les professionnels.

Dans le prolongement de ce précédent contrat, nous avons également soumis une réponse à l'AAP IRESP/INCA 2023 concernant les usagers de substances psychoactives et les

professionnels de l'APA. L'intérêt sera de porter l'accent sur la multiplicité des usages de l'APA au regard de la dynamique de ce groupe professionnel d'enseignant APA et du contexte dans lequel ils agissent. L'intérêt sera aussi de poursuivre l'étude de l'appropriation de l'APA par les bénéficiaires à plus long terme et à la sortie du dispositif (1 à 6 mois après la sortie de programmes d'APA). Nous ambitionnons de varier les terrains par-delà les établissements de cure en nous orientant vers les CSAPA qui proposent de l'APA.

Notre recherche a mobilisé des relations interprofessionnelles avec les directions d'établissement et les enseignants en APA. À ce titre, un séminaire de présentation des résultats sera proposé à la rentrée 2023 dans les deux établissements étudiés.

DIFFUSION/COMMUNICATION

Communications dans le cadre de congrès et de colloques

Le Hénaff Y., Gaborit E., Activités physiques en addictologie, séminaire, 14 janvier 2022, Cermes3 Paris.

Le Hénaff Y., Gaborit E., L'engagement dans l'APA en clinique d'addictologie : analyse de 3 idéaux-types de patient.es ». Atelier : « Les nouveaux publics du sport-santé, Rencontre Sport Santé, le lundi 10 octobre 2022, Paris.

Gaborit E., Le Hénaff Y., Modalités de l'activité physique en addictologie et appropriation différenciée de la pratique chez les patients, les enjeux des jeux, 13 au 15 décembre 2022, Montpellier.

Gaborit E., Le Hénaff Y., (2023), Adapted physical activities and addictology: analyzing the patient's engagement, INTERNATIONAL SOCIOLOGY OF SPORT ASSOCIATION (ISSA), 14-17 août, 2023, à Ottawa (Canada).

Gaborit E., Ce que fait un dispositif d'APA à l'hôpital psychiatrique : le point de vue des usagers d'un service d'addictologie, Cours séminaire ouvert IFERISS-IEP « Enjeux de santé publique », 8 Nov 2022, Toulouse.

Séminaires et comités de pilotages

(Précisez la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants)

<i>Séminaires de travail</i>	<i>Dates</i>	<i>Lieux</i>	<i>Durée</i>	<i>objet</i>	<i>Nombre de participants</i>
<i>Séminaires d'équipe</i>	<i>01/04/21</i> <i>15/04/21</i>	<i>Dysolab</i> <i>En distanciel</i>	<i>2h</i> <i>2h</i>	<i>Séminaires de suivi et</i>	<i>2 (chercheurs)</i>



	22/04/21 04/05/21 26/05/21 28/10/21 01/03/23		2h 2h 2h 2h 2h	coordination de projet	
	25/10/21 30/11/21 21/12/21 08/06/22 28/06/22 19/07/22 20/01/23 03/02/23 21/03/23		3h 3h 3h 3h 3h 3h 3h 3h 3h	Séminaires de recherche	
<i>COPIL, regroupement d'études : APA et addictologie / Activités physiques maladies rares</i>	08/06/21	<i>En distanciel</i>	2h	<i>Croisement de projet sur activités physiques et maladies chroniques</i>	<i>6 (chercheurs et acteurs) Centre de Référence Maladie Rare de la Hernie de Coupole Diaphragmatique de Lille, sociologues CERIES et chercheurs APhyChady</i>
<i>Réunions avec les acteurs de terrains</i>	03/06/21 18/06/21 31/05/21	<i>Clinique Castelviel CSAPA Toulouse</i>	1h30 30 min 2h	<i>Présentation de l'étude</i>	<i>3 (chercheur et acteurs) 3 (chercheur décideurs et acteurs) 3 (chercheuse et acteurs)</i>

	07/09/21 17/09/21	<i>La Boutique Solidaire Toulouse</i>	30 min 30 min		3 (chercheure et acteurs) 10 (chercheure usagers et acteurs)
	12/07/21	<i>En distanciel</i>	1h	<i>Modalités et faisabilité de l'enquête+ RGPD</i>	4 (décideur, administratifs, chercheur)
			2h	<i>Retour d'enquête auprès des professionnels</i>	<i>Direction et professionnels en APA et soignants</i>

Liste des communications au grand public

Une restitution de notre enquête auprès des professionnels des cliniques investiguées est prévue à la rentrée 2023.

Cette étude est également l'objet de plusieurs cours magistraux dans le cadre des séminaires ouverts à l'IEP de Toulouse, dans le cadre de la formation Staps filière APA à la F2SMH de Toulouse.

Glossaire

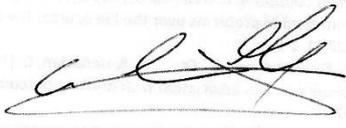
Livrable : tout composant matérialisant le résultat de la prestation de réalisation. Toute production émise par le titulaire au cours du projet : document, courrier revêtant un caractère officiel, module de code logiciel, dossiers de tests, application intégrée, objet, dispositif...

Livrable interne : réalisé au sein du programme et non communiqué à l'extérieur du programme.

Livrable externe : élément diffusé ou livré hors de la communauté du projet de recherche.

Faits marquants : élément non nécessairement quantifiable mais significatif pour le projet.

Signature du rédacteur et/ou du coordinateur scientifique de projet (si différents) :



Ce document est à renvoyer aux adresses suivantes :

suiviprojets.iresp@inserm.fr

