

LES USAGES DIFFERENCIES DU SPORT COMME NORME DE SANTE ET LEURS EFFETS PERVERS : UNE ETUDE DES PRATIQUES CORPORELLES EXTREMES A L'ERE DU CULTE DE LA PERFORMANCE

OSSIRI Yao Franck

*Enseignant-Chercheur à l'Institut National
de la Jeunesse et des Sports (Côte d'Ivoire)
Correspondant : ossirifranck6@gmail.com*

Ablakpa Jacob AGOBE

*Maître de Conférences (CAMES)
Ecole Doctorale SCALL-ETAMP
Université Félix Houphouët-Boigny
Département de sociologie
agobe.jacob42@ufhb.edu.ci
jacobagobe@yahoo.fr*

Résumé

Cette étude interroge la réception différenciée du sport comme norme médicale de santé dans la société ivoirienne, en particulier à Abidjan. À partir d'une approche qualitative triangulée, elle analyse les pratiques sportives extrêmes motivées par l'esthétique, la reconnaissance sociale ou le capital corporel, mais entraînant des effets contre-productifs pour la santé. En mobilisant la sociologie du corps, la sociologie critique de la santé et l'analyse interactionniste, elle montre comment ces pratiques traduisent des rapports ambigus à la norme médicale et aux inégalités sociales de santé.

Mots clés : Normes de santé, Pratiques corporelles extrêmes, Culte de la performance, Effets pervers du sport

Abstract

This study examines the differentiated reception of sport as a medical norm of health within Ivorian society, with a particular focus on Abidjan. Drawing on a triangulated qualitative approach, it analyses extreme sporting practices driven by aesthetic motives, the quest for social recognition, or the pursuit of bodily capital practices that often result in counterproductive

health outcomes. By mobilising the sociology of the body, critical health sociology, and interactionist analysis, the study reveals how these practices reflect ambiguous relationships with medical norms and expose underlying social health inequalities.

Keywords: *Health norms, Extreme bodily practices, Cult of performance, Perverse effects of sport*

Introduction

En Côte d'Ivoire, comme dans de nombreuses sociétés contemporaines, le sport a progressivement acquis le statut de norme médicale légitime, prescrit comme instrument central de prévention, d'entretien du capital santé, et de moralisation des conduites individuelles. Cette médicalisation des pratiques corporelles s'est traduite par une diffusion généralisée de discours valorisant l'activité physique comme impératif de santé publique. Toutefois, dans le contexte urbain abidjanais, notamment dans les communes de Cocody, Yopougon et Marcory, cette norme a été réappropriée de manière hétérogène, donnant lieu à des pratiques sportives extrêmes (bodybuilding intensif, fitness radicalisé, dopage amateur), dont les finalités excèdent le simple maintien de la santé. L'idéal de performance corporelle, modelé par des logiques de distinction sociale et d'investissement identitaire, tend alors à supplanter les considérations sanitaires, induisant un paradoxe fondamental : l'injonction à la santé, lorsqu'elle est surinvestie, devient source de déséquilibres somatiques, de souffrances physiologiques et de pathologies émergentes.

Cette tension fonde la problématique centrale de l'étude : comment les usages différenciés du sport, tels que prescrits par les discours médicaux, se transforment-ils en pratiques corporelles extrêmes dans les contextes urbains ivoiriens, et quels en sont les effets sociaux et sanitaires ? En interrogeant les processus de réappropriation locale d'une norme globalisée, cette recherche vise à déconstruire l'apparente neutralité des

injonctions biomédicales, et à révéler les médiations sociales, économiques et symboliques qui façonnent les rapports au corps et à la santé dans les espaces urbains africains contemporains.

La pertinence scientifique de ce travail réside dans le fait qu'il contribue à combler un vide théorique et empirique dans le champ de la sociologie du sport et de la santé en Afrique francophone. En s'inscrivant à l'intersection de la sociologie du corps, des inégalités sociales de santé et des régimes de performativité, il documente avec précision la manière dont des normes médicales universelles sont retravaillées au prisme des aspirations sociales locales, produisant des usages ambigus, voire déviants, du sport. L'analyse met au jour les effets pervers d'une survalorisation de la performance physique, souvent alimentée par des injonctions biomédicales intériorisées mais reconfigurées dans des logiques de distinction ou de valorisation de soi. D'un point de vue utilitaire, les résultats peuvent contribuer à orienter les politiques de prévention et de régulation sanitaire, en soulignant la nécessité de contextualiser les discours de santé selon les configurations socioculturelles locales.

Du point de vue de la pertinence sociale, l'étude s'avère d'autant plus cruciale qu'on observe une recrudescence des troubles liés au surentraînement : affections cardiaques précoces, dérèglements hormonaux, lésions musculo-squelettiques chroniques. Ces pathologies, souvent occultées dans les discours institutionnels de santé, appellent une relecture critique des formes contemporaines de rapport au corps. La recherche permet ainsi de penser l'émergence de nouvelles vulnérabilités corporelles à l'ère du culte de la performance et d'interroger les processus d'auto-discipline corporelle qui se déploient hors des cadres médicaux traditionnels. Elle ouvre également la voie à une meilleure régulation des pratiques sportives extrêmes, en insistant sur l'importance d'une communication préventive nuancée et culturellement située.

Cette réflexion s'est nourrie d'une revue de la littérature mobilisant plusieurs travaux fondateurs en sociologie. P. Bourdieu(1979), montre comment les pratiques culturelles, y compris sportives, participent de la reproduction des hiérarchies sociales en fonction des capitaux détenus. Le sport n'y apparaît pas comme une activité neutre, mais comme un marqueur de classe et de style de vie. M. Foucault(1975), conceptualise quant à lui le « corps discipliné », produit de dispositifs de pouvoir diffus et intériorisés. Cette notion permet de comprendre comment les corps contemporains sont façonnés par des normes de rendement et d'auto-surveillance. A. Ehrenberg (1998), décrit les pathologies des performances troubles anxieuses, dépressions, souffrances corporelles comme effets psychiques d'un impératif constant d'activation de soi.

En définitive, L. Boltanski (1971), analyse la manière dont le corps est investi différemment selon les appartenances sociales, économiques et culturelles, éclairant les rapports pluriels et parfois conflictuels à la santé, au soin et à la douleur.

Ainsi, à travers une lecture croisée de ces apports théoriques, cette recherche propose de repenser les pratiques corporelles extrêmes non comme des dérives individuelles, mais comme des révélateurs de tensions structurelles entre normes médicales, rapports sociaux de classe, et idéaux contemporains de performance corporelle.

1. Référentiel théorique & méthodologique

Cette étude s'est inscrite dans un cadre théorique mobilisant la sociologie du corps, la biopolitique et la sociologie interactionniste, afin d'analyser la manière dont les pratiques sportives extrêmes, dans le contexte urbain abidjanais, construisaient des formes socialisées du corps marquées par des tensions entre performance, santé et reconnaissance sociale. Le corps, loin d'être une donnée biologique brute, avait été

appréhendé comme un espace d'inscription de normes, d'habitus et de stratégies identitaires.

Dans une première perspective, la sociologie du corps a été mobilisée à partir des travaux fondateurs de M. Mauss (1934) et de P. Bourdieu (1980), qui ont démontré que le corps constitue un support privilégié des habitus incorporés, façonnés par des processus de socialisation différenciés selon les positions de classe. Cette approche a été opérationnalisée par l'analyse des routines corporelles observables dans les salles de sport, ainsi que par l'examen des discours des enquêtés relatifs à la quête d'un corps performant. Le corps y apparaît comme un produit structuré et structurant des pratiques récurrentes et intériorisées, reflétant à la fois des logiques de distinction sociale, d'ascension symbolique et de conformité aux normes esthétiques dominantes.

Dans une seconde perspective, la biopolitique telle que conceptualisée par M. Foucault (1975 ; 1976) avait permis de penser le sport comme une technologie de gouvernement de soi. Le sport, en tant que pratique d'auto-discipline et de régulation corporelle, participait de la construction de sujets responsables de leur propre santé, de leur apparence et de leur productivité. Cette grille de lecture avait été mobilisée pour analyser les discours médicaux intériorisés par les pratiquants, ainsi que la manière dont les impératifs sanitaires globaux se traduisaient en prescriptions normatives subjectivement incorporées. Les enquêtés se présentaient souvent comme entrepreneurs de leur propre santé, dans un contexte où la pression à la conformité corporelle était largement médiatisée.

En somme, la sociologie interactionniste du corps avait été convoquée à partir des travaux E. Goffman (1959) afin de saisir les logiques de visibilité et de performance identitaire à l'œuvre dans les espaces publics et numériques. L'analyse des récits de présentation de soi et des usages des réseaux sociaux (notamment Instagram et TikTok) avait mis en évidence une

mise en scène constante du corps entraîné, dans une logique de reconnaissance symbolique. Le corps était ici traité comme un capital visuel, un support de valorisation dans un marché symbolique structuré par les normes de beauté, de contrôle et d'endurance.

L'articulation de ces trois cadres théoriques avait permis une lecture critique et multidimensionnelle du corps socialisé, croisant les déterminants structurels, les dispositifs de pouvoir et les interactions situées. Toutefois, cette approche présentait certaines limites. D'une part, l'accès aux données médicales objectives restait restreint, en raison de la confidentialité et de la faiblesse des dispositifs de traçabilité sanitaire. D'autre part, la forte subjectivité des discours sur le corps – souvent nourris de récits valorisants ou de justifications personnelles – rendait plus complexe l'objectivation sociologique des expériences corporelles extrêmes.

Sur le plan méthodologique, la recherche s'est appuyée sur une approche qualitative triangulée, articulant plusieurs techniques de collecte. Le terrain s'est déroulé à Abidjan, avec un choix de zones contrastées socialement : Cocody, représentant les classes moyennes et supérieures, Yopougon, quartier populaire à forte densité démographique, et Marcory, espace mixte sur les plans économique et culturel. Cette diversité spatiale avait permis de saisir la pluralité des rapports au sport dans un contexte urbain stratifié.

L'échantillon s'était composé de 24 enquêtés, répartis en trois profils sociologiquement contrastés : huit sportifs amateurs engagés dans une pratique intensive (plus de quatre séances hebdomadaires sur une période d'au moins six mois), huit coachs sportifs ou influenceurs fitness très actifs sur les réseaux sociaux, et huit professionnels de santé (médecins du sport, kinésithérapeutes, nutritionnistes). Les critères d'éligibilité avaient inclus la pratique sportive intense, le recours régulier à

des suppléments ou substances dopantes, la quête explicite d'un idéal esthétique, ainsi que l'auto-déclaration de troubles corporels liés à cette pratique.

Les données ont été recueillies à partir d'entretiens semi-directifs menés en face-à-face, d'une durée moyenne d'une heure, enregistrés et retranscrits. Deux terrains d'observation participante avaient également été réalisés dans des salles de sport fréquentées par les enquêtés, permettant une immersion dans les dynamiques d'interaction et les usages du corps en situation. Enfin, une analyse de contenus numériques avait porté sur les publications Instagram et TikTok d'acteurs locaux, afin de documenter les formes visuelles et discursives de mise en scène du corps performant.

L'ensemble des données avait été traité selon une méthode d'analyse thématique croisée, fondée sur un codage ouvert et inductif selon la démarche proposée par Paillé et Mucchielli (2016). Cette approche avait permis de dégager des régularités transversales, tout en respectant la singularité des trajectoires individuelles et des configurations sociales. Les catégories construites avaient mis en évidence des formes spécifiques de subjectivation corporelle, de rationalisation de la souffrance, et de redéfinition de la santé dans un contexte de normativité performative.

2. Résultats

2.1. La corporéité sportive comme modalité d'accumulation de capital incorporé et dispositif de légitimation symbolique dans les dynamiques de reconnaissance sociale¹

Le corps performant est devenu un capital symbolique. Les jeunes hommes en particulier le perçoivent comme un moyen d'attirer l'attention, de valoriser leur masculinité ou leur statut social.

Production discursive des enquêtés : « Franchement ici, si tu n'as pas un bon corps, tu es invisible. Les filles ne te regardent même pas. » (A.Y, 27 ans, commerçant) ; « Le sport, c'est mon image. C'est ma marque sur les réseaux. Si je lâche, je perds tout. » (Y.H, 30 ans, coach sur Instagram) ; « Moi j'ai grossi mes bras, j'ai pris des boosters. C'est pas pour la santé, c'est pour les regards. » (J.K, 24 ans, étudiant)

¹ Ce titre met en évidence le rôle du sport comme opérateur de capitalisation symbolique et de différenciation sociale à travers le corps.

- « **Corporéité sportive** » : le terme désigne le corps en tant que réalité socialement travaillée, c'est-à-dire façonnée par les pratiques sportives, et non pas seulement comme substrat biologique. Il s'agit du corps discipliné, performé et esthétisé, qui exprime des dispositions incorporées au fil des entraînements, des efforts et des *habitus* sportifs.
- « **Modalité d'accumulation de capital incorporé** » : dans la perspective bourdieusienne, l'investissement corporel par le sport est une manière de constituer un capital incorporé, à savoir un ensemble de compétences, d'attitudes, de postures et de dispositions qui ne sont pas transmissibles instantanément mais nécessitent une longue intériorisation. Le corps sportif fonctionne donc comme un vecteur d'accumulation de ressources symboliques durables (discipline, maîtrise de soi, endurance, esthétique corporelle) qui renforcent la position sociale de l'agent.
- « **Dispositif de légitimation symbolique** » : le sport, au-delà de sa fonction corporelle, est aussi un espace institutionnalisé de reconnaissance. Il offre un cadre de validation sociale où la performance, la visibilité et les signes corporels produits acquièrent une valeur légitime. Le sportif convertit son capital corporel en reconnaissance symbolique, parce que les règles du champ sportif (clubs, compétitions, médias) établissent la valeur de ce capital.
- « **Dynamiques de reconnaissance sociale** » : enfin, la corporéité sportive est intégrée dans des relations sociales qui reposent sur la quête de reconnaissance, telle qu'analysée notamment par Axel Honneth. Le corps sportif reconnu n'est pas seulement le signe d'une compétence individuelle, il participe à la production d'un statut, d'une identité sociale valorisée et d'une visibilité qui reconfigurent les rapports de pouvoir dans l'espace social.

En somme, le titre condense l'idée selon laquelle le sport ne peut être réduit à une simple activité physique : il est une pratique de distinction qui permet à travers le corps de capitaliser symboliquement, de s'inscrire dans un système de hiérarchies et de légitimer sa position sociale par la reconnaissance des autres.

Les propos recueillis donnent à voir une redéfinition profonde des finalités de la pratique sportive, qui ne s'inscrit plus prioritairement dans un registre de santé préventive ou de bien-être personnel, mais dans une logique de visibilité sociale et de conquête symbolique d'existence. Le corps performant devient ainsi une ressource statutaire, un capital d'exposition au sein de l'espace urbain et numérique. L'affirmation selon laquelle « si tu n'as pas un bon corps, tu es invisible » illustre la manière dont la reconnaissance sociale est désormais conditionnée par des critères esthétiques intériorisés, qui configurent les normes de respectabilité et de désirabilité dans les interactions quotidiennes. L'injonction à "exister par le corps" témoigne ici d'un processus de naturalisation des normes visuelles, qui régulent les rapports de genre, de statut et d'estime de soi.

Au-delà de la simple quête de forme physique, le corps est investi comme une interface identitaire, un support de performativité dans un environnement où les logiques de réputation et d'auto-entrepreneuriat de soi prévalent. L'énoncé « le sport, c'est mon image. C'est ma marque sur les réseaux » exprime clairement la mutation du rapport au corps vers une logique de branding individuel. Le sujet se pense comme une entité médiatisable, façonnant son apparence pour répondre aux attentes d'un marché symbolique hypervisibilisé, notamment sur les plateformes numériques. Cette dynamique révèle une imbrication croissante entre économie de l'attention, économie du corps et économie morale, où l'inaction ou le relâchement corporel est perçu comme une perte de valeur, voire une désocialisation.

L'usage assumé de produits dopants ou de suppléments pour modeler l'apparence corporelle s'inscrit dans un régime d'instrumentalisation stratégique du corps. La déclaration « j'ai grossi mes bras, j'ai pris des boosters. C'est pas pour la santé, c'est pour les regards » marque une rupture claire avec les discours hygiénistes ou médicaux traditionnels. Le corps n'est

pas ici une entité à soigner mais un objet à façonner, un espace plastique au service de la reconnaissance visuelle. Cette posture engage une redéfinition de la santé non plus comme équilibre biologique, mais comme conformité à un idéal esthétique partagé, renforçant les tensions entre apparence corporelle et intégrité physique.

Ces récits témoignent également d'une forme d'aliénation normative, où l'individu devient à la fois sujet et objet de l'injonction à la performance. L'obligation de maintenir un corps conforme, sous peine d'exclusion symbolique, produit des mécanismes de surveillance de soi et d'auto-discipline intensifiés. La peur de « perdre tout » si l'effort cesse traduit l'intériorisation d'une logique de compétition permanente, qui s'étend au champ des relations interpersonnelles, de la valorisation genrée et de la légitimité sociale. Le corps n'est plus uniquement ce que l'on possède, mais ce que l'on doit sans cesse produire, exhiber et rentabiliser.

En somme, ces usages extrêmes du corps révèlent une configuration nouvelle des inégalités, non plus seulement basées sur les ressources économiques ou éducatives, mais sur les capacités à investir son propre corps comme support de reconnaissance. Dans un espace urbain marqué par la précarité des parcours et l'incertitude statutaire, le corps devient un vecteur de distinction et un outil de réassurance identitaire. Toutefois, cette valorisation accrue du corps performant engendre aussi des formes inédites de vulnérabilité physiques, psychiques et symboliques en exposant les individus à des normes inatteignables, à une fatigue identitaire chronique, et à l'érosion du sens initialement attribué à la pratique sportive.

2.2. Les risques corporels et psychosociaux subordonnés à la logique de performance : une analyse des processus de naturalisation et de légitimation dans les pratiques compétitives

Les pratiquants minimisent souvent les effets négatifs du surentraînement ou de la supplémentation, préférant la logique de performance et d'apparence.

Production discursive des enquêtés : « Je prends des gélules. Je sais que c'est pas bon, mais bon... faut souffrir pour être beau. » (A.T, 25 ans, technicien) ; « Le médecin m'a dit d'arrêter. J'ai arrêté une semaine seulement. Mon corps dégonflait déjà ! » (J-P.G, 31 ans, livreur) ; « On nous dit que c'est pour la santé. Mais moi je suis tombé malade à force de trop m'entraîner. J'ai eu un souci au cœur. » (M.K, 34 ans, vigile)

Les extraits recueillis traduisent une tension structurante entre l'injonction à la beauté corporelle et la conscience des risques sanitaires. L'usage de substances suspectées d'être nocives, assumé avec résignation « je sais que c'est pas bon, mais bon... faut souffrir pour être beau » exprime une soumission consentie à une norme esthétique intériorisée. Cette logique sacrificielle signale une forme de rationalité ambivalente, où la santé est délibérément reléguée au second plan au profit d'une conformité aux attentes visuelles dominantes. Le corps devient un objet d'investissement risqué, un support de valorisation individuelle dans un marché symbolique saturé par des représentations de puissance, de virilité et de contrôle de soi.

Le rapport au médecin, dans cette configuration, apparaît profondément ambivalent. D'un côté, la parole médicale conserve une certaine autorité « le médecin m'a dit d'arrêter » mais de l'autre, cette autorité est relativisée, voire contournée, par l'expérience corporelle immédiate : « mon corps dégonflait déjà ». Ce type de discours révèle une hiérarchie inversée des sources de légitimité : ce n'est plus la médecine qui fixe les seuils de normalité corporelle, mais l'apparence tangible du corps, vécue et perçue comme indicateur principal de valeur sociale. La régulation biomédicale du corps cède ainsi le pas à une auto-régulation dictée par les signes visibles de performance ou de défaillance esthétique.

La dégradation physique mentionnée par les enquêtés maladies, dérèglements, souffrances n'invalide pas la norme, elle en confirme paradoxalement la puissance. Le témoignage du vigile, déclarant être tombé malade à force de trop s'entraîner, illustre l'intériorisation de la norme de dépassement comme condition du mérite corporel. Même lorsque le corps flanche, la responsabilité est intériorisée, non pas comme une mise en cause de la norme elle-même, mais comme un échec personnel à la maîtriser. Le cœur défaillant devient ici le symptôme non pas d'un système oppressif, mais d'une transgression individuelle de ses limites, dans une logique d'hyper-responsabilisation des sujets.

Ces discours traduisent également une désarticulation entre la finalité déclarée du sport la santé et ses usages concrets. Cet habitus met en lumière le décalage entre les injonctions institutionnelles de santé publique, souvent diffusées sur un mode prescriptif et universalisant, et les usages situés, contextuels, marqués par des logiques de distinction, d'apparence, et de survie symbolique. La norme de santé, bien qu'omniprésente dans les discours, est subvertie dans les pratiques, où elle sert de justification à des conduites qui, en réalité, s'en éloignent radicalement. L'idéal sanitaire devient

alors un alibi pour des stratégies corporelles qui relèvent davantage de la lutte pour la reconnaissance que du souci de soi au sens clinique.

En conclusion, l'analyse met en évidence une reconfiguration contemporaine du rapport au corps, dans laquelle la souffrance, loin d'être disqualifiante, devient une preuve de mérite. L'expression « faut souffrir pour être beau » cristallise cette valorisation paradoxale de la douleur, convertie en capital symbolique. Dans cette perspective, le corps performant est celui qui a été travaillé, transformé, parfois abîmé, mais toujours exposé comme le résultat d'une ascèse. Cette dynamique contribue à la production de subjectivités où la vulnérabilité corporelle est normalisée, voire recherchée, et où la frontière entre soin et violence, entre entretien de soi et destruction, devient de plus en plus floue.

2.3. La polarisation entre savoirs profanes et régimes de légitimation biomédicale : dynamiques de hiérarchisation cognitive et de pouvoir symbolique dans les pratiques de santé

Une dissonance forte est observée entre les recommandations des médecins et les justifications profanes des pratiquants.

Production discursive des enquêtés : « Les docteurs ne savent pas c'est quoi être dans un corps de rêve. Ils ne comprennent pas notre génération. » (E.Y, 22 ans, influenceuse) ; « Quand on va à l'hôpital, on nous juge. Ils pensent qu'on est fous. » (D.A, 28 ans, livreur) ; « C'est pas la médecine qui va me dire comment vivre mon corps. » (L.A, 29 ans, coiffeuse)

Les énoncés recueillis mettent en évidence une fracture symbolique entre les porteurs de normes médicales et les usagers de pratiques corporelles extrêmes. Le rejet explicite de la compétence médicale en matière de vécu corporel « les

docteurs ne savent pas c'est quoi être dans un corps de rêve » signale un processus de disqualification inversée : ce ne sont plus les patients qui sont disqualifiés par l'expertise médicale, mais l'institution elle-même qui est perçue comme inapte à comprendre les logiques corporelles contemporaines. Le corps désiré, fantasmé et performé par les jeunes générations échappe aux cadres de légitimité traditionnels et redéfinit ses propres normes, en rupture avec celles portées par l'univers biomédical.

Cette défiance envers l'autorité médicale est également nourrie par un sentiment de stigmatisation, souvent vécu comme une disqualification morale. L'assertion « quand on va à l'hôpital, on nous juge » exprime une expérience d'exclusion symbolique, où la consultation devient un espace de surveillance normative plutôt qu'un lieu de soin. La perception d'être considéré comme « fou » traduit une assignation à une déviance pathologisante, qui renvoie les usagers à la marge du système de santé. Le soin est alors perçu non pas comme un droit mais comme un lieu d'épreuve, d'humiliation ou de malentendu, alimentant le recours à des alternatives informelles ou à l'auto-traitement.

Ces discours révèlent également une reconfiguration du rapport à l'expertise. La phrase « ce n'est pas la médecine qui va me dire comment vivre mon corps » marque une affirmation d'autonomie corporelle radicale. Le corps devient l'objet d'une souveraineté individuelle non négociable, soustraite à l'injonction médicale. Cette position témoigne d'un déplacement du pouvoir interprétatif : ce ne sont plus les institutions qui définissent les usages légitimes du corps, mais les individus eux-mêmes, dans une logique d'auto-normativité. La légitimité ne procède plus du savoir médical, mais de l'expérience corporelle vécue et revendiquée comme autorité première.

Cette autonomie proclamée n'est toutefois pas réductible à une simple revendication narcissique. Elle s'inscrit dans une

économie morale où la quête du « corps de rêve » constitue un impératif structurant des subjectivités contemporaines. Loin d'être une posture de refus irrationnel, cette désaffiliation médicale peut être lue comme une stratégie de préservation symbolique, face à des institutions perçues comme déconnectées des aspirations corporelles réelles. Le conflit entre la norme sanitaire et la norme esthétique révèle ici une dissociation profonde entre les régimes de vérité concurrents : l'un fondé sur la pathologisation des excès, l'autre sur la reconnaissance visuelle et la maîtrise subjective.

En clair, l'ensemble de ces positions discursives atteste d'une transformation du rapport au soin dans les sociétés post-disciplinaires. Le rejet des injonctions médicales ne signifie pas une désinvolture face au corps, mais une volonté de réappropriation de celui-ci selon des logiques alternatives : esthétiques, identitaires, communicationnelles. Le corps devient une scène de performance, un support d'expression de soi, une interface entre le biologique et le social, échappant aux dispositifs traditionnels de contrôle. Cette dynamique alimente une reconfiguration des frontières entre normalité et pathologie, entre soin et surveillance, entre écoute et domination, rendant obsolètes les oppositions classiques entre le profane et le savant, le malade et le médecin.

3. Discussion

Les résultats révèlent de quelle manière les pratiques sportives incarnent des relations complexes, ambivalentes et souvent contradictoires avec la norme médicale dominante. En effet, ces pratiques ne se contentent pas de se conformer aux prescriptions biomédicales ; elles réinterprètent, détournent voire contestent ces normes en fonction des logiques sociales et identitaires propres aux individus et aux groupes. Par ailleurs, ces usages du sport mettent en lumière les inégalités sociales de

santé, en soulignant que l'accès aux soins, la reconnaissance des pathologies liées à l'excès sportif, et la prise en charge effective varient fortement selon les capitaux économiques, culturels et sociaux détenus. Ainsi, le sport apparaît comme un terrain où s'entremêlent tensions entre normes institutionnelles, pratiques corporelles différenciées et dynamiques de pouvoir social, révélant la pluralité des rapports au corps et à la santé dans un contexte marqué par des disparités sociales structurelles.

Ce résultat trouve des ancrages solides dans plusieurs travaux majeurs de la sociologie de la santé, du corps et des inégalités sociales. Tout d'abord, P. Bourdieu (1979) a montré que les pratiques corporelles, y compris sportives, ne sont jamais neutres, mais socialement situées. Le corps est façonné par les habitus, eux-mêmes produits des trajectoires sociales, de sorte que les usages du sport varient selon le capital économique, culturel et social des individus. Dans cette perspective, les pratiques sportives extrêmes peuvent être comprises comme des stratégies de distinction ou de compensation, traduisant un rapport socialement différencié à la norme de santé et à la légitimité corporelle.

Dans un registre complémentaire, M. Foucault (1976) analyse le corps comme un objet de discipline, soumis à des technologies de pouvoir qui en façonnent les usages, les postures, les performances. Le sport, dans ce cadre, devient une modalité contemporaine du gouvernement de soi, où les individus intériorisent des normes de performance, d'optimisation et de maîtrise de leur propre organisme. Cependant, les résultats de l'étude montrent que cette intériorisation n'est pas homogène : elle est retravaillée selon des logiques identitaires, souvent en tension avec la norme médicale institutionnelle, marquant ainsi une friction entre dispositifs de normalisation et subjectivités corporelles.

La notion de *système explicatif* développée par A. Kleinman (1980) permet également d'éclairer ces contradictions.

Kleinman distingue les systèmes populaire, professionnel et folk dans la compréhension et la gestion de la maladie. Or, les sportifs intensifs étudiés se situent souvent à la croisée de ces trois systèmes : ils oscillent entre la médecine officielle, les savoirs profanes (issus d'Internet ou des pairs), et les pratiques alternatives, construisant des parcours thérapeutiques hybrides. Cette pluralité traduit un rapport éclaté à la santé, où la norme médicale dominante est sans cesse négociée, contournée ou marginalisée.

En conclusion, D. Fassin (2000) attire l'attention sur la manière dont les inégalités sociales de santé sont naturalisées ou éclipsées dans les discours publics. L'étude rejoint ce constat en montrant que les pathologies liées aux excès sportifs sont peu reconnues, notamment chez les individus perçus comme jeunes, valides ou performants. Cette non-reconnaissance révèle une hiérarchisation implicite des souffrances, où seuls certains corps malades « légitimes » ont droit à l'attention médicale. Le sport devient alors un lieu paradoxal, à la fois valorisé socialement et source de vulnérabilités ignorées.

En somme, les résultats s'inscrivent dans un faisceau d'analyses sociologiques convergentes, qui remettent en question l'universalité des normes médicales, révèlent la stratification sociale des rapports au soin, et mettent en lumière les usages ambivalents du sport comme vecteur à la fois d'émancipation, de distinction, mais aussi d'assujettissement ou de souffrance non reconnue.

Conclusion

Cette étude s'était inscrite dans le champ de la sociologie critique de la santé, avec une attention particulière portée aux inégalités sociales dans les trajectoires de soins et aux usages différenciés du sport comme norme médicale intériorisée. En contexte ivoirien, marqué par de fortes disparités socio-

économiques et une médicalisation incomplète des marges sociales, elle avait pour ambition d'interroger les effets ambivalents du culte contemporain de la performance corporelle sur la santé des individus, notamment dans les espaces urbains d'Abidjan.

Les résultats avaient mis en lumière une configuration paradoxale : tandis que le sport était de plus en plus prescrit comme pratique de prévention sanitaire par les autorités médicales et médiatiques, son appropriation par les classes populaires et intermédiaires s'était traduite, dans certains cas, par une intensification des pratiques corporelles jusqu'à la pathologie. Ces usages extrêmes, motivés par des logiques esthétiques, économiques ou identitaires, avaient révélé un déplacement de la norme de santé vers une norme de performance. Toutefois, loin de renforcer l'intégration médicale de ces individus, cette quête corporelle avait souvent entraîné des formes de disqualification symbolique, de méconnaissance clinique et d'inégalités concrètes d'accès aux soins.

L'analyse qualitative triangulée avait démontré que les corps surentraînés perçus comme jeunes, vigoureux ou socialement valorisés étaient paradoxalement exclus du champ de reconnaissance médicale. Cette mise à distance s'était traduite par une sous-estimation des symptômes, une tendance au renvoi vers l'autogestion, voire un refus de diagnostic. L'étude avait également mis en évidence l'importance du capital social dans la mobilisation des ressources médicales : seuls les individus disposant d'un réseau professionnel, relationnel ou économique conséquent avaient pu accéder à un traitement adéquat, tandis que d'autres s'étaient tournés vers les médecines alternatives, les automédications ou les diagnostics en ligne, construisant ainsi des parcours thérapeutiques éclatés et souvent risqués.

Sur le plan scientifique, cette recherche avait contribué à combler un angle mort de la sociologie du sport et de la santé en Afrique francophone, en documentant les effets pervers d'une

norme globalisée de performance corporelle sur des individus localement situés. Elle avait permis de problématiser les liens entre subjectivation corporelle, discipline sociale et inégalités structurelles de santé. Elle appelait ainsi à une révision critique des catégories biomédicales usuelles, souvent inadaptées à saisir les formes contemporaines de souffrance corporelle non institutionnalisée.

D'un point de vue utilitaire, les résultats invitaient à une réorientation des politiques de santé publique vers une reconnaissance plus fine des pathologies liées au sport extrême, mais aussi à une réforme des dispositifs de prise en charge, afin de mieux intégrer les corps « atypiques » dans les circuits thérapeutiques. Il était également nécessaire de renforcer la formation des professionnels de santé à la diversité des rapports sociaux au corps, afin de réduire les malentendus interprétatifs et les formes de stigmatisation implicites. Enfin, une régulation plus explicite des pratiques sportives dopantes ou extrêmes dans les milieux informels (salles de sport privées, influenceurs digitaux, réseaux d'entraînement communautaires) apparaissait indispensable.

En perspective, cette étude ouvrait plusieurs pistes de recherche : une ethnographie prolongée des espaces d'entraînement informel, une exploration genrée des pratiques corporelles extrêmes, et une analyse comparative régionale permettant d'évaluer la circulation des normes corporelles entre Sud global et cultures locales. En définitive, penser le corps sportif au prisme des inégalités de santé, en contexte ivoirien, revenait à dévoiler les tensions entre valorisation symbolique et occultation thérapeutique, entre norme de vitalité et logique d'épuisement. Cela exigeait, à terme, une reconfiguration critique de la place du sport dans les politiques de santé contemporaines.

Bibliographie

BOLTANSKI Luc, *Les usages sociaux du corps*, 1971. Éditions des Universités de Bruxelles, Bruxelles

BOURDIEU Pierre, 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, Paris

BOURDIEU Pierre, 1980. *Le sens pratique*, Les Éditions de Minuit, Paris

Ehrenberg Alain, 1998. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Odile Jacob, Paris

FASSIN Didier, 2000. *Les inégalités de santé. Une injustice qui ne se voit pas*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris

FOUCAULT Michel, 1976. *Histoire de la sexualité, vol. I : La volonté de savoir*, Gallimard, Paris

FOUCAULT Michel, 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris

GOFFMAN Erving, 1959. *La mise en scène de la vie quotidienne, vol. I : La présentation de soi*, (édition française), Les Éditions de Minuit, Paris

KLEINMAN Arthur, 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*, University of California Press, Berkeley

MAUSS Marcel, 1934. *Les techniques du corps*, (in Sociologie et anthropologie), Presses Universitaires de France, Paris

PAILLE Pierre et MUCCHIELLI Alex, 2016. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris