JÉRÉMY ROLLIN
COLLECTIF PrescAPP

Recomposition de l'offre de soins et stabilité des frontières du champ médical

Le cas de la prescription de soins physiques (kinésithérapie et activité physique adaptée)

Recomposition of healthcare services and stability of the frontiers of the medical field
The case of physical healthcare prescriptions (physiotherapy and Adaptated Physical Activity)

Regards Sociologiques, n°67, pp.101-112

JÉRÉMY ROLLIN
COLLECTIF PrescAPP

Recomposition de l'offre de soins et stabilité des frontières du champ médical

Le cas de la prescription de soins physiques (kinésithérapie et activité physique adaptée)

Recomposition of healthcare services and stability of the frontiers of the medical field
The case of physical healthcare prescriptions (physiotherapy and Adaptated Physical Activity)

Mots-clés :
Prescription
Activité physique adaptée
Kinésithérapie
Médecine
Santé
Sport

En partant du constat que les kinésithérapeutes et les enseignant·es en activité physique adaptée (EAPA) se différencient moins par leur domaine d'activité, les soins physiques, que par leur rapport à la profession médicale, cet article s'intéresse aux reconfigurations des rapports entre ces métiers. Pour ce faire, nous nous intéressons à un élément structurant de cet espace, la prescription. Notre contribution s'appuie sur la mutualisation de travaux portant sur les kinésithérapeutes d'une part, et d'une recherche collective sur la prescription d'activité physique adaptée (APA), d'autre part. La comparaison de deux pratiques de prescription, l'une de kinésithérapie, incorporée par les médecins, jugée légitime pour répondre à des problèmes médicaux, l'autre, d'APA, plus variable et souvent dépendante d'une interconnaissance avec les intervenantes et intervenants qui encadrent les bénéficiaires, permet de révéler les tensions qui traversent le champ médical. D'un côté, la prescription médicale est rejetée par les kinésithérapeutes qui entendent horizontaliser leurs relations aux médecins, alors qu'elle est objet de mobilisation de la part d'EAPA qui espèrent ainsi accéder aux clientèles des médecins. Ces différentes dynamiques participent à recomposer le champ médical.

Keywords:
Prescription
Adapted physical activity
Physiotherapy
Medicine
Health
Sport

Starting from the premise that physiotherapists and Physical Activity Therapists are differentiated less by their field of activity, physical care, than by their relation to the medical profession, this article looks at the reconfiguration of the relationship between these professions. To do this, we focus on one of the structuring elements of this field: the prescription. This article is based on the sharing of research on physiotherapists on the one hand and on the prescription of Adapted Physical Activity on the other. We demonstrate that there is a major difference between the prescription of physiotherapy by doctors as a legitimate response to medical problems and the prescription of adapted physical activity, which is more variable and depends on the relationship with the teachers supervising the beneficiaries. But more than that, the prescription of these treatments reveals the deep tensions running through the medical field. On the one hand, medical prescriptions are rejected by physiotherapists who wish to horizontalise their relations with doctors, while on the other, they are the object of mobilisation on the part of Physical Activity Teachers who hope to gain access to doctors' clients. These different dynamics are helping to reshape the medical field.

La kinésithérapie est une activité paramédicale réservée aux titulaires d'un diplôme d'État, exercée sous prescription et remboursée par l'Assurance maladie depuis son institution à la fin de la Seconde Guerre mondiale. À l'inverse, l'activité physique adaptée (APA) a été codifiée plus récemment. Elle prend de l'ampleur depuis les années 2000 avec un tournant important en 2016, quand une prescription médicale de cette activité est actée légalement, peu après la remise du rapport du professeur de médecine Xavier Bigard. Celui-ci la promeut tout en délimitant les métiers susceptibles d'encadrer l'activité : kinésithérapeutes, psychomotriciennes[1], ergothérapeutes, mais aussi éducateurs sportifs et enseignant·es en activité physique adaptée (EAPA) diplômé·es des sections universitaires STAPS-APAS[2]. L'inclusion de ces derniers et dernières dans un ensemble de métiers intervenant sur prescription médicale est le produit d'un travail militant impliquant des personnes et des institutions inscrites dans différents champs (universitaire, politique, administratif, médical ou sportif)[3]. Alors que les constructions sociohistoriques et les cadres légaux des métiers de l'APA et des paramédicaux incitent à les considérer comme distincts et socialement éloignés, leur mise en équivalence (légale) dans le cas, certes délimité, de la prescription d'APA fait apparaître des relations et des points de comparaison qui étaient jusqu'alors peu visibles. En outre, alors que la prescription est un instrument symbolique du pouvoir médical, la mise en place d'une prescription s'adressant à la fois à des paramédicaux et à des personnes issues de l'espace des sports permet de questionner les recompositions du champ médical. Comment des EAPA formé·es à distance de la médecine utilisent-iels la prescription comme porte d'entrée dans le champ médical alors qu'à l'inverse, des acteurices historiques du champ, les kinésithérapeutes, tentent d'échapper à la tutelle prescriptive des médecins ?

Dans cet article, nous explorerons donc les rapports à l'ordonnance de deux des groupes professionnels concernés par la prescription d'APA, les kinésithérapeutes et les EAPA. Ces professionnel·les peuvent en effet être envisagé·es comme proches dans leur travail. Iels proposent des soins physiques, c'est-à-dire utilisant la motricité pour améliorer les capacités fonctionnelles (qu'elles soient motrices, sensitives ou cognitives) même si ce terme « physique », qui peut être très large, se définit aussi par exclusion : il ne s'agit pas de soins médicamenteux ou chirurgicaux. S'iels n'ont pas de monopole sur les soins physiques — les ergothérapeutes ou les psychomotriciennes peuvent aussi s'en prévaloir par exemple —, ils restent deux groupes intéressants à comparer, de par l'histoire longue de la kinésithérapie comme partie prenante du champ médical, qui contraste avec l'intégration récente et en demi-teinte des EAPA.

Méthodologie

Les co-auteurices se sont rencontré·es alors que leurs enquêtes étaient, pour l'une, terminée (concernant les kinésithérapeutes[4]), et proche de l'être pour l'autre (concernant la prescription d'APA[5]). C'est à l'issue d'échanges répétés qu'un point de comparaison des travaux a émergé, en lien avec le caractère central de la prescription dans les dynamiques des groupes professionnels en présence, kinésithérapeute ou EAPA, mais aussi, dans les deux cas, médecins. L'intérêt de travailler sur le rôle de la prescription comme instrument de reconfiguration des relations professionnelles est donc apparu alors que les matériaux empiriques ont été construits séparément. La comparaison des rapports des EAPA ou des kinésithérapeutes à la prescription médicale n'est pas documentée terme à terme, les enquêtes menées visant à rendre raison des tensions qui traversent ces groupes professionnels étant, de fait, distinctes. La mise en comparaison des relations aux ordonnances a fait apparaître des processus communs, au-delà des singularités des terrains d'enquête. Ce travail a nécessité des relectures et des analyses croisées des données des enquêtes, ponctuées d'échanges pour structurer une analyse commune.

Du côté (1) des kinésithérapeutes, l'enquête repose sur plus de deux cents entretiens réalisés auprès de ces professionnel·les, mais aussi auprès d'acteurices administratifs et de médecins (une dizaine d'entretiens pour chacun de ces deux groupes). Elle s'est aussi appuyée sur des observations ethnographiques, principalement en libéral, qui ont notamment permis d'analyser les prescriptions reçues pendant un an dans deux cabinets d'une ville moyenne (un cabinet spécialisé en rééducation pédiatrique de quatre praticien·nes en début de carrière et un cabinet de rééducation généraliste avec un seul kinésithérapeute en fin de carrière). Le regard est donc porté sur la réception des prescriptions par les kinésithérapeutes, alors que la position médicale est documentée principa-

1 Le genre majoritaire est retenu, et l'accord de proximité, comme proposé par *Regards sociologiques*. En cas de mixité ou d'absence de données sur un genre majoritaire, le point médian ou la déclinaison des termes au féminin et au masculin sont utilisées.

2 Perrin Claire, Perrier Clément & Issanchou Damien, *Bouger pour la santé : Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine,* Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2022.

3 Perrier Clément *et coll*. « Quand l'État veut "faire bouger". Émergence de la prescription de l'activité physique dans les politiques de santé françaises », *Regards croisés sur l'économie*, no35, 2024, pp.134-144.

4 Rollin Jérémy, *Un corps en mouvement : déplacements sociaux et professionnalisation de la kinésithérapie,* thèse de science politique, École Normale Supérieur de Lyon, 2022.

5 Programme PrescAPP.

lement à travers les prescriptions (même si des notes ont été prises lors de réunions kinésithérapeutes-médecins ou que des entretiens ont été menés avec des médecins prescripteurs).

Du côté (2) de l'APA, l'enquête sur la mise en place de la prescription d'APA comprenait un axe de travail sur sa réception par les médecins, et quatre-vingt-un entretiens ont été réalisés, principalement auprès de généralistes, sur leurs (non) pratiques de prescription. De ce fait, le regard est plus porté sur la façon dont les médecins appréhendent la prescription d'APA que sur la réception des prescriptions par les EAPA elles et eux-mêmes. Menée dans cinq régions d'enquête, cette recherche comprenait d'autres points d'entrée qui ont également été mobilisés dans cet article, notamment : un travail ethnographique mené dans des structures offreuses d'APA, une MSP et une CPTS, ainsi que des entretiens avec des EAPA. La survenue tardive de ce fil analytique, et les différences dans la façon d'aborder l'enquête ont laissé des zones d'ombre. Bien qu'il nous ait conduits à écarter des résultats intéressants (pratiques de valorisation par les EAPA de leur activité auprès des médecins, rôle des patient·es pour initier les prescriptions), nous avons fait le choix de nous concentrer ici sur le rapport à l'ordonnance des deux groupes professionnels.

La première partie de l'article visera à préciser, à partir des éléments historiques et institutionnels connus, la position de ces deux secteurs d'activité et professionnel·les relativement aux médecins et au travail médical. Nous analyserons dans la deuxième partie les représentations des médecins des métiers de kinésithérapeutes et d'EAPA. Pour cela, nous nous appuierons sur les discours de médecins généralistes sur leurs pratiques prescriptives, en montrant en quoi ils reflètent l'organisation du travail médical. Dans une troisième partie, nous nous attacherons à documenter le travail prescriptif réel dans sa diversité apparente, selon ses modalités d'expression (oral ou écrit) et les informations portées en fonction des destinataires, avant de montrer en quoi cette variabilité est un indicateur de l'état des rapports de force au sein du champ médical, et des reconstructions permanentes de ses frontières avec les autres espaces sociaux.

DES MÉTIERS DES SOINS PHYSIQUES SOUS DOMINATION MÉDICALE

Dans son acception large, le champ médical peut être considéré comme un espace social relativement autonome où les acteurices, médecins et autres métiers de la santé partagent un *habitus* commun (concept de patient, distinction structurante entre normal et pathologique, légitimité des pratiques liées à leur reconnaissance par la biomédecine par exemple). Au sein de ce champ, les médecins occupent une position dominante par rapport à divers paramédicaux, dont les positions relatives sont enjeux de luttes. Travailler sous ordonnance médicale est ainsi indissociablement un indicateur de l'intégration au champ médical, de l'incorporation des normes qui y sont dominantes, et le marqueur d'une position dominée[6]. Aujourd'hui, cet état de fait est diversement approprié par les kinésithérapeutes et les EAPA, ce qui peut être rapproché de la socio-histoire de ces groupes professionnels.

La kinésithérapie émerge dès le XIXe siècle d'un ensemble hétérogène de pratiques corporelles pratiquées par des médecins ou par des aides[7] : gymnastique, massages, adjuvants tels l'électrothérapie ou encore bains thermaux. Après un début de XXe siècle où les médecins qui pratiquent la kinésithérapie échouent à en faire une spécialité médicale, l'activité est finalement confiée à des auxiliaires, les kinésithérapeutes, dont le titre est protégé légalement à partir de 1945[8]. Ce métier est né d'une grande proximité avec la médecine, qui a largement codifié les pratiques, comme d'ailleurs pour l'ergothérapie[9] ou la psychomotricité[10]. Dans ces deux derniers cas cependant, la reconnaissance a été plus tardive, avec parfois une influence des kinésithérapeutes dans les premières écoles, ce qui justifie que nous ayons porté notre attention d'abord sur le métier de la rééducation le plus ancien.

L'APA, à l'inverse, a été portée par des universitaires de STAPS dans le dernier tiers du XXe siècle, dans une relation ambivalente vis-à-vis de la sanitarisation de l'activité sportive[11]. Elle peut être encadrée par divers intervenant·es aux diplômes variés, rarement formé·es au contact direct et prolongé des médecins ou des institutions hospitalières. Sans être totalement hégémoniques, les acteurices formé·es dans des filières STAPS APAS — désigné·es depuis une dizaine d'années comme « enseignant·es en activité physique adaptée (EAPA)[12] »

6 Aïach Pierre & Fassin Didier, *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité,* Paris, Anthropos, 1994, p.40.

7 Monet Jacques, « Une spécialité médicale impossible. Construction et disqualification de la kinésithérapie », *Regards Sociologiques,* n°29, 2004, pp.115-130.

8 Le titre officiel est masseur-kinésithérapeute, que nous avons réduit à kinésithérapeute pour une meilleure lecture.

9 Charret Lisbeth & Thiébaut Samson Sarah, « Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie ». *Contraste*, n°45, 2017, pp.17-36.

10 Par ex. Hermant Gérard, « La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives ». *Contraste*, 28-29, 2008, pp.27-40.

11 Chantelat Pascal & Perrin Claire, « Les éducateurs médico-sportifs : une activité émergente, inscrite dans le monde médical », *in* Demazière Didier & Gadéa Charles (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, pp.252-262 ; Pociello Christian, *Entre le social et le vital : l'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe – XXe siècle)*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2004.

12 Cette dénomination est la résultante d'un travail collectif, engageant des sociologues enseignant·es-chercheureuses en STAPS et des représentant·es du syndicat professionnel des professionnel·les de l'APA, la SFP-APA.

— y sont très nombreuses et forment le groupe professionnel le plus mobilisé pour le développement de l'APA sur prescription médicale[13].
Enfin, s'il est notable que certaines caractéristiques démographiques générales des kinésithérapeutes soient facilement accessibles (on sait ainsi que cent mille praticien·nes exercent en France, dont 85 % en libéral[14]), il n'y a pas de données équivalentes sur le groupe des EAPA. Cela se comprend au regard de la plus faible structuration et protection juridique du titre d'EAPA et de la diversité de diplômes, de statuts, de lieux d'exercice ou de conventions collectives[15]. Les activités des kinésithérapeutes et des EAPA n'occupent pas la même place dans l'éventail des métiers du soin physique. Très majoritairement prescrits, les soins de kinésithérapie ont engendré une dépense financière de l'Assurance maladie de 4,5 milliards d'euros en 2021[16]. Par différence, les prises en charge par des professionnel·les de l'APA sont réalisées par de nombreux et nombreuses acteurices, dont les kinésithérapeutes[17]. Il n'y a pas de données publiques permettant d'estimer le nombre d'EAPA professionnellement actives et actifs, ni non plus le volume annuel de prescriptions d'APA. La dépense publique engendrée par l'APA, souvent hors du cadre de l'Assurance maladie (à l'exception de quelques actions expérimentales) ne fait pas l'objet d'une estimation au niveau national. L'absence d'indicateurs publics portant sur ce domaine d'activité reflète le fait que la prescription d'APA, possibilité récente, reste extrêmement minoritaire relativement à celle de kinésithérapie.

Dans les deux cas pourtant, un lien de prescription, récemment obtenu ou contesté, relie ces métiers à la médecine. Concernant cette dernière, des travaux sur la prescription de médicaments existent et analysent celle-ci comme un révélateur des relations entre le corps médical et les administrations[18] : l'hétérogénéité des pratiques permettrait à la profession d'échapper à une rationalisation basée sur une standardisation[19]. D'autres autrices mettent en avant le poids des socialisations des médecins pour rendre raison de ces variations[20]. Concernant les soins physiques, les travaux sur les ordonnances sont très rares, en dehors d'analyses de la prescription d'APA sous un angle institutionnel[21]. Ici, nous proposons de comparer, à partir de la prescription pensée comme instrument de médiation des interactions quotidiennes, les façons dont les médecins, kinésithérapeutes et EAPA (re)définissent leurs places au sein du champ médical.

Le contrôle de la trajectoire des malades est un enjeu majeur des relations entre les différent·es professionnel·les[22]. Les ordonnances sont ainsi investies d'une fonction centrale pour réguler les relations entre les différent·es professionnel·les impliqué·es (et institutionnaliser les asymétries de position), aussi bien qu'entre malades et professionnel·les de santé. Comparer les discours et pratiques de prescription de soins physiques (donc kinésithérapiques aussi bien qu'APA) apporte un éclairage, d'une part, sur les relations des professionnel·les de ce domaine d'activité au pouvoir médical et, d'autre part, sur les transformations du champ médical.

Plus anciennement utilisée dans le champ médical et liée à son financement par l'Assurance maladie, la prescription de kinésithérapie apparaît, relativement à celle d'APA, naturalisée. Il s'agit pourtant du résultat de luttes, tant liées au statut administratif des kinésithérapeutes qu'à la stabilisation d'un ensemble de savoir-faire et pratiques relevant de la kinésithérapie (on peut par exemple penser à la distinction entre soins conventionnés et soins alternatifs de types actes ostéopathiques ou chiropratiques[23]). Cela ne signifie pas que l'ordonnance de kinésithérapie ne soit pas un sujet de tension. Depuis 2023, à la suite de revendications de représentant·es de kinésithérapeutes[24], les patient·es peuvent accéder à des

13 Collectif PrescAPP, « Étudier la construction d'un marché par ses intermédiaires. Les coordinateur·trices associatifs de la prescription médicale d'activité physique ». *Revue française des affaires sociales*, n°4, 2023, pp.193-212.
14 CNOMK, *Rapport 2024 sur la démographie,* Rapport de la commission démographique du conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2024.
15 Marsault Christelle, « Le Sport-Santé, un objet médical, social ou sportif ? Le dispositif strasbourgeois "Sport-Santé sur ordonnance" comme objet politique transversal », *Sciences sociales et sport*, vol.10, 2017, pp.21-49.
16 Cour des comptes, *Sécurité sociale,* Rapport, 2023.
17 HAS, *La prescription d'activité physique adaptée (APA),* Synthèse des recommandations de bonnes pratiques, 2022.
18 Kessel Nils, « Discipliner le prescripteur médical (Allemagne, fin du XIX^{e} – fin du XX^{e} siècle) », *Genèses,* n°2, vol.127, 2022, pp.55-82.
19 Kerleau Monique, « L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé », *Sciences sociales et santé*, n° 4, vol.16, 1998, pp.5-34. Masson Philippe, « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'Assurance Maladie », *Sociétés contemporaines,* n°3, vol.83, 2011, pp.33-57.
20 Roux Alexandra, Ventola Cécile & Bajos Nathalie, « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé,* n°3, vol.35, 2017, pp.41-70. Gelly Maud, « Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale : commentaire », *Sciences sociales et santé,* n°3, vol.35, 2017, pp.71-79.
21 Perrin Claire, Perrier Clément & Issanchou Damien, *Bouger pour la santé : Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine,* Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2022. Collectif PrescAPP, *Une (petite) mesure de santé publique. Politiques et usages de la prescription d'activité physique auprès des personnes vieillissantes.* Rapport final de recherche projet PrescAPP, 2025.
22 Castel Patrick, « Le médecin, son patient et ses pairs : une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie,* n°3, vol.46, 2005, pp.443-467.
23 Schildmann Jan, Buch Charlotte, & Kremling Alexander, *Complementary medicine in healthcare: international perspectives on concepts and normative challenge*s, Stuttgart : Kohlhammer, 2024.
24 Mathieu Pascale, « Un investissement de longue date de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes pour l'accès direct au kinésithérapeute », *Kinésithérapie, la revue,* n°216, vol.19, 2019, pp.50-52. Remondière Rémi & Durfourg Marin-Philippe, « L'accès libre à la kinésithérapie : un processus à inventer pour la France », *Santé Publique,* n°5, vol.26, 2014, pp.669-677.

séances de kinésithérapie prises en charge par l'Assurance maladie sans prescription médicale. Ces dispositions sont limitées à un nombre de séances (dans une limite de huit, au-delà desquelles l'ordonnance médicale demeure obligatoire), et ce, pour des praticiens et praticiennes exerçant en Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ; c'est-à-dire dans des structures dont la mise en place est conditionnée à la présence de plusieurs médecins généralistes, qui conservent ainsi au moins théoriquement un pouvoir de contrôle sur l'activité non prescrite. Il s'agit pourtant d'une reconfiguration notable des relations entre professions médicales et paramédicales, dans un contexte où les kinésithérapeutes expriment une volonté d'autonomisation[25].

La prescription d'activité physique (ici utilisée dans le sens de prescription d'APA, encadrée, et distincte des soins de kinésithérapie), quant à elle, est régulièrement apparue au cours de notre enquête comme étant méconnue des médecins généralistes, et renvoie à un ensemble de pratiques peu stabilisées. Celles-ci peuvent comprendre du renforcement musculaire, du *circuit-training*[26] ou des activités dérivées des pratiques sportives. Produit de mobilisations d'acteurices issus de l'espace des sports soutenus par des segments administratifs en charge de questions sanitaires[27], l'intégration de la prescription d'APA dans les différents sous-espaces du champ médical est variable. Intégrée dès ses premiers pas dans certains services hospitaliers (par exemple ceux prenant en charge les pathologies cardio-vasculaires[28]), l'APA est mise en place de manière balkanisée hors de l'hôpital, avec des financements de services déconcentrés de l'État, régions, départements, communes et plus rarement de l'Assurance maladie[29]. Les tensions autour de la prescription d'APA sont liées à la stabilisation de son périmètre et des acteurices concerné·es.

LES MÉDECINS AU TRAVAIL : RAPPORT AUX PRESCRIPTIONS DE SOINS PHYSIQUES

Il est parfois difficile de différencier les actes effectués par des kinésithérapeutes, des EAPA, des ergothérapeutes ou des psychomotriciennes. Du point de vue juridique, des décrets existent et codifient des actes, mais n'empêchent pas des chevauchements – enjeux des luttes menées notamment par les représentant·es des professionnel·les concernés[30]. Pourtant, au-delà des luttes institutionnelles, les interactions quotidiennes entre acteurices, notamment *via* la prescription, sont aussi des moments où la normativité médicale sur les autres activités est réaffirmée. Il est donc important de comprendre les façons dont les médecins appréhendent les différentes prescriptions.

Prescrire : révéler ce qui est légitimement médical ou non

Les médecins considèrent les kinésithérapeutes comme des praticien·nes proches, dont le travail relève d'une activité médicalisée peu questionnée. À l'inverse, l'activité des EAPA est souvent associée à l'activité sportive, c'est-à-dire à une activité de loisir, non médicale et dont les représentations médicales dominantes peuvent être caractérisées par une tension entre « l'accidentologie » liée au sport, et la promotion d'une activité physique « modérée » et jugée « bonne pour la santé »[31].

> *« On est des professionnels de santé avant tout, on est médecins, pharmaciens, on est kinés, infirmiers, dentistes, tous les professionnels de santé […] [C'est compliqué de] dire [à une patiente] qu'elle doit aller dans une salle de sport pour faire un peu d'activité physique avec quelqu'un qui l'aide. Alors il y a, certes, la prescription kiné, mais il faut savoir que le monde de la santé, il est complètement débordé, il n'arrive plus à faire du soin, il ne peut plus prendre en charge l'entretien et tout ce qui est dans le renfort musculaire. Il peut déléguer ou il peut s'articuler, mais il faut qu'il y ait ces temps d'échanges réguliers entre ce monde du sport [et celui de la santé] ».*
> Médecin Mathieu, libéral en MSP, zone rurale, prescrit de l'APA, sportif assidu[32].

La représentation subjective d'une segmentation des espaces de la kinésithérapie et de l'activité physique, perçus comme distincts même s'ils peuvent collaborer, se retrouve dans tous les entretiens menés. Les kinésithérapeutes sont intégré·es à ce champ, décrit par cet enquêté comme le « monde de la santé », renvoyant à une communauté de pratiques avec les médecins autour du « soin ». Si le Dr Mathieu prescrit de l'APA, il la distingue clairement du travail soignant : « l'entretien » ou « le renfort musculaire » sont certes utiles, mais associés à la « salle de sport » et avec « quelqu'un qui aide [le patient] », renvoyant dans l'indétermination statutaire les EAPA auxquel·les il adresse ses patient·es. Même

25 Quentin Juliette & Rall Guillaume, « Accès direct à la masso-kinésithérapie en France : une enquête d'opinion auprès des masseurs-kinésithérapeutes français. Étude exploratoire », *Kinésithérapie, la revue,* n°216, vol.19, 2019, pp.28-32.

26 Le « circuit-training », terme sportif, désigne une combinaison d'exercices « cardio » et de renforcement musculaire utilisée pour l'entraînement.

27 Perrier Clément, *L'État actif : une analyse de l'activité physique comme nouvelle catégorie d'action publique (2001-2017),* Thèse de science politique, Institut d'études politiques de Grenoble, 2022.

28 Favier-Ambrosini Brice, « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980 », *Santé publique,* vol.S1 hors-série, 2016, pp.13-24.

29 Bouttet Flavien, Didierjean Romaine, Hot Florian, Lepori Mélanie, & Lessard Coralie, « Extension et déstabilisation d'une politique de santé publique. L'entrée des "Maisons Sport-Santé" dans le dispositif d'encadrement de la prescription médicale d'activité physique », *Émulations,* vol.45, 2023, pp.37-56.

30 Fassin Didier, *L'espace politique de la santé : essai de généalogie,* Paris, Presses universitaires de France, 1996.

31 Génolini Jean-Paul & Clément Jean-Paul. « Lutter contre la sédentarité : L'incorporation d'une nouvelle morale de l'effort ». *Sciences sociales et sport*, n°3, 2010, pp.133-156.

32 Tous les noms et prénoms utilisés dans l'article sont des pseudonymes.

quand elles existent, les pratiques de prescription d'APA n'impliquent pas nécessairement une modification de la classification des EAPA (que ce médecin prescripteur assimile à des « coachs » ou des « éducateurs sportifs »), perçu·es comme réalisant un travail distinct de celui, médical, des kinésithérapeutes.

Cela permet de comprendre la façon dont certain·es médecins enquêté·es décrivent l'incorporation de l'APA à leur palette thérapeutique :

> *« Alors en libéral, non [je n'ai pas prescrit d'APA]. Mais après, comme j'ai une autre activité en centre de rééducation, oui. Mais je ne sais même pas s'il y a des professeurs d'APA en libéral. [...] À l'hôpital, quand les patients arrivent dans le service, je leur fais faire un grand bilan par les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, parce que c'est très chronophage. Donc je dirais non [je ne peux pas faire d'évaluation fonctionnelle en libéral]. [...] [L'ordonnance APA en centre de rééducation] c'est tout simple, il s'agit d'une prescription informatique avec comme intitulé "réentraînement à l'effort" ».*
> Médecin Ysoline, salariée et libérale, milieu urbain, prescriptrice d'APA (en salariat), sportive.

Le discours de cette médecin sur la prescription de l'activité physique adaptée, comme les pratiques qu'elle rapporte — de prescription d'APA hospitalière secondée par des paramédicaux et de non-prescription en libéral —, reflète les hiérarchies et classements incorporés par les médecins. Les kinésithérapeutes secondent l'exercice médical, notamment pour le travail coûteux en temps, et c'est à partir de cette position subordonnée que leurs soins sont perçus comme évidents et légitimes. Les soins physiques étiquetés comme APA sont en revanche contingents. Dans le cas de cette médecin, cela ne signifie pas non-prescription, mais l'intégration de soins d'APA dépend de l'intervention préalable d'un·e paramédicale, plus légitime, et d'une procédure simplifiée (prescription automatique informatisée, réduite à une seule ligne). En cela, la classification, opérée par les médecins, de l'APA et de la kinésithérapie comme relevant de domaines distincts, dépend moins des caractéristiques effectives de ces pratiques de soins physiques que d'une proximité à ce qui constitue l'exercice médical par lui-même : évaluation d'une pathologie spécifique chez une patiente ou un patient singulier, et collaboration avec une personne identifiée par son diplôme de professionnel·le de santé qui va réaliser un traitement (fut-il à base de mouvements s'apparentant à quelque chose de proche de l'activité physique).

> *« Alors [je n'ai] pas vraiment [prescrit], je ne sais pas trop comment il faut faire. En fait les assos' j'ai peur qu'ils ne sachent pas trop quoi faire avec cette prescription. Je ne sais pas comment va être utilisée ma prescription, par qui et où, c'est ça qui m'embête ».*
> Médecin Benoit, activité libérale, ville moyenne avec tension sur l'offre médicale, formé à la prescription d'APA, non-prescripteur d'APA, sportif assidu.

La méconnaissance des professionnel·les de l'APA et de leurs savoirs spécifiques, exprimée par ce médecin, s'oppose par ailleurs à sa connaissance de la kinésithérapie. Il considère la prescription de rééducation kinésithérapique comme « simple » et « efficace » : « c'est simple, il y a un problème de genou, bon, on met de la kiné, on sait où les gens vont, pour combien de séances ». Ces propos sont illustratifs des représentations médicales, sans reposer sur une connaissance pratique des soins réellement prodigués. Les kinésithérapeutes libéraux et libérales ont, de fait, des pratiques très variées, sans que cette variabilité soit questionnée par les médecins[33]. À ce titre, le « on sait où vont les gens » fonctionne surtout comme une délimitation des frontières du champ. Cette distinction rejoint les constats de Parsons sur le travail médical, qui peut être décrit comme un travail de qualification des écarts aux normes sanitaires et sociales, traçant une délimitation des cas où l'intervention médicale est justifiée, et des cas où elle ne l'est pas[34]. Cette même ligne départage l'orientation vers des soins physiques kinésithérapiques, d'un ensemble plus flou de situations où l'APA est susceptible d'être prescrite.

L'indication d'activité physique adaptée, intégrer un rapport personnel au sport dans sa pratique médicale

Alors que, s'agissant de la kinésithérapie, la pathologie diagnostiquée implique « naturellement » un adressage du ou de la patient·e à un·e professionnel·le de santé, la situation est différente s'agissant de l'APA. Construite par ses promoteurices comme une possible remédiation à un problème de santé publique, celui de la « sédentarité », l'APA est supposée favoriser la reprise et le maintien d'une activité physique en milieu ordinaire. Le fait que cette pratique prescriptive soit récente, et faiblement institutionnalisée, incite à interroger le rôle du rapport que les médecins entretiennent à titre individuel avec l'activité physique ou avec ses acteurices.

De la même manière que les « schèmes de perception hérités de la socialisation primaire, familiale, religieuse ou militante » se retrouvent dans les méthodes contraceptives proposées par les médecins[35], le rapport personnel à l'activité physique intervient ainsi régulièrement dans les conseils et (non) prescriptions d'APA. La pratique physique personnelle des médecins peut favoriser un intérêt *a priori* :

33 Rollin Jérémy, *Un corps en mouvement : déplacements sociaux et professionnalisation de la kinésithérapie… op. cit.*

34 Parsons Talcott, « Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice », *in*: *The social system,* Glencoe, Free press, 1951, pp.288-322.

35 Gelly Maud, « Socialisation non professionnelle et logiques de prescription médicale : commentaire »…, *op. cit.*

> *« Étant déjà sportive, oui, je les incite [à faire de l'activité physique], surtout pour les diabétiques. Ça fait partie de… je le marque presque sur l'ordonnance déjà, mais c'est pour les inciter à faire du sport. Pour les obèses, à maigrir. […] Ils me voient courir dans le village. Il y a plus de crédibilité. Surtout, pour les gens en surpoids quand ils me regardent… disons que je fais ma pub ».*
> Médecin Philippine, exercice libéral en cabinet de groupe, milieu semi-urbain, non-prescriptrice d'APA, ancienne sportive de haut niveau.

Cette médecin considère sa propre pratique et l'image de son corps comme permettant d'inciter ses patient·es à accroître leur activité physique. L'inscription personnelle des médecins dans des pratiques sportives n'implique pour autant pas qu'iels aient nécessairement recours à la prescription d'APA dans leur consultation[36]. Un autre médecin enquêté, sportif, s'intéresse à l'activité physique, ce qui l'a conduit à s'inscrire à une formation continue en lien avec le sujet ; mais il en a surtout retenu la complexité de prise en charge. Il juge ainsi le dispositif « *pas clair* », nécessitant de remplir des « *grilles pour évaluer la capacité des gens… Encore un machin à remplir* » (médecin Benoît). L'importance de l'activité physique et sportive est reconnue, mais, alors même qu'elle semble prédisposer les médecins à se former à la prescription d'APA, elle demeure comme dissociée de leur travail médical, et continue de relever de la pratique personnelle de loisir.

> *« Il y avait soi-disant il y a quelques années, possibilité de prescrire et mise en place d'une activité physique remboursée, qui n'a pas été honorée, je trouve. Donc maintenant je fais ma petite sauce toute seule. […]. Verbalement. […] Je n'ai jamais fait d'ordonnance. […] Et quand je m'étais inscrite à une formation pour faire justement du sport sur ordonnance, on m'a dit que c'était abandonné donc je suis repartie de la formation. Super (ton négatif) ! ».*
> Médecin Philippine.

Cette tension entre intérêts, mais absence d'intégration dans l'exercice est résumée par le fait que la Dr Philippine ne prescrit pas — puisqu'on lui a annoncé que « c'était abandonné » lors de la formation —, tout en ayant une affiche récente de promotion d'un dispositif local de « Sport sur Ordonnance », demeuré bel et bien actif, dans sa salle d'attente.

Plutôt que la pratique physique individuelle des médecins, l'enquête qualitative menée sur les déterminants de la prescription a fait apparaître l'importance de l'organisation du travail médical sur les pratiques prescriptives[37]. En effet, les médecins travaillant dans les MSP se sont avérés être surreprésentés dans l'ensemble des prescripteurices d'APA interrogé·es. L'intégration des EAPA dans les structures médicales, et la sociabilité qu'elle engendre semblent favoriser ces prescriptions. Au niveau institutionnel, les diverses mises en réseaux des professionnel·les de santé (dispositif Asalée, MSP, etc.) sont aussi des occasions pour de nouveaux métiers de s'intégrer à l'offre médicale. Le cas de la médecin Laetitia (exerçant depuis 18 mois dans une MSP située en lisière d'un Quartier Prioritaire de la Ville où des EAPA ont eu une activité régulière pendant plusieurs mois) permet de comprendre les effets de ces proximités entre acteurices au travail. Avant son arrivée dans cette structure pluriprofessionnelle, elle exerçait dans un cabinet collectif de médecins, où elle ne prescrivait pas : « ce n'est pas un truc du tout… Je ne m'étais pas du tout saisie de ces trucs-là. » Sportive, elle rapporte avoir alors plutôt conseillé aux patient·es de pratiquer une activité physique de leur côté, un peu à la manière de la médecin Philippine. Elle se met pourtant à prescrire de l'APA encadrée après son arrivée dans la MSP, et ce de manière plutôt intensive (plus d'une centaine d'indications d'entrée dans des programmes d'APA en 18 mois), ce qui peut être expliqué par des liens de sociabilités qui se sont créés avec des EAPA : « le fait qu'on connaisse ; moi, je dis toujours, "il y a Jérôme et Florence", voilà, on les connaît, ça se passe bien ».

Pourtant, l'effet de l'interconnaissance en contexte professionnel est moins durable que la légitimité accordée par principe aux détenteurices d'un diplôme anciennement reconnu dans le champ médical – même lorsque celles et ceux-ci ne sont pas personnellement connu·es des médecins et qu'iels sont éloigné·es de leur lieu de pratique. La médecin Laetitia indique, durant l'entretien, une diminution de sa pratique prescriptive d'APA, ce qu'elle impute d'abord à la stabilisation de sa patientèle : « Alors, là, ça change un peu mes prescriptions, effectivement. […] ça se calme un peu. […] Quand on connaît [les patients] depuis un peu plus longtemps, parfois, on y pense moins. Et je pense que j'en fais moins ces derniers mois, là, des prescriptions d'APA parce que, justement, j'ai moins de nouveaux patients, aussi. » Pourtant, la réflexivité induite par la situation d'entretien l'amène à formuler une autre hypothèse : « C'est vrai que ça fait longtemps qu'on ne les a pas vus. Il faudrait que [les EAPA] viennent manger ici de temps en temps, mais ils ne le font plus. Du coup, on ne les voit plus. » Si elle prescrit encore de l'APA, c'est « moins souvent », à la fois du fait d'une routinisation de son exercice au sein de la MSP, mais aussi de la moindre fréquence des interactions avec les EAPA qui travaillent dorénavant dans d'autres locaux. La prescription d'APA diminue du fait de la distance spatiale nouvelle, et de la distance sociale maintenue. Associant les soins physiques dispensés par les kinésithérapeutes à une pratique médicale légitime, et ceux dispensés par les EAPA à un choix personnel lié

36 Bloy Géraldine, Moussard Philippon Laetitia & Rigal Laurent, « Les médecins généralistes et le conseil en activité physique : des évidences aux contingences de la consultation », *Santé publique,* Hors-série S1, 2016, pp.153-161.

37 Collectif PrescAPP, *Une (petite) mesure de santé publique. Politiques et usages de la prescription d'activité physique auprès des personnes vieillissantes…, op. cit.*

à l'hygiène de vie, les médecins ont des pratiques prescriptives différenciées.

DES PRESCRIPTIONS ET DES DESTINATAIRES, DES RAPPORTS DE FORCE À L'ŒUVRE

Les fonctions et usages des ordonnances montrent en quoi ces distinctions sont sous-tendues par des agencements institutionnels qui contribuent à hiérarchiser les professionnel·les des soins physiques. Ainsi, modifier les pratiques médicales de prescription constitue un enjeu pour des acteurices dominés du champ médical.

Des pratiques prescriptives en fonction des destinataires formels : l'Assurance maladie ou la ou le patient·e.

La prescription de kinésithérapie libérale se fait systématiquement à l'écrit[38]. Le support peut être fourni par l'Assurance maladie (les formulaires Cerfa) ou rédigé sur papier blanc (imprimé ou manuscrit) par le ou la médecin. L'ordonnance comporte obligatoirement les numéros de référencement de la ou du médecin prescripteur, le nom du ou de la patient·e, associé à sa date de naissance (qui permettent son identification par les Caisses primaires d'assurance maladie), la date de la prescription et la signature du médecin. Le formalisme de l'écrit et l'importance des éléments d'identification (des praticien·nes et patient·es) s'expliquent par le destinataire du document, l'Assurance maladie. Ce document est là pour ouvrir droit à une prise en charge des frais de rééducation[39]. Pour ce faire, les services administratifs doivent pouvoir contrôler que l'ordonnateur des dépenses induites soit bien habilité à le faire (il s'agit d'un·e médecin identifiable par son numéro de praticien·ne), que la ou le patient·e ait bien des droits ouverts (plusieurs caisses d'Assurance maladie existent et les taux de prises en charge peuvent varier), ce qui légitime la mise en paiement quand la ou le kinésithérapeute, effectuant les soins, présente ses honoraires accompagnés de cette prescription.

À l'inverse, nous avons pu observer que les recommandations médicales de pratique d'activité physique (exercice autonome ou encadré par un EAPA) se font aussi bien à l'oral qu'à l'écrit, ce qui avait déjà conduit certain·es auteurices à davantage parler d'indications que de prescriptions[40]. Le travail des EAPA n'est généralement pas pris en charge par l'Assurance maladie. Cela favorise d'autant plus l'hétérogénéité des pratiques prescriptives que la possibilité de prescrire de l'APA s'inscrit dans un construit de promotion de l'activité physique modérée, à laquelle l'APA est régulièrement assimilée – invisibilisant ainsi l'effet de son encadrement par des professionnel·les. Reflet de son extériorité aux offres thérapeutiques remboursées, le flou sur l'éventuel organisme de prise en charge fait qu'une partie des médecins interrogé·es pensent que les prescriptions d'activité physique (en réalité souvent des simples recommandations) sont d'abord destinées à leurs patient·es elles et eux-mêmes :

> *« Je la prescris [l'APA], je ne l'écris pas, effectivement ; ça devrait faire partie de mes prescriptions. Je la prescris oralement, probablement une erreur, il faut passer des pensées aux actes. Là je pense que de l'écrire c'est quelque chose de très important pour les patients alors ça m'arrive de temps en temps de marquer sur une ordonnance, voilà une heure, une heure trente de marche par semaine par exemple, au tout début, quand ils reprennent une activité. »*
> Médecin Pierre, libéral en cabinet de groupe avec activité d'enseignement universitaire, ville moyenne avec tension sur l'offre médicale, non-prescripteur d'APA encadrée, ancien sportif.

N'ayant que peu valeur d'acte administratif (même si certaines mutuelles prennent partiellement en charge la pratique sportive ou l'APA), le passage à l'écrit n'est pas systématisé, même si les médecins estiment souvent que cela donne plus de poids à leurs injonctions. Cette utilisation de la prescription écrite comme instrument de gouvernement des conduites est même théorisée par certain·es médecins interrogé·es qui évoquent les principes des « entretiens motivationnels » ou « thérapies comportementales ». Les patient·es sont incité·es à décrire leurs objectifs en termes d'activité physique, et le passage à l'écrit opéré par le ou la médecin permet l'établissement d'une prescription qui fait figure de « contrat » symbolique. En matière d'activité physique, les documents écrits sont, de fait, le plus souvent destinés aux patient·es (notamment pour les inciter à reprendre une pratique sportive individuelle), alors que l'adressage à des structures organisant des programmes d'APA encadrée — qui alors, deviennent également destinataires de l'ordonnance — est très minoritaire.
À la stabilité de l'ordonnance de kinésithérapie s'oppose ainsi la multiplicité des prescriptions d'APA : des conseils qui peuvent être aussi bien oraux qu'écrits, concernant des activités physiques très variables, avec différents destinataires dont la propriété commune est d'être situés hors du champ médical[41].

Des destinataires informels : l'ordonnance comme instrument de communication avec les professionnel·les des soins physiques

38 Ce qui diffère du cas hospitalier où les échanges entre acteurices peuvent être oraux, mais cette spécificité de l'hôpital ne sera pas convoquée ici, car elle nécessite de prendre en compte d'autres cadres institutionnels structurants et parfois contradictoires (financement à l'activité de l'hôpital, paiement à l'heure des travailleurs, etc.).

39 Bec Colette, *La Sécurité sociale : une institution de la démocratie*, Paris, Gallimard, 2014, p.237.

40 Samy-Berthomier Souganya, « Activités physiques et santé mentale : prescription ou indication ? », *in* Fayollet Catherine, Kern Laurence, & Thevenon Catherine (dir.), *Activités physiques en santé mentale*, Paris, Dunod, 2019, pp.71-82.

41 Les mutuelles pourraient être l'exception, mais celles-ci demandent en réalité le programme proposé à leurs adhérent·es plutôt qu'une prescription.

À ces deux destinataires explicites, l'Assurance maladie qui finance les soins pour les prescriptions de kinésithérapie, et le ou la patient·e à inciter pour les prescriptions d'APA, il faut ajouter des destinataires implicites, les (éventuel·les) professionnel·les prodiguant les soins physiques, qui sont loin d'être évident·es dans les discours sur l'activité physique.

Concernant les kinésithérapeutes, les éléments administratifs destinés à l'Assurance maladie sont complétés par des indications variables quant à la pathologie du ou de la patient·e. Cette variabilité est d'autant plus importante que la loi autorise des ordonnances de kinésithérapie sans indication ni quantitative (le nombre de séances) ni qualitative (les actes à réaliser). Sous ce rapport, les ordonnances reçues pendant un an dans deux cabinets de kinésithérapie distincts ont été analysées. Le contenu va d'une simple indication (« indication de kinésithérapie »), à une indication associée à une pathologie, jusqu'à un descriptif détaillé du nombre de séances et de leurs contenus attendus, qui reste possible (« réaliser 10 séances de kinésithérapie pour lombalgie, avec travail actif des muscles érecteurs du rachis, travail d'étirement et conseils posturaux »). Ces différences sont à relier au niveau de connaissances des médecins sur les soins à réaliser et à l'interconnaissance entre les professionnel·les[42] : l'ordonnance sert de véhicule à des communications directes entre soignant·es, et est le reflet des variations de proximités entre kinésithérapeutes et médecins.

Les EAPA peuvent également être destinataires de l'ordonnance, quand le médecin sollicite une activité encadrée. Sur nos terrains, il s'agissait de cas où iels travaillent à proximité directe des médecins (MSP par exemple), ou bénéficient d'une ancienneté ou d'une visibilité particulière sur le territoire (intégration dans des réseaux comportant des professionnel·les de santé). Dans ces cas d'interconnaissance, à la manière de l'ordonnance de kinésithérapie, il est possible de retrouver des indications sur l'état et les besoins des patient·es. Dans une des structures d'APA enquêtées, les ordonnances ont pu être analysées. Leurs formulations reflètent les tensions qui organisent cet espace frontière : dans certains cas, rares, les médecins ne remplissent pas du tout l'ordonnance, dans d'autres, iels rapportent les limitations fonctionnelles (traduites en « points de vigilance »), parfois précisent les pathologies de leurs patient·es (alors, peut-être, considérés comme patient·es partagés). La disparité des informations portées sur les ordonnances reflète la difficulté à classer les EAPA comme professionnel·les de santé ou professionnel·les du sport. Ainsi, alors que les ordonnances revêtent une fonction de communication entre professionnel·les de santé, celles d'APA ne servent pas toujours à communiquer avec des EAPA, mais plutôt avec des « intermédiaires pratiques de la prescription » : professionnel·les de santé — kinésithérapeutes ou infirmières de santé publique par exemple — ou parfois « coordos » des Maisons Sport-Santé[43]. Cet allongement de la chaîne de prescription peut être analysé comme une tentative de faire coïncider l'APA avec la logique de l'espace médical, de recours à des auxiliaires reconnus concernant le périmètre d'intervention : les kinésithérapeutes pour les soins physiques ou les infirmières pour la prévention en santé.

« En général, j'envoie plutôt en premier lieu vers l'infirmière Asalée parce que j'ai un intérêt en termes d'éducation, pas que juste le faire bouger. Si je vais vers [le dispositif régional d'APA], l'idée c'est de leur faire faire que du sport, enfin "que", de changer juste cette partie-là. C'est déjà bien, mais c'est juste pour changer et les faire bouger alors que l'infirmière Asalée, c'est pour qu'ils discutent, qu'ils comprennent et qu'ils apprennent leur maladie, mais aussi qu'elle leur fasse changer leurs habitudes, que ce soit alimentaire ou activité, pas que bouger [...] on ne peut pas juste leur dire "bougez" en fait. C'est un peu réducteur donc je préfère passer par elle et puis en plus, après, elle a le temps de leur expliquer le principe du [dispositif régional] un peu plus dans les détails que moi, et du coup ça aide aussi à ce qu'ils acceptent l'idée. Elle leur en parle et ensuite elle vient me voir et je fais la signature, mais en général c'est plus elle qui propose. » Médecin Sylvia, libérale en MSP en milieu rural, prescriptrice d'APA, pratique physique régulière avant sa grossesse.

Comme d'autres médecins interrogé·es, la médecin Sylvia fait le lien entre les modalités de la rédaction d'ordonnance et l'appartenance ou l'extériorité des acteurices impliqués par rapport au champ médical. Bien que les EAPA soient régulièrement formé·es à l'éducation thérapeutique, pour cette médecin, il s'agit d'une activité ne relevant pas de leur domaine, mais de celui exclusif des paramédicaux. L'EAPA n'est pas envisagé comme pouvant prendre en charge une problématique large de santé, mais est cantonné à des aspects purement techniques de mise en œuvre de l'activité physique. L'ordonnance est un instrument qui relie différents espaces, ce qui peut nécessiter l'intervention d'acteurices positionné·es à l'intersection de ceux-ci. Ces derniers peuvent être, pour la médecin Sylvia, une infirmière Asalée ou, pour la médecin Ysoline vue supra, un·e kinésithérapeute qui réalise un bilan préalable à l'ordonnance d'APA.

Les médecins au travail ont un temps limité à consacrer à chaque cas, ce qui explique la tentation de déléguer le travail chronophage et peu légitime d'interaction avec les acteurices de l'espace des sports. On retrouve ainsi l'aspect collectif de la prescription repérée dans les services psychiatriques hospitaliers par

42 Rollin Jérémy, *Un corps en mouvement : déplacements sociaux et professionnalisation de la kinésithérapie…*, *op. cit.*

43 Collectif PrescAPP, *Une (petite) mesure de santé publique. Politiques et usages de la prescription d'activité physique auprès des personnes vieillissantes…*, *op. cit.*

Julia Legrand[44]. Dans le cas de l'APA, l'allongement de la chaîne thérapeutique, c'est-à-dire l'implication des paramédicaux, favorise son intégration — quoiqu'inaboutie — dans l'ensemble des pratiques de soins physiques. L'existence de la prescription d'APA est ainsi favorisée par la présence d'encadrant·es APA dans les structures médicales, les facilités de prescriptions, le réseau d'interconnaissance ou l'intermédiation de paramédicaux.

La prescription, un enjeu de pouvoir entre soignant·es

Les variabilités des prescriptions et de leurs usages sont aussi des révélateurs des tensions qui traversent le champ médical, elles montrent des dynamiques très différentes entre kinésithérapeutes et EAPA.

Concernant l'APA, une partie des médecins rencontré·es peuvent exprimer des réserves sur cet élargissement de leurs prérogatives :

> *« Je trouve que ça [la prescription d'APA] fait partie des machins qu'on crée, qu'on va proposer au patient, qu'on va plus ou moins imposer, on va me les stresser et puis ça fait partie de la médicalisation de la société que je n'avalise pas du tout. Je ne suis pas du tout là-dedans. Médicaliser mes patients ça ne m'intéresse absolument pas. »*
> Médecin Laurent, libéral en cabinet de groupe, milieu urbain, a prescrit de l'APA « une fois, quand [il a] reçu le papier », physiquement actif.

On peut lire ce discours, critiquant la médicalisation alors qu'il s'agit justement de faire appel à des professionnel·les perçu·es comme hors du champ (para)médical, plutôt qu'à un·e auxiliaire, comme une manifestation des luttes de définition des frontières du champ médical. Les mobilisations autour de l'APA, partiellement extérieures au champ médical (mobilisations professionnelles des EAPA, législateurs, campagnes de santé publique) suscitent des réactions de la part des médecins pour préserver leur autonomie. Cela se traduit par le choix de se conformer ou non au dispositif et de prescrire et orienter (ou non) des patient·es vers cette offre. Ils et elles entérinent ainsi, ou non, au quotidien, la légitimité des EAPA à intervenir dans le champ médical. Cette légitimité est fragile et nécessite un entretien constant de la part des EAPA qui peuvent y voir une reconnaissance positive.

À l'inverse, pour les kinésithérapeutes, historiquement intégrés au champ médical, la prescription peut être considérée comme une marque de la domination des médecins. Pourtant, dans les faits, ils et elles considèrent rarement le contenu de l'ordonnance comme contraignant :

> « Oui je les lis [les prescriptions]. Si c'est bien, je fais, rarement tout, je dis au patient, si je fais tout, je vais vous tuer… Parfois c'est vraiment n'importe quoi, alors là je le dis au patient et on fait autrement. »
> Entretien avec le kinésithérapeute André, exercice libéral solitaire, ancien sportif amateur.

Cette désinvolture par rapport aux prescriptions prescriptives cohabite avec une liberté de fait laissée aux kinésithérapeutes dans d'autres libellés. Le message peut parfois ressembler davantage à un réadressage d'un·e patient·e entre pairs (aux positions certes asymétriques) qu'à une injonction à faire réaliser une tâche par un·e auxiliaire (cf. image 1).

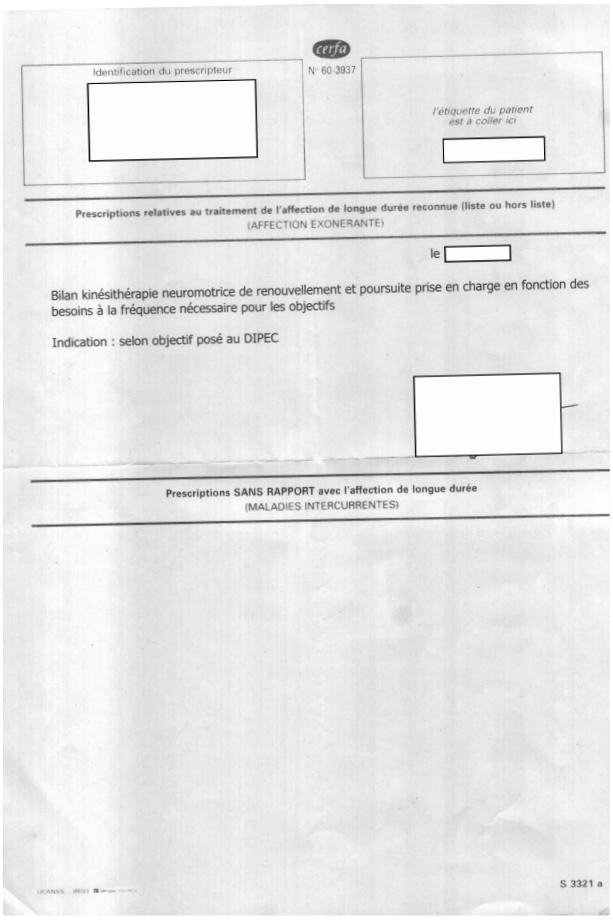

cerfa
N° 60-3937
Identification du prescripteur
l'étiquette du patient est à coller ici
Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)
le
Bilan kinésithérapie neuromotrice de renouvellement et poursuite prise en charge en fonction des besoins à la fréquence nécessaire pour les objectifs
Indication : selon objectif posé au DIPEC
Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)
S 3321 a

Image 1 : Prescription médicale de kinésithérapie, matériau de thèse (Rollin, 2022)

Au-delà de la forte liberté laissée aux kinésithérapeutes, cette ordonnance permet de relever la proximité de professionnel·les qui partagent un vocabulaire spécifique avec l'utilisation de ce terme de « DIPEC » (il s'agit d'un diagnostic partagé après réunion pluridisciplinaire pour un patient avec une pathologie chronique). Les kinésithérapeutes choisissent leurs traitements au sein de leurs cabinets ; et les libellés des ordonnances médicales, souvent permissifs, rappellent qu'ils et elles jouissent d'une forte autonomie pratique.

44 Legrand Julia, « L'injonction ou l'injection. Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique », *Genèses*, n°127, vol.2, 2022, pp.11-32.

Leurs revendications de suppression de l'ordonnance médicale pour accéder aux soins de kinésithérapie ont moins pour but de modifier le travail réel que de signifier une amélioration de leur position dans le champ médical. La prescription n'est plus, comme pour les EAPA, un marqueur de la légitimité à agir dans le champ médical, car ce point est acquis. Elle est, au contraire, considérée comme un frein à l'horizontalisation des relations avec la profession médicale.

Du côté de l'APA, l'inaboutissement de la mise en place d'une prescription médicale est le reflet d'une position des EAPA quasi toujours jugée extérieure au champ médical. Les pratiques prescriptives dépendent alors des modes d'organisation du travail et des liens entre les personnes. Du côté des kinésithérapeutes, l'aspect automatique de la prescription montre la force de l'inscription dans le champ médical, mais aussi la faiblesse de l'ordonnance comme instrument de contrôle médical sur le travail kinésithérapique. Les tentatives actuelles des kinésithérapeutes pour s'en passer sont alors d'abord une lutte pour améliorer leur position dans la hiérarchie symbolique structurant le champ médical.

CONCLUSION

À la lumière de ce travail comparatif, nous considérons la prescription de soins physiques comme un outil de stabilisation des rapports au sein du champ médical et de contrôle des frontières avec l'extérieur du champ. Pour les métiers comme la kinésithérapie qui ont acquis une légitimité suffisante dans cet espace (universitarisation à proximité de la médecine, niveau d'étude allongé, recrutement social de membres de plus en plus fortement dotés en capitaux hérités[45]), l'ordonnance devient une contrainte qu'il s'agit de réduire à une portion congrue. À l'inverse, pour les métiers sous attraction du champ médical, mais qui lui sont plus extérieurs (formation à distance de la médecine, moindre importance du concours, membres issus de milieux sociaux plus divers[46]) l'ordonnance est un outil de légitimation de pratiques plus ou moins reconnues par les médecins *gate-keepers*. Même si la prescription prend des allures diverses et met en jeu de plus en plus de personnes, cela semble davantage traduire une recomposition qu'un affaiblissement de la domination médicale, à l'image de ce qu'avancent Joséphine Eberhart et Julia Legrand concernant la prescription de médicaments[47].

Plus généralement, cet instrument met en lumière une double dynamique à l'œuvre dans l'espace de la santé. D'une part, le processus de spécialisation accentuée[48] est source d'expansion pour la profession médicale. Le processus mimétique par lequel la kinésithérapie tend à se rapprocher sensiblement d'une profession médicale (durée d'études, autonomie de fait et, pour l'instant à l'état de revendication, reconnaissance statutaire) permet cette expansion au prix d'une concession (reconnaissance d'un métier comme légitime à s'occuper de l'objet santé sans que ses titulaires aient obtenu le diplôme souverain). Mais, d'autre part, ce processus est doublé d'une dynamique de contrôle et une limitation de l'expansion médicale, surtout si elle implique de nouveaux et nouvelles acteurices. Le cas de l'APA est en ce sens illustratif : les médecins ne s'intéressent certes pas à tous les déterminants, conduites, techniques ou personnes qui améliorent la santé de leurs patient·es. Mais ils et elles s'y intéressent d'autant moins que les propositions émanent d'acteurices considéré·es comme extérieur·es au champ médical. Nos enquêtes appuient sur les légitimités perçues des acteurices comme (dé)limitant la médicalisation des sociétés occidentales. Il n'en reste pas moins vrai que les demandes émanant des patient·es, qui peuvent peser pour obtenir des prescriptions nouvelles, pourraient aussi participer aux recompositions à l'œuvre.

45 Rollin Jérémy, « Diferencias de capitales entre los estudiantes franceses de fisiotherapia en Francia y España. ¿Qué dice la sociología bourdieusiana sobre las profesiones? » *Sociología del trabajo,* n°105, 2024, pp.113-126.

46 Bodin Romuald & Orange Sophie, « Déjouer les pronostics scolaires et les destins sociaux. Sur quelques représentations et usages de la filière STAPS », *Sciences sociales et sport,* n°14, vol.2, 2019, pp.31-49.

47 Eberhart Joséphine & Legrand Julia, « La prescription médicale comme enjeu de pouvoir », *Genèses,* n°127, vol.2, 2022, pp.3-9.

48 Pinell Patrice, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales,* n°156-157, vol.1, 2005, pp.4-36.