

numéro

387

Janvier-Février 2007 - 6 €

LA Santé

de l'homme



La santé...
par l'activité physique !

Nanterre :

un espace santé
pour les jeunes

Prévention du tabac :

qu'en pensent
les enseignants ?

**Inégalités sociales
et santé**

chez les 60-75 ans

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé

inpes
www.inpes.sante.fr

La revue de la prévention et de l'éducation pour la santé



52 pages d'analyses et de témoignages

Abonnez-vous !

1 an	28 €
2 ans	48 €
Étudiants (1 an)	19 €
Autres pays et outre-mer (1 an)	38 €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Santé mentale, n° 359.
- La promotion de la santé à l'hôpital, n° 360.
- Éducation pour la santé et petite enfance, n° 361.
- Soixante ans d'éducation pour la santé, n° 362.
- L'Europe à l'heure de la promotion de la santé, n° 371.
- Nutrition, ça bouge à l'école, n° 374.
- Prévention des cancers, n° 375.
- Médecins-pharmaciens : les nouveaux éducateurs, n° 376.
- Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n° 377.
- La santé à l'école, n° 380.

Tous les deux mois

- l'actualité
- l'expertise
- les pratiques
- les méthodes d'intervention dans les domaines de la prévention et de l'éducation pour la santé

Une revue de référence et un outil documentaire pour :

- les professionnels de la santé, du social et de l'éducation
- les relais d'information
- les décideurs

Rédigée par des professionnels

- experts et praticiens
- acteurs de terrain
- responsables d'associations et de réseaux
- journalistes

Je souhaite m'abonner pour :

- 1 an (6 numéros)
- 2 ans (12 numéros)
- Étudiants 1 an (6 numéros)
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros)

Joindre copie R^o/V^o de la carte d'étudiant

Soit un montant de _____ €

Ci-joint mon règlement à l'ordre de l'INPES par chèque bancaire chèque postal

Nom _____

Prénom _____

Organisme _____

Fonction _____

Adresse _____

Date _____

Signature _____

LA Santé de l'homme

est éditée par :

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex
Tél. : 01 49 33 22 22
Fax : 01 49 33 23 90
<http://www.inpes.sante.fr>

Directeur de la publication :
Philippe Lamoureux

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Secrétaire de rédaction :
Marie-Frédérique Cormand
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

RESPONSABLES DES RUBRIQUES :

Qualité de vie : **Christine Ferron**
La santé à l'école : **Sandrine Broussouloux et Nathalie Houzelle**
<sandrine.broussouloux@inpes.sante.fr>
Débats : **Éric Le Grand**
<legrand.eric@cegetel.net>
Aide à l'action : **Christine Gilles et Florence Rostan**
<christine.gilles@inpes.sante.fr>
La santé en chiffres : **Christophe Léon**
<christophe.leon@inpes.sante.fr>
International : **Jennifer Davies**
<jennifer.davies@inpes.sante.fr>
Éducation du patient : **Isabelle Vincent**
<isabelle.vincent@inpes.sante.fr>
Cinésanté : **Michel Condé**
<michelconde@grignoux.be>
et **Alain Douiller** <alain.douiller@free.fr>
Lectures – Outils : **Olivier Delmer, Sandra Kerzanet et Fabienne Lemonnier**
<doc@inpes.sante.fr>

COMITÉ DE RÉDACTION :

Soraya Berichi (ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative), **Dr Zinna Bessa** (direction générale de la Santé), **Laure Carrère** (Crésif), **Dr Michel Dépinoy** (INPES), **Alain Douiller** (Codes du Vaucluse), **Annick Fayard** (INPES), **Christine Ferron** (Fondation de France), **Laurence Fond-Harmant** (CRP-Santé, Luxembourg), **Sylvie Giraud** (Fédération nationale de la Mutualité française), **Joëlle Kivits** (SFSP), **Éric Le Grand** (conseiller), **Claire Méheust** (INPES), **Colette Ménard** (INPES), **Félicia Narboni** (ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche), **Bernadette Roussille** (Inspection générale des affaires sociales), **Élodie Stanojevich** (INPES), **Dr Stéphane Tessier** (Crésif, Fnes).

Fondateur : **Pr Pierre Delore.**

FABRICATION

Création graphique : **Frédéric Vion**
Impression : **Mame Imprimeurs – Tours**

ADMINISTRATION

Département Diffusion-Gestion des abonnements : **Manuela Teixeira** (01 49 33 23 52)
Commission paritaire :
0508 B 06495 – N° ISSN : 0151 1998.
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2007.
Tirage : 11 000 exemplaires.

Les titres, intertitres et chapô sont de la responsabilité de la rédaction

SH 387

inpes
www.inpes.sante.fr

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, bd de la Libération – 93203 Saint-Denis Cedex - France

sommaire

numéro 387

Janvier-Février 2007

► Aide à l'action

Espace santé jeunes de Nanterre :
une structure de prévention et d'accueil
pour les 12-25 ans

Aude de Calan 4

► La santé à l'école

Professionnels des lycées : comment prévenir
les conduites addictives ?

Franck Pizon, Didier Jourdan 7

Dossier

La santé... par l'activité physique !

Éditorial

Développons un environnement favorable aux
activités physiques !

Annick Fayard, Myriam Fritz-Legendre 12

Représentations des populations, état des lieux, recommandations

Comment engager une personne durablement
dans la pratique d'une activité ?

Christine Le Scanff 13

Promotion de l'activité physique :

des stratégies qui ont fait leurs preuves

René Demeulemeester 17

Exercice du corps :

une arme contre les maladies chroniques

Jean-Michel Oppert 21

Bouger améliore-t-il la qualité de vie ?

Anne Vuillemin 24

L'activité physique : une affaire de goûts ?

Claire Perrin 28



Illustrations : Anaïs Goldemberg

Espace santé jeunes de Nanterre : une structure de prévention et d'accueil pour les 12-25 ans

À Nanterre, dans les Hauts-de-Seine, l'espace santé jeunes accueille les 12 à 25 ans dans un lieu qui se veut d'accueil, d'écoute, de soins et d'orientation. Des professionnels pluridisciplinaires – psychologue, assistante sociale, médecin... – reçoivent gratuitement et de façon anonyme. Les premières minutes de l'accueil sont déterminantes. En 2005, six cents jeunes ont fréquenté cet espace, le plus souvent sans en informer leur famille. Explications.

La Ville de Nanterre, soutenue par la Fondation de France et le conseil général, s'est dotée, depuis 1998, d'un « espace santé jeunes », structure de prévention en santé à destination des adolescents et des jeunes adultes.

Nanterre est une ville jeune : sur une population de 84 270 habitants, 19 % ont entre 12 et 25 ans (source Insee, 1999). Quatre quartiers sont classés en zone urbaine sensible (Zus), dont un en Zus très défavorisée (source Insee, 2006). Sur l'ensemble de la ville, le taux de chômage des 15-25 ans s'élève à 24,8 % avec des disparités selon les quartiers. Dans un quartier de la ville, il atteint 38 %. Le taux national pour cette tranche d'âge est de 21,6 % (source Insee RGP, 1999).

Autre indicateur : le taux brut de réussite au baccalauréat du lycée d'enseignement général est de 67 %, par rapport à un taux attendu sur l'académie de 82 % et au niveau national de 80 % (source Éducation nationale, 2005).

C'est aussi une ville où les acteurs socio-sanitaires, nombreux et structurés (services municipaux, associations de quartier, hôpital, centres de santé municipaux, Atelier santé-ville, service prévention, centre bucco-dentaire, centres de planification et d'éducation familiale, etc.), articulent leurs actions.

Dans ce contexte, le fait d'ouvrir un lieu accessible à un public classique-

ment décrit comme non intéressé par la santé, dans un environnement socio-économique peu favorable, nécessite une réflexion quasi quotidienne sur les modes de fonctionnement et de travail. L'objectif permanent est que cette structure soit connue et totalement accessible à tout adolescent ou jeune adulte, des plus précaires à ceux qui ne demandent rien. Pour ces jeunes, l'accès à l'espace santé peut en effet être un premier pas vers un mieux-être.

Lorsque l'on parle ici d'accessibilité, on se situe au-delà de l'implantation géographique ou de l'amplitude horaire, cela signifie surtout qualité d'accueil, capacité à aborder l'individu dans sa globalité, accompagnement si nécessaire, mais aussi orientation et lien avec d'autres ressources locales.

Casser l'image du service médical classique

L'espace santé jeunes (ESJ) est un lieu d'accueil, d'écoute, de soins et d'orientation pour les jeunes entre 12 et 25 ans. Situé dans une impasse du centre de Nanterre, c'est une structure de proximité qui se veut ouverte à tous. Choisir une implantation géographique centrale dans un bâtiment atypique et discret montrait déjà une volonté d'approche originale et plus adaptée. L'architecture de cette maison de ville, séparée géographiquement des autres services médicaux, casse l'image du service médical classique et augmente l'attractivité de la structure.

L'espace fonctionne selon les principes suivants :

- une approche globale de la santé dans ses dimensions physique, mentale et sociale ;
- une complémentarité des prises en charge internes ou externes à la structure.

Une charte (*voir encadré p. 6*) formalise les pratiques d'accueil. Élaborée par l'ensemble de l'équipe, elle garantit un cadre de travail. Une équipe pluridisciplinaire composée d'une accueillante, d'une assistante sociale, d'une diététicienne, d'un chirurgien dentiste et d'une assistante dentaire, d'infirmières, de médecins et de psychologues, reçoit avec ou sans rendez-vous du lundi au vendredi entre 9 h et 18 h. Les services offerts par la structure sont gratuits et se font dans l'anonymat et la plus stricte confidentialité. Cette accessibilité financière est d'autant plus précieuse pour des spécialités comme la diététique et la psychologie, où il y a raréfaction dans l'offre de soins.

Les horaires sont adaptés aux possibilités ou au mode de vie du collégien et du lycéen. Les jeunes ont connaissance de l'existence de l'espace santé par le bouche à oreille : ce sont des amis qui leur en parlent, leur famille ou l'établissement scolaire qu'ils fréquentent.

En 2005, environ six cents jeunes ont fréquenté la structure. Ils sont venus en moyenne 2,5 fois dans l'année. Dans

Une prise en charge pour Mademoiselle L., 23 ans, désespérée

Voici l'exemple d'une personne suivie par l'espace santé jeunes : Mademoiselle L., étudiante de 23 ans d'origine camerounaise, nous est adressée par le centre communal d'action sociale de la ville de Nanterre. Elle est enceinte et envisage une interruption volontaire de grossesse. Elle est désespérée, son ami l'a abandonnée et sa sœur, seul membre de la famille présente en France, ne veut plus d'elle à son domicile. Elle risque de se trouver sans logement. La jeune femme se sent honteuse et totalement démunie. Ses connaissances sur la santé, l'IVG, ses droits et sur les lieux-ressources sont inexistantes. Lors de la première rencontre, et après un long échange, deux rendez-vous sont immédiatement pris avec le médecin gynécologue et avec la psychologue. La jeune femme se rendra aux deux rendez-vous. Parallèlement aux démarches nécessaires pour l'IVG, un travail de suivi est réalisé par la psychologue.

Face à l'inquiétude grandissante (crainte d'une stérilité suite à l'IVG) de la jeune femme, un autre rendez-vous avec l'infirmière du Planning familial est fixé. Lors de cet échange, des précisions sont apportées sur les questions de sexualité et sur le déroulement de l'IVG. La jeune femme est dirigée vers l'hôpital pour la prise en charge de l'IVG. Elle continue à voir la psychologue, qu'elle aura rencontrée en tout cinq fois. À la fin de ce suivi, elle demande un rendez-vous avec la dentiste pour un bilan bucco-dentaire.

De par notre mode de fonctionnement, il nous a été possible d'accompagner sur la durée un épisode douloureux pour cette jeune femme tant sur les aspects physiques que psychiques. Le soutien global mené tout au long d'un événement très lourd pour elle lui a finalement permis d'assumer cet acte et de renouer avec sa sœur. L'assistante sociale de l'ESJ n'aura pas à l'aider à trouver un logement. Elle dira qu'elle a énormément appris durant ces semaines, tant sur la santé que sur la sexualité, mais aussi sur elle-même, ses droits et sur les ressources existantes.

La pluridisciplinarité de l'équipe a permis de réaliser ce travail en complémentarité. Et, lorsque cela a été nécessaire, les membres de l'équipe se sont rencontrés afin d'échanger sur la conduite à tenir. Le secret partagé pour le bien de la personne a aussi trouvé là toute sa raison d'être.

plus de 80 % des cas (rapport d'activité 2005), le jeune se rend à l'ESJ, seul ou accompagné d'amis. Les plus jeunes s'y rendent parfois avec leur père ou leur mère, mais cela reste rare.

Le jeune ne souhaitant pas que son entourage soit informé de son passage, il s'assure, en général, de l'anonymat lors du premier entretien. Ce qui explique que les pics de fréquentation se situent à l'heure de coupure des cours : entre 12 h et 14 h ou à partir de 16 h et rarement après 17 h 45 ; il n'y a alors pas d'explications à donner sur une sortie.

« Parcours santé » pour accéder aux soins

Nous avons cependant fait le constat qu'une partie plus âgée de la population intéressée par notre structure pouvait rencontrer des difficultés à nous rencontrer : les jeunes en centre de formation professionnelle, les résidents de foyers de jeunes travailleurs. Ces jeunes, entre 16 et 25 ans, primo-arrivants (personne en France depuis moins de deux ans) ou en grande désocialisation ont peu ou pas de contacts avec les services socio-sanitaires. Les raisons de cette absence de contacts sont d'ordre divers :

la rupture avec les lieux institutionnels et l'ensemble des structures de droits communs (hôpital, lycée, etc.), le coût d'une consultation en l'absence de couverture sociale, la méconnaissance des droits, des structures et des services existants, etc. Pour pallier cela, deux modalités d'intervention ont été mises en place avec un postulat de départ : nous avons décidé d'aller vers eux. Ainsi, en partenariat avec la mission locale et des centres de formation de la Ville de Nanterre, l'ESJ organise des « parcours santé ».

Le parcours santé se décline en quatre temps :

- une première information dans les centres de formation, animée par un binôme de professionnels de l'ESJ (médecin et infirmière). Cette séance de groupe permet de sensibiliser les jeunes à l'intérêt de s'engager dans ce parcours santé mais aussi d'identifier les thèmes ou questions pour lesquels des réponses sont attendues ;
- un bilan médical individuel réalisé par le médecin généraliste de l'ESJ ;
- un dépistage bucco-dentaire individuel, qui peut conduire à une orientation vers le soin ;

– des ateliers en groupe sur des thèmes tels que : sexualité, contraception, relations affectives, équilibre nutritionnel, représentation de la santé, bien-être.

Pour les jeunes travailleurs résidant en foyer, l'approche proposée est différente. Après une demande émanant des résidents eux-mêmes, un des professionnels de l'ESJ se rend dans le foyer en fin de journée. Les interventions se déroulent à partir de 19 h 30 sur leur lieu de vie, avec un double objectif : faire connaître les structures socio-sanitaires existantes et répondre à leurs attentes sur une thématique.

Quelques minutes pour mettre en confiance

Toute personne qui se présente à l'ESJ sera reçue sans conditions d'accès, hormis le respect des personnes et de la structure. Deux professionnels sont disponibles quatre jours par semaine pour une écoute immédiate. Cet élément est important. Le jeune qui se sent mal a besoin d'être entendu rapidement, et l'instant où il osera franchir le pas est souvent fugitif. Notre mode de fonctionnement permet cette réactivité.

Vient ensuite, c'est essentiel, la qualité de l'accueil. Dans un premier temps, le jeune est souvent intimidé. Sa première demande n'est parfois qu'un alibi conscient ou inconscient. Ensuite, la proximité de l'écoute, le respect et le non-jugement permettent d'ouvrir le dialogue. Nous ne disposons parfois que de quelques minutes pour mettre en confiance.

Nous disposons aussi d'un outil qui peut être très aidant : un questionnaire pour chaque entrant qui recueille des données administratives (âge, lieu de vie, couverture sociale, etc.) et non comportementales, il permet cependant d'aborder le lien avec la famille, la vie sociale, la scolarité ou l'emploi. Il est l'amorce d'une discussion plus riche qui prend en compte l'individu dans son environnement et sa globalité. Il a deux fonctions : l'un de recueil de connaissances, l'autre d'aide à l'échange.

Il n'est pas rare alors d'aborder, loin de la première demande, les difficultés rencontrées quotidiennement : la communication avec les parents, l'arrêt du sport, les problèmes financiers, de logement, l'échec scolaire, etc.

Les usagers bientôt associés

L'accessibilité d'une population peu captive est un enjeu crucial dans le contexte social actuel et particulièrement celui des banlieues.

À la lecture de la définition du mot « accessible » dans le dictionnaire : « qui peut être atteint, abordé, dont on peut s'approcher, que l'on peut comprendre, intelligible », nous nous sommes interrogés sur notre degré d'accessibilité. Étions-nous atteignables, abordables ? Quelles pouvaient être les pistes d'amélioration que nous pourrions ou devrions explorer ? Comment travailler avec ceux qui ne demandent rien, comment approcher les plus précaires ?

Nous ne disposons pas à ce jour d'éléments nous informant sur la population la plus marginalisée. Connaît-elle

la structure ? Si oui, la fréquente-t-elle et, si non, pourquoi ? Nous recevons des personnes présentant un handicap mental, mais notre structure n'est pas accessible aux handicapés physiques. Comment y remédier ? Comment aussi s'allier avec l'ensemble des partenaires afin d'être complémentaires ?

Pour obtenir des réponses à ces questions, l'espace santé compte, à partir de 2007, faire rentrer dans son comité de pilotage des représentants de ses propres usagers. C'est là un objectif essentiel pour le futur : intégrer des jeunes à la réflexion et pourquoi pas à la décision, en les impliquant dans le fonctionnement même de la structure.

Aude de Calan

Responsable Espace santé jeunes,
Service municipal de la santé, Nanterre.

Anonymat et confidentialité : au cœur de la charte éthique

L'Espace santé jeunes de Nanterre s'est doté d'une charte de l'accueil ; l'équipe a ainsi souhaité définir ses règles d'intervention, leur donner un cadre éthique clair. Voici l'intégralité de cette charte :

« Afin d'optimiser la qualité de l'accueil, du soutien et de l'accompagnement des jeunes, l'ensemble de l'équipe s'engage à :

- 1. Respecter la personne sans discrimination** (origine, sexe, religion, idéologie, troubles de l'humeur, etc.).
- 2. Respecter l'anonymat et la confidentialité du jeune.**
- 3. Connaître le pourquoi de la démarche :**
 - prendre le temps de laisser émerger la demande (explicite ou implicite) ;
 - écouter en prenant le temps de laisser parler la personne, sans porter de jugement de valeur, tout en respectant les silences ;
 - aider la personne à s'exprimer en reformulant ses propos et en posant des questions neutres et si possible ouvertes ;
 - adopter une attitude posée, empathique et professionnelle (distance, maîtrise de soi, technique d'écoute).
- 4. Favoriser l'accompagnement de chaque personne dans la prise en charge de sa santé :**
 - avoir une démarche pédagogique ;
 - évaluer le niveau de connaissance du jeune afin d'adapter nos informations et définir ensemble une éventuelle orientation en fonction de son degré de motivation.
- 5. Privilégier l'aspect qualitatif de l'accueil à l'aspect quantitatif :**
 - être disponible, c'est-à-dire se dégager de toute autre activité pour être prêt à accueillir ;
 - ne pas agir dans l'urgence sous prétexte de résultats tangibles et/ou immédiats ;
 - s'informer régulièrement sur les thèmes de santé et les partenaires et faire circuler les informations ;
 - offrir un espace d'accueil calme et agréable.
- 6. Pérenniser la qualité de l'accueil**
 - organiser régulièrement des réunions d'équipe sur l'accueil ;
 - faire en sorte que chaque personne travaillant à l'ESJ bénéficie d'une formation à l'accueil. »

L'équipe de l'Espace santé jeunes.

Communiqué

Journées de la prévention

Paris, les 29 et 30 mars 2007

Les 3^e Journées de la prévention, organisées par l'Inpes, se tiendront à la Maison de la Mutualité à Paris, les 29 et 30 mars 2007

Au programme, huit sessions :

- **Naître et grandir au milieu des siens : quel accompagnement ?**
- **Parcours de prévention, médecin traitant et professionnels de santé : quelles articulations ?**
- **Place et rôle du patient dans la démarche éducative**
- **Santé à l'école : une éducation citoyenne ?**
- **Politiques nationales et initiatives locales : renforcer les synergies pour promouvoir la santé**
- **La démarche-qualité en éducation pour la santé**
- **Accueil collectif de loisirs sportifs et de jeunesse : quelle place pour l'éducation pour la santé ?**
- **De la recherche à l'action et de l'action à la recherche**

Pour en savoir plus,
rendez-vous sur
www.inpes.sante.fr

Institut National
de Prévention
et d'Éducation
pour la Santé
inpes
www.inpes.sante.fr

Professionnels des lycées : comment prévenir les conduites addictives ?

Dans le cadre de la préparation à la mise en œuvre du décret d'interdiction du tabac dans les lieux publics, une étude a été menée sur quarante lycées de la région Auvergne. Elle met en exergue les diverses représentations des personnels vis-à-vis du tabac et de la prévention des addictions. L'étude souligne combien il est important d'accompagner le changement des pratiques des professionnels et donc de partir de ce qu'ils sont, d'identifier les déterminants de leur relation à la prévention ainsi que les dynamiques collectives à l'œuvre au sein des lycées. Analyse et résultats.

La mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé dans le domaine des conduites addictives, dans le cadre scolaire, répond à une demande sociale forte, relayée constamment à l'échelon politique¹. Les établissements scolaires – et les professionnels qui les font vivre – sont largement impliqués dans des démarches d'éducation à la santé. Au-delà de la transmission de contenus disciplinaires, il s'agit de permettre aux élèves de se structurer, de gagner en autonomie, de développer leurs capacités à résister à l'emprise de produits et à faire des choix éclairés². Comme c'est le cas pour tous les milieux au sein desquels se développe l'éducation à la santé, il n'est pas possible de mettre en œuvre une politique d'établissement dans ce domaine sans tenir compte du contexte tant en ce qui concerne sa dimension « physique » (caractéristiques des bâtiments, etc.) qu'organisationnelle » (statut des personnels, budgets, calendriers, etc.) ou « psychosociale » (rapports entre adultes, entre enseignants et élèves, etc.). C'est aussi ne pas oublier que, même s'ils agissent en lien étroit avec des partenaires, les acteurs de l'éducation à la santé en milieu scolaire sont d'abord les équipes d'établissement.

Sortir de la « pensée magique »

Développer une politique structurée dans le champ de l'éducation à la santé et de la prévention, c'est accompagner des changements au sein de l'organisation de l'établissement scolaire. La mise en œuvre réussie d'un tel changement dépasse de loin la détermination rationnelle de nouvelles structures

et pratiques ou l'adaptation des individus aux exigences des nouveaux dispositifs. Ce dont il s'agit, c'est bien de l'accompagnement d'un groupe d'acteurs. Pour cela, il est nécessaire de sortir de la logique de la « pensée magique », selon laquelle il suffit de décréter quelque chose pour que les professionnels le mettent en œuvre, pour consentir à prendre en compte la nature complexe et multirationnelle des systèmes humains³, à penser l'organisation comme produit de la rencontre et de l'interaction des stratégies des différents acteurs. Cette démarche implique une analyse des fonctionnements réels, un diagnostic des dynamiques, une connaissance des acteurs et de leurs stratégies.

L'enjeu de la mobilisation des professionnels de l'établissement

Au sein de l'établissement, chaque acteur prend sa place d'une manière différente. Ses pratiques professionnelles sont conditionnées par un ensemble de facteurs au premier rang desquels le cadre institutionnel, ses propres représentations et le contexte d'exercice. L'enseignant par exemple, comme tout professionnel, n'est pas un robot agissant sous l'action de prescriptions mais un sujet pris dans un ensemble de contraintes qui déterminent sa façon d'exercer son activité professionnelle⁴. L'activité professionnelle des enseignants s'appuie sur un système cohérent qui leur permet de trouver un équilibre dans leur situation professionnelle. Permettre aux enseignants de prendre

en compte, dans leurs pratiques, l'éducation à la santé et la prévention nécessite d'accéder à la compréhension des contradictions inhérentes au métier d'enseignant entre les exigences des apprentissages des élèves et celles de l'exercice réel du métier. L'enjeu aujourd'hui n'est sans doute pas seulement de prôner des bonnes pratiques, de prescrire les bonnes démarches mais plutôt de mieux identifier comment mobiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement. C'est dans ce but que l'étude décrite ici a été réalisée.

L'étude des représentations des professionnels des lycées

L'étude dont nous proposons ici quelques résultats vise à mieux cerner la façon dont les personnels des lycées (enseignants, personnels de direction, de vie scolaire, médico-sociaux et de service) se situent vis-à-vis des démarches de prévention et d'éducation à la santé dans le cadre spécifique d'un projet « lycée non-fumeur »⁵. Elle a été réalisée avant l'entrée en vigueur du décret d'interdiction du tabac dans les établissements scolaires le 1^{er} février 2007. Ce projet régional de prévention du tabagisme en milieu scolaire est conduit sur l'académie de Clermont-Ferrand pour une durée de trois ans grâce à un financement de l'INPES. Il s'appuie sur un partenariat entre le rectorat, le CHU de Clermont-Ferrand, la Ligue contre le cancer, l'Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) d'Auvergne et l'université d'Auvergne. Quarante établissements du second degré sont impliqués dans ce dispositif.

Interdire et prévenir

Les données collectées montrent qu'une majorité (67 %) des personnels interrogés est favorable à un « lycée non-fumeur ». Nous retrouvons, du côté des personnes favorables, principalement des non-fumeurs. Néanmoins des fumeurs adhèrent également à l'idée de l'interdit. Ils l'envisagent comme une motivation pour diminuer ou arrêter leur consommation et celle des élèves. Inversement, dans le groupe des « contre », si l'on retrouve sans surprise nombre de fumeurs, certains personnels non-fumeurs défendent également l'idée de la conservation d'espaces pour fumer dans le lycée et s'opposent ainsi à une interdiction totale. Rappelons que cette enquête a été réalisée avant l'entrée en vigueur de l'interdiction au 1^{er} février 2007. Le rapport au tabac tel qu'entretenu par les acteurs est complexe et lié à la fois aux dimensions professionnelles et non-professionnelles.

En effet, le sujet du tabac ne laisse pas indifférent. Tous les personnels interrogés (trente-huit entretiens semi-directifs avec une analyse croisée avec cent soixante-six questionnaires) montrent une réelle réflexion en amont sur cette question. Sur un registre clairement argumentatif, ils se réfèrent à leur vécu personnel et professionnel, ainsi qu'à leur entourage pour étayer leurs prises de position. Il est à souligner que, contrairement à ce qui est souvent invoqué pour expliquer les résistances aux lois prohibitives, l'argument de la perte de liberté individuelle est quasiment absent du discours.

Un consensus fort se dégage autour de la prévention. Les entretiens ont montré que les personnels soutiennent unanimement (100 %) la nécessité d'actions préventives auprès des élèves. Une majorité d'entre eux (57 %) la jugent même complémentaire à une interdiction

tion *stricto sensu* – qui correspond à la réalité depuis le 1^{er} février 2007 – en se déclarant tout à fait d'accord avec l'item : « Il ne suffit pas d'interdire, il faut faire de la prévention. » Cette adhésion massive à une approche préventive des addictions s'accompagne pourtant d'une volonté très variable de participation au projet. Seule une petite moitié des personnels se déclare prête à s'investir.

L'importance du soutien institutionnel

Pour dynamiser le processus, le soutien institutionnel s'avère nécessaire à deux niveaux : celui apporté par les chefs d'établissement à leurs équipes et celui apporté par le rectorat aux chefs d'établissement. À l'échelle du lycée, l'adhésion des proviseurs est primordiale. Une fois impliqués, les chefs d'établissements situent alors leur action entre « progressivité » et « durcissement ». Ils justifient cette démarche par les contrain-

Tableau 1. Personnels des lycées : moins ils fument, plus ils se déclarent acteurs potentiels de prévention.

L'exploitation des résultats de cette enquête a permis de dresser une typologie répartissant en cinq catégories les personnels des lycées de l'étude. La voici présentée dans le tableau ci-dessous.

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5
	Totalement opposés à une perte de liberté	Opposés par résistance à leur environnement de travail	Indécis partant sous certaines conditions	Favorables sans percevoir le rôle à tenir	Acteurs de la prévention des addictions
Adhésion au programme « lycée non-fumeur »					
Consommation de tabac	++	++	+	-	--
Vision du tabac dans la société	Responsabilité de la société dans la vente libre du tabac	Responsabilité de la société dans la vente libre du tabac		Responsabilisation individuelle nécessaire	Responsabilisation individuelle nécessaire
Rapport à l'interdiction	--	--	Conservation d'espaces de liberté pour fumer	+	++
Rapport à la prévention	+ Prévention par la peur	+	+	+	++ Approche globale
Leviers proposés			Apport d'informations	Accompagnement et formation	Soutien institutionnel Travail en équipe
Proportion parmi les personnels	3 %	3 %	30 %	17 %	47 %

tes contextuelles. La redéfinition dans l'espace et dans le temps des zones « fumeurs » au sein du lycée est significative de la progressivité attendue. Bien entendu, cette progressivité n'est plus d'actualité depuis l'entrée en vigueur de l'interdiction. L'enquête soulignait aussi que le fait de permettre l'expression des points de vue, de provoquer la réflexion dans les équipes est perçu d'abord comme le moyen de rendre explicite la problématique du tabagisme en milieu scolaire. Cependant, aller jusqu'à une interdiction généralisée de fumer (élèves et adultes) ne semblait à l'époque possible aux chefs d'établissement que grâce à un durcissement de la législation.

Le sentiment de participer à un programme académique concernant de nombreux établissements revêt toute son importance. Le soutien du rectorat facilite alors les prises de position des proviseurs. On observe ainsi, dans les lycées, une multiplicité d'écrits internes faisant référence au programme et à sa dimension académique. De plus, les temps de rencontre entre proviseurs d'un même bassin d'éducation permettent de façon complémentaire de solidariser l'ensemble du dispositif, de « l'institutionnaliser ».

Vers une typologie des personnels (tableau 1)

Notre typologie fait apparaître cinq groupes de professionnels. Ils sont

constitués en fonction du degré d'adhésion au programme « lycée non-fumeur ». Pour les caractériser, nous avons considéré les paramètres suivants : le statut du tabac, l'image que ces personnels ont du tabac dans notre société, la place qu'ils donnent à l'interdit et à la prévention et les leviers qu'ils proposent pour devenir « lycée non-fumeur ». Les groupes sont respectivement nommés : « Totalement opposés à une perte de liberté », « Opposés par résistance à leur environnement de travail », « Indécis, partant sous certaines conditions », « Favorables sans percevoir le rôle à tenir » et « Acteurs de la prévention des addictions ». Le niveau croissant d'implication qui caractérise cette typologie permet de mettre en évidence trois éléments significatifs du discours de ces professionnels : leur définition de la prévention, le rapport qu'ils établissent entre le tabac et l'individu dans sa dimension sociale et, enfin, l'accompagnement possible.

Ces personnels ont une perception de la prévention très fortement liée à leur positionnement vis-à-vis du projet « lycée non-fumeur » qui est, depuis, devenu une obligation imposée par un décret. Les personnels favorables au projet ont une approche préventive globale centrée sur le développement des compétences de l'individu. Certains proposent des actions de prévention en lien direct avec ce qui fonde la spécificité du métier

qu'ils exercent. Avoir une réflexion approfondie sur ses missions éducatives (que l'on soit enseignant, cuisinier ou conseiller principal d'éducation), conduit à juger le passage à un établissement non-fumeur réalisable. *A contrario*, les personnels opposés à un « lycée non-fumeur » évoquent davantage le levier de la peur en tant que principal moyen d'action. Cela souligne d'ailleurs toute la difficulté que ces derniers ont à proposer d'autres alternatives plus impliquantes.

En ce qui concerne les représentations des rapports tabac et société ou tabac et lycée, ceux qui, à l'époque, étaient dans le cadre de cette enquête des opposants à un « lycée non-fumeur » rejettent les responsabilités sur la société et sur le lycée : la collectivité est responsable de la situation, c'est à elle d'agir différemment. Les personnels favorables à l'interdit étaient eux davantage sur le champ d'une responsabilisation individuelle : chacun est perçu en tant qu'acteur potentiel de prévention. Enfin, ces derniers tablaient davantage sur le travail en équipe, espérant aussi rompre l'isolement qu'ils exprimaient et contribuer efficacement à un travail de prévention.

Quelques leviers possibles

Ces données permettent de mettre en évidence le fait que les professionnels des établissements scolaires ne sont pas

étrangers aux problématiques de prévention des conduites addictives. Seule une très faible minorité était, toujours dans le cadre de cette enquête, fortement opposée à cette démarche « lycée non-fumeur ». Si une partie significative des acteurs était prête à s'investir, il apparaissait très clairement que le principal obstacle était lié au fait qu'ils n'identifiaient pas clairement la nature de leur contribution à une telle démarche. L'enracinement de l'accompagnement et de la formation dans les missions éducatives de chaque catégorie de personnels (programmes disciplinaires pour les enseignants, missions de restauration pour les personnels de cuisine, missions d'encadrement des élèves pour les surveillants, etc.) est ainsi déterminant.

D'une façon plus générale, il est clair que le défi n'est pas d'ajouter toujours plus à la charge déjà conséquente des établissements mais plutôt de penser différemment certaines actions éduca-

tives, pour leur donner sens dans un projet collectif respectant l'identité professionnelle de chacun. Même si l'étude montre que le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) n'est connu que d'une minorité des personnels, il apparaît que cette structure doit jouer davantage son rôle fédérateur. Fédérateur dans le sens d'une ouverture à toute la diversité des personnels de l'établissement, permettant ainsi à chacun de trouver sa place dans la dynamique collective. Fédérateur aussi dans le sens d'une articulation des projets au sein d'une véritable politique d'établissement dans le champ de la santé.

L'enjeu de la formation est mis en avant par une large part des acteurs. Il est important ici de souligner l'intérêt des formations d'initiative locale qui permettent d'organiser des temps d'accompagnement avec des formateurs compétents (rectorat, IUFM, réseau associatif) susceptibles d'aider des équi-

pes pluricatégorielles dans la rédaction d'un projet en lien avec le projet d'établissement.

Franck Pizon

Maître formateur,

Didier Jourdan

Professeur des universités,

IUFM d'Auvergne, Clermont-Ferrand.

1. Voir notamment le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

2. « Elle vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure ». *Circulaire 98-237 du 24 novembre 1998.*

3. Friedberg E. Comment enseigner la sociologie des organisations aux cadres. *Centre de sociologie des organisations. Paris, août 1995.*

4. Goigoux R. Contribution de la psychologie ergonomique au développement de la didactique du français. In : Mercier A., Margolinas C. Balises en didactique des mathématiques. Grenoble : La pensée sauvage, 2005.

5. Programme régional Libertabac.

adsp

actualité et dossier en santé publique

numéro 57 décembre 2006

Éditorial

- Santé au travail : des marges de progrès importantes

Jean-Denis Combrexelle

Actualité

- Santé et précarité : quelle action pour les Villes-Santé de l'OMS ?

Valérie Lévy-Jurin

International

- Maroc : un système de santé en quête d'identité

Marc Duriez

Régions

- Paris : la maison départementale des personnes handicapées

Elisabeth Sévenier Muller, Philippe Coste, Jean-Lou Nicolai, Christian Leloup, Michel Barclay, Samuel Valenti

Études

- Prendre en charge la drépanocytose
- Anne Tursz, Jon Cook, Elisabeth Fournier-Charrière, Gil Tchernia, Le groupe GEVE-DREP

Repères

- Organisme
- Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail

Formation

Master professionnel : pratiques et politiques locales de santé

Lectures

- Brèves européennes

En ligne

- Lois & réglementation

Calendrier

DOSSIER

La place de la santé au travail dans la santé publique

dossier coordonné par Marcel Goldberg

Connaître les liens entre santé et travail

- L'impact de facteurs professionnels sur la santé de la population

Ellen Imbernon, Marcel Goldberg

- La surveillance épidémiologique des risques professionnels : pourquoi et comment ?

Ellen Imbernon

- L'exposition aux nuisances et aux pénibilités du travail

Bernard Arnaudo, Thomas Coutrot, Marie-Christine Floury, Nicole Guignon, Isabelle Magaud-Camus, Nicolas Sandret, Dominique Waltisperger, Joëlle Févotte, Danièle Luce

La prévention et la réparation des risques professionnels

- Le dispositif français de prévention et de réparation des risques professionnels

Pierre Abecassis, Nicolas Sandret

- Aspects économiques de la prévention et de la réparation des risques professionnels

Philippe Askenazy

Problèmes spécifiques actuels de la santé au travail

- Les troubles musculo-squelettiques des membres

Yves Roquelaure, Catherine Ha, Annette Leclerc

- Les cancers professionnels

Danièle Luce

- Les facteurs psychosociaux et la violence psychologique au travail

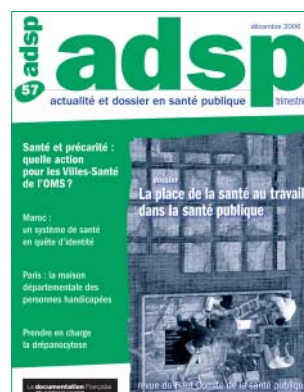
Isabelle Niedhammer

- Vieillesse et travail

Serge Volkoff, Corinne Gaudart

- Organisation du travail, conditions de travail et santé

Michel Gollac



Tribunes

- Les leçons à tirer de l'exposition à l'amiante dans le domaine de la prévention des risques professionnels

Jean Le Garrec, Jean Lemièrre

- L'État garant de la santé au travail

Marcel Royez

- Contribution des facteurs professionnels aux inégalités sociales de santé

Annette Leclerc

- La complémentarité entre santé publique et santé au travail

Armelle George-Guiton

Revue du Haut Comité de la santé publique

Décembre 2006 - numéro 57

Prix 13,50 euros

La documentation Française

29-31, quai Voltaire

75344 Paris cedex 07

Téléphone : 01 40 15 70 00

Télécopie : 01 40 15 68 00

www.ladocumentationfrancaise.fr

La santé... par l'activité physique !

Quel est l'intérêt de l'activité physique pour la santé ? Comment inciter jeunes et moins jeunes à « pratiquer » ? C'est à ces questions que ce dossier central est consacré. En 2005, une conférence de consensus réunie à Nancy sur le thème « Activité physique et santé » a identifié les stratégies incitatives dont l'efficacité a pu être évaluée : qu'il s'agisse d'interventions sur les déterminants individuels, auprès de certaines populations mais aussi d'une adaptation de l'environnement à la pratique d'une activité physique. Partant de ces connaissances, la psychologue Christine Le Scanff explique quels sont les ingrédients à réunir pour « engager » durablement une personne dans la pratique. René Demeulemeester, médecin de santé publique, passe en revue les stratégies de promotion de l'activité physique qui ont fait leurs preuves de par le monde. Jean-Michel Oppert, professeur de nutrition et praticien hospitalier, présente une synthèse des effets de l'activité physique sur la santé. Sur le plan psychologique, le fait de s'adonner à une activité a un impact positif sur la qualité de vie, rappelle Anne Vuillemin, maître de conférences, qui pointe l'intérêt d'activités « douces » comme le tai-chi, la marche et la gymnastique chez les seniors.

Comme l'activité physique ne se décrète pas, la sociologue Claire Perrin souligne qu'il faut « donner du sens » à la pratique d'une activité, laquelle peut être synonyme de relations sociales et de développement des compétences personnelles. À condition aussi de prendre en compte les inégalités sociales, les conditions de vie et de logement qui freinent la pratique. En écho, Pierre Parlebas, professeur à La Sorbonne, insiste sur la formation des éducateurs et autres professionnels afin que l'activité physique favorise avant tout l'épanouissement et l'estime de soi chez les jeunes. Mais travailler avec les personnes ne suffit pas, c'est à la société qu'il incombe de créer un environnement plus favorable à ces pratiques. Le Québec montre la voie en aménageant ses villes et ses écoles pour développer l'envie de marcher et de bouger, comme l'explique Véronique Martin, l'une des responsables de ce programme. En France, dans le département du Bas-Rhin, plusieurs collèges expérimentent « Icaps », un dispositif d'incitation à l'activité physique dont les premiers résultats sont prometteurs. Autre initiative : le « pédibus » qui consiste pour les jeunes enfants à aller à l'école à pied en étant encadré par des adultes. Pour l'ensemble des professionnels sollicités dans le cadre de ce dossier, le développement de la pratique passe avant tout par l'aménagement des villes, des lieux de vie éducatifs et de l'espace public.

Dossier coordonné par **Annick Fayard**, directrice, direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES, et **Myriam Fritz-Legendre**, membre de la direction de l'Action pédagogique et de l'Animation du mouvement, Ceméa.

Yves Géry

Développons un environnement favorable aux activités physiques !

Ce n'est que récemment que le développement de l'activité physique a été inscrit explicitement dans les politiques de santé. Néanmoins, le rapport entre activités physiques et santé demeure complexe puisqu'il implique autant l'être dans son individualité que dans son rapport aux autres, et questionne les choix d'organisation de la société. La prise en compte des activités physiques comme facteur de protection et d'amélioration de la santé implique une approche « écologique » de la santé. Au sens où cette approche accorde la même importance aux variables personnelles et aux variables dépendantes de l'environnement.

Les activités physiques, loin de se limiter à la pratique du sport, peuvent être intégrées dans la vie quotidienne à condition qu'un cadre de vie propice le permette.

Le présent dossier fait état des connaissances, des recherches et des expériences réalisées sur ces questions. Il montre en particulier la prise en compte des facteurs individuels liés à la pratique régulière d'activités physiques. Il souligne l'importance de la différenciation des activités sportives. En effet, les activités physiques, loin de se limiter à la pratique du sport, peuvent être intégrées

à condition qu'un cadre de vie propice le permette. De plus, des alliances fructueuses peuvent être développées entre promotion de l'activité physique et promotion d'activités sportives, en particulier de loisirs. Plaisir, accomplissement personnel, qualité de vie collective dans une société dans laquelle les citoyens prennent une part plus active ; ces paramètres constituent des leviers essentiels pour inciter à la pratique de ces activités.

Les conséquences pour la santé d'un déficit d'activité physique sont largement mises en avant dans les médias. Cependant des changements de comportements durables ne peuvent être dissociés d'un projet de société plus global offrant un cadre de vie plus favorable à nos besoins physiologiques, psychologiques et sociaux. D'où l'intérêt d'alimenter ce débat de société en informant les décideurs et le grand public. Tous les professionnels que nous avons sollicités pour ce dossier soulignent qu'il faut

certes travailler sur les facteurs individuels, mais surtout entreprendre une analyse plus approfondie des critères environnementaux :

- les relations avec la famille et les amis, qui peuvent renforcer ou faire obstacle aux activités physiques ;
- les milieux de vie – école, entreprise, quartier – dans lesquels s'inscrivent les relations sociales ;
- les facteurs relevant de la société, normes sociales et culturelles, qui participent à la mise en place de ces activités ;
- l'environnement en terme d'infrastructures qui conditionne leur réalisation.

Ces facteurs sont interdépendants dans le sens où ils peuvent « interagir » : une personne peut, par exemple, rassembler autour d'elle un groupe qui va agir en faveur d'une modification de son cadre de vie, dans un sens d'incitation à la pratique. Une évolution de la norme sociale peut faciliter ou faire obstacle à l'adoption ou au maintien d'une activité physique. Cette approche aide à identifier les facteurs qui interviennent et à repérer ceux sur lesquels il est possible d'agir, en particulier les facteurs relevant de l'environnement.

Ce dossier de *La Santé de l'homme* souligne les avancées significatives et l'intérêt de la prise en considération des facteurs individuels, il montre également tout le chemin à parcourir par nos institutions sociales et politiques pour faire figurer dans leurs stratégies et programmes d'action les conditions nécessaires en amont à l'amélioration et au développement durable de la santé des populations. Le développement de la pratique de l'activité physique en est un des maillons essentiels.

Annick Fayard

Directrice de la direction du Développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

Myriam Fritz-Legendre

membre de la direction de l'Action pédagogique et de l'Animation du Mouvement, Ceméa.

Pour en savoir plus, voir également Vers l'éducation nouvelle, revue des Ceméa, dont le dossier n°523 est consacré à la thématique : Éducation motrice, jeux et sports (juillet 2006 : p. 24 à 67).

Inciter les personnes... et adapter l'environnement

Comme l'ont rappelé les experts réunis lors de la conférence de consensus sur l'activité physique et la santé (Nancy, 2005), deux types d'interventions complémentaires visent à améliorer la santé et à prévenir les maladies par l'adoption et le maintien d'une activité physique régulière intégrée à la vie quotidienne :

- les interventions individuelles (enseignement de compétences telles que la fixation d'objectifs personnels, avec cours d'activité physique et évaluation des facteurs de risque, etc.). Elles sont susceptibles d'entraîner une augmentation importante de l'activité physique mais chez un petit nombre de personnes. Elles sont complémentaires des interventions populationnelles, en particulier dans la mesure où elles vont s'adresser à des personnes à risques ;
- les interventions populationnelles (mise en réseau, changements d'organisation, modifications de l'environnement, etc.). D'apparition plus récente, elles ont été moins étudiées, elles peuvent avoir pour résultat une faible augmentation de l'activité physique mais chez un grand nombre de personnes.

Christine Le Scanff et René Demeulemeester ont, lors de la conférence de consensus de Nancy, apporté leur contribution d'experts sur ces deux types d'interventions. En voici la synthèse.

Comment engager une personne durablement dans la pratique d'une activité ?

Les Français – et les Françaises en particulier – ne pratiquent pas suffisamment d'activités physiques. Pour les y inciter, il faut travailler sur l'ensemble des déterminants individuels : sur la confiance, principal médiateur du changement, le plaisir – qui motive la personne pour changer son comportement – et aussi associer étroitement la personne à son projet. Dédratiser et déculpabiliser aussi les cessations temporaires d'activité, fixer des objectifs progressifs, modestes et atteignables. Et, enfin, bâtir un programme sur mesure pour chaque population.

Un nombre important de travaux mettent en évidence les bienfaits d'une pratique régulière de l'activité physique sur le bien-être physique, psychologique et social des individus. L'exercice physique est un facteur préventif des troubles contre l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires. L'activité physique permet également de prévenir les troubles comme l'anxiété et la dépression. Il apparaît cependant qu'une part importante des Français et surtout des Françaises n'atteint pas la quantité minimale d'exercice physique nécessaire pour bénéficier de ses bienfaits (vingt à trente minutes d'activité modérée par jour). Comprendre les déterminants psychologiques qui sont à l'origine de l'engagement dans l'activité physique est par conséquent un enjeu important. Une revue de littérature récente de l'agence du développement

de la santé au Royaume-Uni (2005) montre que les interventions d'éducation à la santé visant à encourager la pratique d'activité physique, utilisant le cadre cognitif et comportemental, produisent une augmentation de 35,4 % du temps passé dans les activités physiques. Mais de quel modèle s'agit-il précisément ? Celui qui est sans doute le plus utilisé au niveau international est le modèle transthéorique qui a pour origine le travail de Prochaska et DiClemente (1). Il est dit transthéorique car il est issu de plusieurs théories psychologiques, comme la théorie sociale cognitive de Bandura (2) ou la théorie de l'apprentissage de Skinner (3).

De l'indifférence à l'action

Les auteurs ont montré que la modification d'un comportement passe par cinq stades qui sont les suivants :

- indifférence (inactif et ne pense pas à devenir actif) ;
- réflexion (inactif mais pense à devenir plus actif) ;
- programmation (légèrement actif mais insuffisamment) ;
- action (pratique suffisamment d'activités physiques mais depuis moins de six mois) ;
- maintien (a fait de l'activité physique une habitude).

Selon Prochaska et DiClemente (1), le professionnel de la santé doit appliquer une stratégie différente à chacune de ces étapes. Des études montrent en effet que, lorsqu'il y a un décalage entre le stage de préparation au changement et l'intervention utilisée, les personnes ont davantage de probabilités d'arrêter le programme ou, si elles continuent, elles ont moins de chance d'atteindre leur but.

En utilisant des questionnaires pour savoir à quel niveau de préparation les personnes se situent, les études montrent qu'il y a une relation directe entre le stade de préparation motivationnelle d'une personne et le nombre de minutes d'activité physique par semaine (4).

Les processus de changement comportemental

Ce sont les stratégies et les techniques que les individus utilisent pour modifier leur comportement et passer d'un stade à l'autre. On divise les processus de changement par rapport à l'activité physique en deux catégories : les processus cognitifs (pensées, attitudes, prise de conscience) et les processus comportementaux (actions).

Les processus cognitifs

- Augmentation des connaissances (encourager la personne à lire et penser aux activités physiques) ;
- prise de conscience des risques (faire passer aux personnes le message qu'être inactif est très mauvais pour la santé) ;
- se sentir concerné par les conséquences de son propre comportement en matière d'activité physique sur les autres (encourager la personne à reconnaître que sa pratique sert d'exemple aux autres membres de la famille) ;
- comprendre les bénéfices (aider la personne à comprendre les bénéfices personnels qu'il y a à être actif) ;
- augmenter les opportunités d'un comportement de santé (aider la personne à être vigilante sur toutes les opportunités à être physiquement active).

Les processus comportementaux

- Substituer des alternatives à un comportement habituel (plutôt que de « se reposer » devant la télévision », encourager la personne à participer à des activités physiques quand elle est fatiguée ou stressée) ;
- s'entourer de support dans son entourage ou sa vie sociale (encourager la personne à trouver quelqu'un dans son entourage qui est capable de lui apporter du support pour son activité physique) ;
- se récompenser (encourager la personne à se féliciter et à se récompenser quand elle est active) ;
- s'impliquer (encourager la personne à faire des promesses, des plans et à s'impliquer à être active) ;

- se rappeler (apprendre à la personne comment mettre en place des éléments de rappel pour être active, comme garder des chaussures confortables dans sa voiture et au bureau, prêtes à être utilisées à tout moment.

Moins de stress, plus de plaisir : une perspective déterminante

Selon la théorie des changements comportementaux, une personne est plus à même de devenir active physiquement quand des circonstances favorables sont présentes et quand des conséquences agréables résultent de l'activité physique : quand un endroit est disponible, que l'on a prévu du temps, quand on se sent bien, moins stressé après un exercice.

La théorie de l'apprentissage prévoit également que lorsqu'on veut adopter un nouveau comportement complexe, il est important de démarrer avec de petites étapes, et progresser lentement vers le résultat désiré. La plupart du temps, les personnes qui se mettent à l'exercice physique mettent en place des buts trop difficiles, comme marcher quarante-cinq minutes par jour. Le résultat est alors la frustration ou la blessure et l'abandon du programme, avant que des habitudes d'activité soient établies.

En mettant en place des buts plus modestes et atteignables (dix minutes de marche en plus par semaine, jusqu'à trente minutes plusieurs fois par semaine), la personne développe un sens d'accomplissement et apprend les stratégies pour dépasser les barrières qui l'avaient conduite à abandonner dans le passé. Elle développe ainsi un sens de maîtrise sur plusieurs comportements (programmer du temps, faire de l'activité même quand on est fatigué, demander aux membres de la famille de garder les enfants, même pour une demi-heure). À mesure que la personne devient expérimentée, l'objectif est graduellement augmenté et la personne est récompensée pour chaque progrès accompli. Il est donc particulièrement important que la personne sache qu'il est préférable de commencer doucement.

Finalement, choisir un comportement actif plutôt que sédentaire dépend en partie de la durée du temps qui va s'écouler entre faire ce choix et en recueillir les bénéfices, la personne sou-

haitant, dans la plupart des cas, avoir un « retour sur investissement » rapide. Or, pour l'activité physique, beaucoup de ces bénéfices (moins de chance de développer une maladie cardiaque) sont différés alors que les bénéfices de la sédentarité (se faire plaisir en regardant un film à la télévision) sont immédiats. C'est pourquoi il est important d'encourager les personnes à considérer les récompenses immédiates, mais souvent ignorées de l'activité (sentir de l'énergie, plaisir d'avoir l'impression d'avoir fait quelque chose de bon pour soi-même, être un bon modèle pour sa famille, ses amis), et de garder à l'esprit les effets à long terme d'un comportement sédentaire, souvent oubliés au moment du choix.

Obstacles à l'exercice physique

Les personnes vont en fait décider de s'engager dans un comportement particulier sur la base d'une comparaison entre les bénéfices perçus par rapport aux coûts perçus de leur comportement. Nous sommes en effet plus à même d'être actifs si nous croyons que les bénéfices (amélioration de la santé, diminution du stress) dépassent les coûts (temps pris sur d'autres activités, transpirer). Les personnes qui se situent dans le dernier stade de préparation motivationnelle (stade 5, maintien de l'activité devenue une habitude) perçoivent davantage de bénéfices à être actifs, alors que les personnes dans les premiers stades pensent qu'il y a davantage de désavantages que d'avantages (5).

De nombreuses études ont été réalisées récemment sur différentes populations pour comprendre les obstacles à l'exercice physique, partant de l'hypothèse que c'est la première étape pour les dépasser. Ces barrières, dont les principales sont le manque de temps, d'énergie et de motivation, sont dépendantes du sexe, de l'âge, du niveau d'éducation, du niveau de revenu et de l'état de santé.

Il semble également que des barrières existent chez les professionnels eux-mêmes, qui n'inciteraient pas leurs patients à pratiquer l'activité physique, cas en particulier des praticiens ou des infirmières, qui pourraient faire la promotion de l'activité physique (6). La barrière la plus importante étant le manque d'activité physique des professionnels de la santé eux-mêmes.

Se sentir libre

Un autre aspect à considérer dans le choix comportemental est le sentiment de « liberté » de la personne. Ce concept est issu des théories psychosociales, et notamment la théorie de l'engagement (notion de soumission librement consentie) (7). Pour ressentir des conséquences positives comme résultat d'une activité physique, les personnes ont besoin de sentir qu'elles ont choisi librement d'être actives et non pas seulement pour faire plaisir à quelqu'un d'autre. Si les personnes ont l'impression qu'elles ont été forcées à commencer un programme d'activité plutôt que de l'avoir choisi d'elles-mêmes, elles peuvent ne pas être motivées à changer leur style de vie pour un mode de vie plus actif.

Outre l'explication d'un programme, la participation des personnes à la construction de ce programme et des différents buts à atteindre facilite leur acceptation et leur engagement ; si elles sont ainsi partie prenante (ou associées à l'élaboration), elles se fixeront d'ailleurs des objectifs plus ambitieux que si on leur impose le programme. La participation à la définition de ces objectifs permet aussi une meilleure compréhension de ce qu'il faut faire.

La prévention des rechutes

Cette prévention est particulièrement importante pour maintenir des changements sur le long terme, et c'est probablement le défi le plus important en ce qui concerne les activités physiques : les bénéfices n'existent que si l'on pratique de façon régulière.

Les programmes basés sur cette prévention aident les personnes à anticiper et planifier les problèmes qu'elles vont rencontrer si elles veulent continuer leur programme d'activité physique. Ces problèmes peuvent inclure la dépression, l'anxiété, les blessures, une pression sociale, des difficultés avec des membres de la famille ou des amis, un support social limité, une motivation basse, une pression temporelle ou du mauvais temps (8).

Il s'agit d'identifier les situations plaçant la personne devant un risque important de ne pas être physiquement active (travailler beaucoup dans la journée), et de développer un plan stratégique pour éviter ou si nécessaire faire face à chacune de ces situations (faire

trois fois dix minutes de marche pour couper le travail).

Si une personne se trouve dans une situation dans laquelle elle court le risque de ne pas être active mais qu'elle parvient à surmonter la tentation d'être sédentaire, son sentiment d'efficacité personnelle va augmenter. En revanche, si elle ne parvient pas à être active, elle va sans doute se sentir moins confiante dans sa capacité à faire face à des situations similaires dans le futur.

Un autre aspect important de la prévention des rechutes est de permettre aux personnes de faire la distinction entre un arrêt temporaire (quelques jours d'inactivité) et un arrêt plus définitif, de sorte qu'elles ne soient pas tentées de tout arrêter parce qu'elles ont manqué quelques jours d'exercice. Après des vacances inactives, une personne peut se dire « *Quel est l'intérêt de recommencer ? J'ai perdu l'habitude.* » En reconnaissant au contraire

qu'un arrêt dans une routine d'activités physiques est normal mais temporaire, elle se dira au contraire : « *Bon je me suis arrêtée, mais il est temps désormais de se remettre à marcher.* »

Facteurs personnels

L'efficacité personnelle

D'après la théorie sociale cognitive (9), l'efficacité personnelle ou confiance en ses propres capacités à réussir un comportement particulier est le médiateur le plus important du changement. La perception d'être capable de réussir quelque chose augmente la probabilité de s'engager dans ce comportement. En d'autres termes, augmenter la confiance en ses capacités conduit à un plus haut niveau d'activité physique un peu plus tard (mesuré généralement de trois à six mois après le début du programme). Des études ont observé l'impact de la confiance en ses capacités sur l'activité physique à travers différentes situations : pendant les vacances, quand on

est blessé, lorsque le climat est défavorable à la pratique, etc. D'autres auteurs ont exploré ce même facteur de confiance pour différents comportements d'activités physiques, comme prendre du temps pour l'activité et s'y tenir.

Le support social

Le support social est un autre facteur puissant de changement comportemental (10). Il existe sous différentes formes :

- le support social instrumental consiste à apporter à une autre personne un soutien tangible qui va l'aider dans ses efforts de changement comportemental (exemple : emmener quelqu'un à sa salle de gym) ;
- le support informationnel consiste à donner des informations pertinentes : sur un événement sportif auquel il est sympathique de participer, ou bien sur les processus qui permettent de rester motivé ;
- le support émotionnel signifie qu'une autre personne sait que vous faites attention à elle et à la façon dont elle s'y prend pour changer ses comportements ;
- le support social d'évaluation, enfin, implique le fait de donner du *feedback* et des encouragements à quelqu'un qui apprend une nouvelle activité physique.

Le support social peut provenir de différentes sources (membres de la famille, amis, collègues, instructeurs de sport, d'autres participants au programme d'activité physique) (8).

Le plaisir

Il n'est pas surprenant que les personnes qui disent qu'elles ont du plaisir à pratiquer tendent à être celles qui deviennent et restent actives. Alors que le plaisir de pratiquer n'est lié à aucune théorie spécifique, on l'a constamment trouvé associé à l'activité physique des adultes, aux stades de la motivation pour le changement et à l'adhésion à des programmes d'exercice (8).

Être efficace, mais à long terme

Les campagnes pour diminuer les facteurs de risque cardio-vasculaire en incluant l'activité physique existent maintenant depuis une trentaine d'années. Ces programmes ne sont pas adaptés aux différents types de person-

nes et notamment à leur stade de préparation. Ils donnent un message général de promotion de l'activité physique quel que soit le public. Ces programmes ont l'avantage d'augmenter la prise de conscience en ce qui concerne l'activité physique. Mais, pour ce qui concerne le passage à l'action, c'est-à-dire un changement comportemental, la conclusion des études montre qu'il est important de diviser la population en sous-groupes et de leur adapter les programmes afin de mieux répondre aux besoins spécifiques. Les résultats de ces programmes donnent de meilleurs résultats que les approches traditionnelles en termes d'augmentation du comportement d'activité physique (11, 12).

Une des difficultés majeures à laquelle se heurtent cependant les programmes d'incitation à l'activité physique est leur efficacité sur le long terme. Ce changement nécessite sans doute un suivi plus actif que ce qui est fait actuellement. Différents systèmes ont été expérimentés aux États-Unis, comme un suivi par téléphone ou même par Internet. Une étude récente qui inclut deux sessions de suivi avec

un spécialiste de l'exercice rapporte ainsi au bout d'un an des changements plus importants d'activité physique que pour les membres d'un groupe de référence qui n'en a pas bénéficié (13).

Changer son style de vie pour un style de vie plus actif est un défi important ; les habitudes ne peuvent être modifiées que très progressivement. Lorsque des conseils ou des programmes d'exercice sont donnés à des personnes, il convient d'être particulièrement attentif aux processus psychologiques qui sont en jeu dans leur motivation (confiance en leur capacité, délivrance de *feedbacks* réguliers et sur le long terme). Le coût supplémentaire entraîné par un tel dispositif d'encadrement n'est souvent pas le frein le plus important à leur mise en place. Le manque de connaissance psychologique des prescripteurs de soin ainsi que leur propre motivation à l'exercice sont davantage à questionner.

Christine Le Scanff

Professeur des universités, psychologue, directrice de l'équipe de recherche 2 494 « Psychologie des pratiques physiques (3P) », UFR STAPS, université Paris-Sud-XI.

► Références bibliographiques

- (1) Prochaska J.O., DiClemente C.C. *Stages of processes of selfchange of smoking: toward an integrative model of change*. J. Consult. Clin. Psychol. 1983; 51(3) : 390-5.
- (2) Bandura A. *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review 1977; 84(2): 191-215.
- (3) Skinner B.F. *Science and human behavior*. New York: The Free Press 1953.
- (4) Dunn A.L., Marcus B.H., Kampert J.B., Garcia M.E., Kohl H.W. III, Blair S.N. *Reduction in cardiovascular disease risk factors: 6-month results from Project Active*. Prev. Med. 1997; 26(6): 883-92.
- (5) Marcus B.H., Rakowski W., Rossi J.S. *Assessing motivational readiness and decision-making for exercise*. Health Psychology 1992; 11: 257-61.
- (6) McKenna J., Naylor P.-J., McDowell N. *Barriers to physical activity promotion by general practitioners and practice nurses*. Br. J. Sports Med. 1998; 32: 242-7.
- (7) Joule R.-V., Beauvois J.-L. *La soumission librement consentie*. Paris : Puf, coll. Psychologie sociale, 2006 : 224 p.
- (8) U.S. Department of Health and Human Services. *Physical activity and health: A report of the surgeon general*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- (9) Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1986.
- (10) Sarason L.G., Sarason B.R. *Social support: theory, research, and applications*. The Hague: Martinus Nijhoff, 1985: 463-89.
- (11) Marcus B.H., Bock B.C., Pinto B.M., Forsyth L.H., Roberts M.B., Traficante R.M. *Efficacy of an individualized, motivationally-tailored physical activity intervention*. Ann. Behav. Med. 1998; 20(3): 174-80.
- (12) Marcus B.H., Emmons K.M., Simkin-Silverman L.R., et al. *Evaluation of motivationally tailored vs. standard self-help physical activity interventions at the workplace*. Am. J. of Health Promot. 1998; 12(4): 246-53.
- (13) Halbert J.A., Silagy C.A., Finucane P.M., Withers R.T., Hamdorf P.A. *Physical activity and cardiovascular risk factors: effect of advice from an exercise specialist in Australian general practise*. Med. J. Aust. 2000; 173(2): 85-7.

Promotion de l'activité physique : des stratégies qui ont fait leurs preuves

Outre l'action sur les déterminants individuels décrite précédemment par Christine Le Scanff, les interventions auprès des populations (mise en réseau, changements d'organisation, modifications de l'environnement, etc.) peuvent avoir pour résultat une pratique accrue de l'activité physique chez un grand nombre de personnes. Quelles sont les stratégies de promotion de la santé qui ont fait leurs preuves en la matière ? Revue d'une littérature puisée essentiellement dans les études menées aux États-Unis et en Australie, et enseignements à en tirer pour notre territoire¹.

Le vocable de promotion de la santé est d'usage relativement récent ; né au début des années 1980, c'est en 1986 qu'il a trouvé son expression avec la proclamation de la charte internationale d'Ottawa. La promotion de la santé est à la fois une philosophie d'action en tant que « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » et un ensemble de pratiques spécifiques en tant que « *toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités* » (1).

Les stratégies dites de promotion de la santé reposent sur une approche écologique de la santé. Cette approche accorde la même importance aux variables personnelles et aux variables d'environnement. Elle prend en compte :

- les facteurs individuels qui augmentent ou diminuent la probabilité qu'une personne ait une activité physique régulière ;
- les relations avec la famille et les amis, les pairs qui renforcent ou au contraire font obstacle à ce comportement ;
- la communauté dans laquelle s'inscrivent les relations sociales : l'école, l'entreprise, le quartier ;
- les facteurs de société : normes sociales et culturelles ;
- l'environnement physique : accessibilité, sécurité, plaisir, etc.

Elle considère qu'à chaque niveau les facteurs peuvent être modifiés par

un autre niveau : une personne peut, par exemple, rassembler autour d'elle un groupe qui va agir en faveur d'une modification de l'environnement. Une évolution de la norme sociale peut faciliter ou faire obstacle à l'adoption ou au maintien d'une activité physique. Cette approche aide à élucider les facteurs qui interviennent à différents niveaux et à repérer ceux sur lesquels il est possible d'intervenir, en particulier les facteurs de l'environnement qui font obstacle ou au contraire qui facilitent une activité physique régulière.

Enseignements de la littérature

Les facteurs liés à une pratique régulière d'activités physiques

La recherche sur les déterminants individuels est relativement développée, en revanche, la recherche sur les déterminants éco-environnementaux présente certaines limites : le sujet est récent, la quantité de données est limitée, il y a peu d'études menées à grande échelle et elles l'ont été principalement aux États-Unis ou en Australie. La plupart des résultats exposés ci-dessous sont extraits d'un document de synthèse québécois : stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec (2).

Si l'on s'en tient aux déterminants environnementaux, la pratique d'une activité physique régulière est associée au milieu urbain plutôt qu'aux banlieues ou au milieu rural, et à un degré élevé de sécurité piétonnière (faible taux de criminalité, faible cir-

ulation automobile, trottoirs, éclairage), à l'accessibilité des infrastructures sportives et à la présence de personnes physiquement actives dans l'entourage.

Quatre catégories de facteurs de l'environnement sur lesquels il est possible d'agir et qui ont une influence directe sur l'engagement et la poursuite d'une activité physique ont été identifiées :

- l'accès aux ressources : disponibilité et accessibilité des équipements sportifs ;
- l'environnement : espaces verts, pistes cyclables ;
- les politiques publiques : temps d'éducation physique dans les programmes scolaires ;
- les normes sociales : campagnes médiatiques, normes microsociales.

Les interventions populationnelles

Les recommandations ci-après résultent d'une revue systématique des interventions populationnelles ayant pour but d'accroître l'activité physique, réalisée en 2001 par la *Task Force on Community Preventive Services des CDC*² (3). Elles résultent de l'analyse de quatre-vingt-quatorze interventions populationnelles avec comparaisons exposées/non exposées. Elle distingue les interventions fortement recommandées qui ont fait solidement la preuve de leur efficacité, les interventions recommandées pour lesquelles le niveau de preuve est suffisant, et les interventions pour lesquelles les données étaient insuffisantes pour faire la preuve de leur efficacité.

• Les interventions fortement recommandées

– Les campagnes médiatiques avec forte visibilité qui suscitent l'intention de pratiquer une activité physique. Ces campagnes utilisent plusieurs médias (télé, radio, journaux, cinéma, etc.). Elles sont associées à des actions locales ;

– les activités visant à aider les personnes à introduire des activités physiques dans leur vie quotidienne réalisées en groupe, par courrier, téléphone ou Internet (acquisition de compétences comportementales, élaboration d'objectifs et autoévaluation, construction d'un soutien social, renforcement par autoappréciation et autorécompense, résolution de problèmes) ;

– la modification des programmes scolaires en vue d'accroître le temps passé en cours d'activité physique et sportive et le temps d'activité réelle des élèves durant ces cours ;

– le soutien social de proximité visant à modifier les comportements d'activité physique en bâtissant, renforçant et maintenant un réseau social qui va soutenir les changements de comportement. Ce type d'intervention comporte,

par exemple, un soutien aux réseaux existants, la création de nouveaux réseaux, l'organisation d'un compagnonnage, la facilitation des contacts entre personnes, la création de groupes de randonnée, etc. ;

– l'amélioration de l'accessibilité aux lieux d'activité physique par la création de cheminements, la réduction des obstacles (horaires, tarifs, etc.), l'apprentissage de l'utilisation des équipements, les conseils de pratique, le dépistage des facteurs de risque, etc.

• Les interventions recommandées

– L'encouragement à l'usage des escaliers par une signalétique adaptée : signalétique au niveau des escaliers mécaniques et ascenseurs encourageant à utiliser les escaliers les plus proches, par exemple dans les gares, métros, grands magasins, universités, etc. ;

– une politique des transports et des modifications des infrastructures en vue de promouvoir les modes de transport actifs (pistes cyclables, parkings à vélos surveillés, etc.) ;

– une politique d'urbanisme avec accroissement des zones et chemine-

ments piétonniers, multiplication des terrains de jeux, etc.

• Les interventions pour lesquelles le niveau de preuve est insuffisant

Les interventions suivantes n'étaient pas forcément inefficaces mais les évaluations réalisées n'avaient pas permis de faire la preuve de leur efficacité :

– les campagnes médiatiques (télévision, radio, journaux) destinées à accroître les connaissances, modifier les attitudes ou les comportements sans autre composante ;

– l'éducation pour la santé à l'école centrée sur une information sur les risques pour la santé utilisant des méthodes essentiellement didactiques, n'incluant pas de modification de l'organisation de l'éducation physique ;

– les actions éducatives visant à réduire le temps passé devant la télévision ou les jeux vidéo par des stratégies comportementales incluant autoévaluation, limites d'accès, budgétisation du temps passé, investissement des parents. Elles entraînent une réduction de l'usage de la télévision mais pas d'augmentation de l'activité physique ;

– les cours d'éducation physique à l'université avec lectures didactiques et sessions de travaux pratiques ;

– les interventions en milieu familial centrées sur les enfants et leur famille avec contrats de comportement entre les membres de la famille, élaboration d'objectifs, résolution de problèmes, etc.

Applications pratiques

Les interventions populationnelles de promotion d'une activité physique régulière s'inscrivent dans les politiques nationale et régionales de santé et d'éducation. En France, il s'agit de :

– maintenir la promotion de l'activité physique parmi les stratégies prioritaires du Programme national nutrition-santé et du Programme « bien vieillir », destiné aux personnes âgées ;

– inscrire explicitement cette priorité dans le programme de santé des enfants d'âge scolaire ;

– la reprendre dans chaque Plan régional de santé publique (PRSP).

La plupart des interventions proposées sont de la responsabilité du niveau local (agglomérations, pays, communes, quartiers) ou microlocal (écoles, entreprises). Elles doivent être soutenues par des interventions nationales (campagnes médiatiques, production de supports, valorisation).

Les interventions susceptibles d'être proposées

• Les interventions universelles

Au niveau local, créer un environnement où l'activité physique est sûre, accessible et plaisante :

– en accroissant l'accessibilité aux infrastructures de loisirs : par le développement d'espaces verts et d'installations sportives, par l'aménagement d'environnements favorables dans les lieux de vie (écoles, lieux de travail, quartiers), par des ententes entre municipalités, écoles et universités pour l'usage réciproque des équipements collectifs ;
– en donnant priorité au transport actif (marche, vélo, fauteuil roulant, rollers) par l'aménagement systématique de cheminements pour piétons et vélos sûrs, faciles d'accès, pratiques et continus et par des aménagements spécifiques pour les enfants (trajets scolaires, etc.) ;

– en encourageant les manifestations et activités sociales de proximité : opérations Pédibus pour se rendre à l'école (voir page 41), journées sans voitures, initiations à l'utilisation d'installations sportives, groupes de randonnée, etc.

Au niveau national, soutenir ces interventions de proximité par des actions médiatiques. Ces campagnes sensibilisent à la présence dans la proximité de chacun des ressources nécessaires, influencent les attitudes, et renforcent les choix individuels. Le dispositif devrait inclure une promotion vigoureuse de la charte « Villes actives du PNNS » auprès des élus, administrations, professionnels et associations locaux.

• Les interventions ciblées

Elles consistent, au-delà des interventions utiles à tous, à prendre des mesures adaptées à certains lieux ou aux besoins particuliers de certaines populations (personnes âgées, personnes handicapées ou malades, personnes socialement en difficulté, etc.).

Dans les écoles, les collèges et les lycées : une éducation physique active et quotidienne doublée de la possibilité d'accroître les activités physiques quotidiennes dans et hors de l'école serait la meilleure stratégie pour favoriser l'engagement durable dans une activité physique régulière de la majorité des enfants. Cela suppose de combiner une augmentation du temps

alloué à l'éducation physique avec une augmentation de la proportion de ce temps où les enfants sont réellement actifs : actuellement les élèves ne seraient actifs que durant moins du quart de temps d'éducation physique et sportive (4). De plus, l'activité physique quotidienne peut être intégrée à la vie scolaire : trajet, activités physiques durant les récréations, la pause de midi, les permanences, etc. La participation des parents à des activités communes à la maison ou à l'école peut être encouragée, des activités extrascolaires (club de randonnée, natation, skate) peuvent être organisées. Le programme multimodal ICAPS développé en Alsace et dont les résultats sont très prometteurs fournit un excellent exemple de la manière dont ces activités peuvent être intégrées à la vie scolaire (voir article de C. Simon page 39).

En milieu de travail : lever les obstacles à une activité physique quotidienne en revoyant les règles d'aménagement des bâtiments : cages d'escalier accessibles et agréables, vestiaires, douches, stationnement vélos, etc., en signalant les escaliers, en adaptant les horaires, en passant des accords avec les installations sportives de proximité et en en faisant la publicité dans l'entreprise.

Dans les établissements pour personnes âgées : développer systématiquement des programmes d'activité physique avec désignation d'un responsable, création d'un comité de pilotage avec participation des usagers, identification des pôles d'intérêts des résidents et des ressources disponibles dans l'environnement et élaboration sur ces bases d'un programme d'activités régulières.

Pour les personnes en situation de précarité : éviter la marginalisation par les frais d'accès. Pour les personnes handicapées : veiller à l'adaptation systématique des installations et des cheminements. Pour les personnes malades : valoriser les interventions de type individuel dans le système de santé : possibilité pour les établissements et les réseaux de soins de conventionner avec des installations sportives, adaptation des tarifs, organisation d'accompagnements personnalisés par téléphone ou par Internet.

• Les activités de recherche et développement

Il s'agirait de mieux comprendre quelles sont les barrières qui empêchent les gens d'être actifs par des études sur les déterminants, notamment sur l'influence des attitudes et des représentations (exemples : culte de la minceur,

corpulence, mésestime de soi et activités physiques, etc.), sur les pratiques des intervenants, également par des études sur les résultats d'interventions populationnelles.

Les interventions de proximité devraient être valorisées, d'abord par la mise en place d'un système d'information actuellement inexistant et par un soutien à l'évaluation (exemple : mise au point au niveau national d'un outil d'évaluation commun...). Un partenariat avec l'INPES et des organismes de recherche (Inserm, université, etc.) est à l'étude dans ce sens.

Les modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre à grande échelle de ces interventions sur l'environnement physique et social nécessite la mobilisation de plusieurs secteurs d'activité. Elle dépend de la volonté et de la capacité des décideurs et intervenants des différents domaines concernés à développer des projets communs.

• Développer des ententes

La première étape est la création d'une volonté d'agir commune entre décideurs de l'État, de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales, entre administrations de la santé, de l'Éducation nationale, des sports, loisirs et de la vie associative, des transports et de l'environnement, du travail, entre professionnels de la santé, de l'éducation, du sport et des loisirs, de l'environnement, et entre associations de ces différents domaines.

• S'organiser sur le territoire

Une deuxième étape de mise en œuvre d'une stratégie populationnelle est l'inscription d'une politique de promotion de l'activité physique dans les plans régionaux de santé publique, dans les programmes territoriaux de santé et dans les politiques de santé des communes. La désignation de coordinateurs chargés de promouvoir l'activité physique et déplacements actifs, aux niveaux de la Région, de l'agglomération ou du pays et de la commune, peut personnaliser cette organisation.

• Bâtir un projet

Les projets qui résultent de ces ententes et de cette organisation doivent combiner les recommandations

fondées, les données les plus probantes et l'analyse de la situation locale notamment pour ce qui concerne les ressources disponibles, l'environnement économique et social (associations, professionnels...) et l'organisation institutionnelle.

• S'appuyer sur des partenariats entre les différents niveaux

Des accords formels entre niveaux national et régional, par exemple entre groupements régionaux de santé publique (GRSP) et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), puis entre niveau régional et départements, agglomérations ou pays et communes, permettraient d'accroître la cohérence des stratégies engagées.

L'activité physique intervient comme facteur de protection dans plusieurs domaines de la santé physique, mentale et sociale et à tous les âges de la vie. À ce titre, elle mérite, avec l'alimentation, un rang plus élevé parmi les priorités de santé que celui qui lui est actuellement concédé. Il existe une unanimité parmi les chercheurs du domaine de l'activité physique : « *Des actions associant différentes stratégies (information, sensibilisation, soutien social, modifications environnementales, physiques et structurelles mais aussi législatives et sociétales) sont nécessaires pour une action efficace à large échelle. Moins familières que les interventions purement sanitaires, de telles stratégies, dont l'efficacité ne peut se juger qu'à long terme, impliquent de nombreux secteurs d'intervention et requièrent des partenariats avec des secteurs non associés habituellement avec la santé.* » (4)

Dr René Demeulemeester

Coordinateur des programmes à l'INPES.

1. Cet article est extrait d'une intervention à la conférence de consensus, le 22 novembre 2005 à Vandœuvre-lès-Nancy.

2. La Task Force on Community Preventive Services est un groupe d'experts indépendants, appointé par le directeur des Centers for Disease Control and Prevention (CDC). La mission de ce groupe est de fournir des recommandations sur les mesures efficaces pour promouvoir la santé et prévenir les maladies et accidents au niveau des collectivités. Pour mémoire, les CDC sont des composants du Department of Health and Human Services, principale agence en charge de la santé aux États-Unis. Ils ont pour mission la prévention des maladies et des accidents.

► Références bibliographiques

- (1) O'Neill M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? In : *Efficacité de la promotion de la santé*. Promotion & Education, hors-série 1 ; 2004 : 6-10.
- (2) Comité scientifique de Kino-Québec (CSKQ). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec (Avis du comité)*. Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir. Gouvernement du Québec, 2004 : 32 p.
- (3) Task Force on Community Preventive Services (TFCPS). *Increasing physical activity. A report on recommendations*. MMWR 2001 ; 50(RR18) : 1-16.
- (4) Oppert J.-M., Simon C., Rivière D., Guézennec C.-Y. *Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques*. Ministère de la Santé, coll. Les synthèses du PNNS, 2006 : 58 p. (<http://www.sante.gouv.fr> Rubrique Nutrition).

► Bibliographie complémentaire

- Blair S.N., Connelly J.C. *How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity*. Res. Q. Exerc. Sport 1996 ; 67(2) : 193-205.
- Center for disease control and prevention. (CDC). *Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people*. MMWR 1997 ; 46 (RR6) : 1-36.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). *Campagnes de communication, programme national nutrition santé, promotion de l'activité physique quotidienne*. <http://inpes.sante.fr> puis Espace presse/Communiqué de presse/25/05/2004.
- Groupe d'études en nutrition. Faculté de médecine, université Louis-Pasteur, Strasbourg. Dossier de presse, décembre 2004.
- *Programme national nutrition-santé, 2001-2005*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.
- Trost S. G., Owen N., Bauman A.E., Sallis J.F. *Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update*. Med. Sci. Sports Exerc. 2002 ; 34(12) : 1996-2001.

Exercice du corps : une arme contre les maladies chroniques

Quel est l'intérêt de la pratique de l'activité physique pour sa santé ? Jean-Michel Oppert résume ici les connaissances scientifiquement validées : au moins trente minutes d'activité modérée par jour sont associées à une diminution de 30 % de la mortalité. Ce type d'effet bénéfique est observé même chez les inactifs qui débutent une activité physique au moins modérée au cours de leur vie adulte. Pour cet expert, il faut plus que jamais promouvoir l'activité physique « au quotidien et tout au long de la vie ».

En association avec les habitudes alimentaires, le niveau habituel d'activité physique pratiqué par une personne est impliqué dans le développement des pathologies chroniques les plus fréquentes dans les pays industrialisés (*Tableau 1*), en particulier les maladies cardio-vasculaires, première cause de mortalité. Augmenter le niveau habituel d'activité physique et limiter la sédentarité dans la population générale est donc réellement un enjeu important de santé publique. Depuis une dizaine d'années, la notion mise en avant est que l'activité physique n'a pas nécessairement besoin d'être d'intensité élevée pour déjà procurer un bénéfice en termes de prévention des maladies chroniques.

Notion de courbe « dose-réponse »

La relation entre la quantité d'activité physique (la « dose ») et ses conséquences sur la santé (la « réponse ») est un aspect majeur de la discussion des effets de l'activité physique sur la santé. L'aspect de cette courbe peut prendre différentes formes, la plus simple étant l'aspect linéaire. Cependant, de nombreuses données documentent actuellement le fait que des niveaux au moins modérés d'activité physique habituelle apportent déjà un bénéfice substantiel pour la santé : en particulier, le gain le plus important en termes de bénéfices pour la santé est obtenu chez les sujets inactifs qui deviennent au moins modérément actifs (environ trente minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée en plus de la réalisation des activités quotidiennes) ; le bénéfice supplémentaire, obtenu lorsque le

niveau de pratique augmente chez les sujets déjà au moins modérément actifs, serait moindre. Pour les niveaux élevés d'activité physique, le bénéfice potentiel doit aussi être pondéré par les risques d'une pratique très intensive.

Il est maintenant établi qu'il existe une relation dose-réponse inverse et le plus souvent linéaire entre le volume d'activité physique et le risque de mortalité toutes causes, le risque de maladies cardio-vasculaires en général et plus spécifiquement d'événements coronariens, et probablement le risque

de diabète de type 2. La pratique d'une quantité au moins modérée d'activité physique s'accompagne donc déjà d'un bénéfice substantiel en termes de santé, une notion essentielle pour l'élaboration des recommandations de santé publique en matière d'activité physique.

Activité physique et mortalité

De nombreuses études indiquent que la pratique d'une activité physique régulière et une meilleure capacité cardio-respiratoire (VO_2 max) sont associées à une diminution de la mortalité glo-

bale, chez le sujet jeune comme chez le sujet âgé. Comparés aux sujets les plus actifs, les sujets les moins actifs ont un risque de mortalité au cours du suivi de 1,2 à 2 fois plus élevé. La dose minimale d'activité physique apportant ce type de bénéfice n'est pas encore définie avec précision, mais une activité physique correspondant à une dépense énergétique de 1 000 kcal par semaine (soit la dépense énergétique moyenne obtenue par trente minutes d'activité physique modérée par jour en plus de la réalisation des activités quotidiennes) est associée à une diminution de 30 % de la mortalité. En outre, une diminution importante de la mortalité (de l'ordre de 60 %) a été observée chez des adultes initialement inactifs qui améliorent leur capacité cardio-respiratoire au cours du temps, en comparaison avec ceux qui sont restés inactifs. Cet effet protecteur incite à l'élaboration et au

développement d'actions de promotion de l'activité physique au quotidien tout au long de la vie.

Maladies cardio-vasculaires et facteurs de risque

L'idée que l'activité physique puisse avoir un rôle préventif vis-à-vis du risque cardio-vasculaire n'est pas neuve. Les études de J. Morris, dans les années 1950, portant sur l'activité physique au travail de différentes catégories d'employés londoniens, en particulier dans le secteur des transports, ont ouvert la voie à l'approche scientifique de cette thématique. Les bénéfices en termes de risque cardio-vasculaire d'une activité physique régulière ont été documentés par différentes études prospectives avec un suivi prolongé. Ainsi, les résultats de plusieurs méta-analyses indiquent que le risque relatif de maladie coronarienne des sujets les moins

actifs par rapport aux sujets les plus actifs est de l'ordre de deux. L'ensemble des études disponibles indique qu'il existe une relation dose-réponse linéaire inverse entre l'activité physique et le risque de mortalité et d'événements cardio-vasculaires en général, et coronariens en particulier. Dans l'étude franco-irlandaise « Prime », portant sur près de dix mille hommes âgés de 50 à 59 ans suivis pendant cinq ans, une augmentation de l'activité physique quotidienne correspondant à trente minutes de marche rapide était associée à une diminution de 11 % du risque relatif d'événements coronariens chez les individus ne pratiquant pas d'activité d'intensité élevée. La quantité d'énergie dépensée et la régularité pourraient être plus importantes que l'intensité de l'activité pratiquée. Les données concernant les accidents vasculaires cérébraux sont moins concluantes. Il faut souligner que la réduction de morbidité coronarienne qui peut être attendue de la pratique d'une activité physique régulière est comparable à celle obtenue par modification d'autres habitudes de vie, tel l'arrêt du tabac, ou d'autres facteurs de risque, telle l'hypercholestérolémie.

Les mécanismes expliquant les effets bénéfiques de l'activité physique sur le risque cardio-vasculaire relèvent à la fois d'actions directes sur le système cardio-vasculaire et d'actions indirectes, principalement par la réduction du niveau de nombreux facteurs de risque. Les effets sur les facteurs de risque, en particulier métaboliques, sont importants. L'activité physique sur une base régulière diminue la pression artérielle et le risque d'hypertension, ainsi que le risque de survenue d'un diabète de type 2, améliore le profil lipidique (graisses du sang), atténue le gain de poids lié à l'âge et participe au maintien du poids corporel. Certains de ces effets bénéfiques sont très transitoires (annulés après quelques jours d'inactivité), ce qui indique l'importance de pratiquer l'activité physique sur une base régulière.

Effets bénéfiques vis-à-vis des cancers

Un grand nombre d'études d'observation indiquent que les sujets physiquement actifs ont un risque diminué d'incidence et de mortalité par cancer tous sites confondus, chez l'homme

Tableau 1. Principaux effets bénéfiques de l'activité physique sur l'état de santé

Pathologie/condition	Effet
Maladies cardio-vasculaires	Risque diminué
Maladie coronarienne	Risque diminué
Prise de poids	Risque diminué
Diabète de type 2	Risque diminué
Hypertension artérielle	Risque diminué
Cancer du côlon	Risque diminué
Cancer du sein	Risque diminué
Chutes (sujet âgé)	Risque diminué
Santé osseuse	Augmentée
Bien-être	Augmenté
Dépression	Risque diminué

comme chez la femme. Les données disponibles indiquent aussi que l'activité physique est associée différemment avec le risque de cancer selon le site concerné. Les données les plus probantes concernent l'effet bénéfique de l'activité physique vis-à-vis du cancer du côlon, chez l'homme et la femme (réduction de 40 à 50 % du risque chez les sujets les plus actifs) et du cancer du sein chez la femme, notamment après la ménopause (diminution du risque de l'ordre de 30 %). D'autres données suggèrent que l'activité physique pourrait également exercer un effet protecteur vis-à-vis d'autres cancers (prostate, poumon, etc.).

Les principaux mécanismes qui pourraient expliquer l'effet bénéfique de l'activité physique sur le risque de cancer en général sont liés à ses effets sur le poids et l'adiposité abdominale, à ses effets métaboliques et hormonaux (en particulier sur les taux circulants de certains facteurs de croissance ainsi que sur les hormones de la reproduction) et peut-être à ses effets sur l'immunité.

Diabète : résultats de deux études d'intervention

Il a été démontré qu'une modification du mode de vie, incluant une activité physique régulière et au moins modérée et des conseils d'équilibre alimentaire, permet de prévenir ou de retarder l'apparition d'un diabète de type 2. Dans deux études d'intervention randomisées réalisées, l'une aux États-Unis, l'autre en Finlande chez des sujets à risque de devenir diabétiques du fait d'une élévation modérée du taux de sucre sanguin à jeun, l'inci-

dence du diabète de type 2, après trois à six ans de suivi, était deux fois moins importante (diminution du risque de 58 %) dans le groupe ayant bénéficié d'une intervention sur le mode de vie par rapport au groupe témoin. Dans l'une de ces études, il a été montré que l'effet préventif de l'activité physique n'était pas expliqué par ses seuls effets sur le poids. Nous ne disposons pas actuellement d'étude de prévention primaire de la maladie coronarienne basée sur la seule modification du niveau habituel d'activité physique chez l'homme. En prévention secondaire, la mise en place d'une activité physique régulière chez les sujets présentant une insuffisance coronarienne ou ayant présenté un infarctus du myocarde est associée à une diminution de la mortalité de 25 %.

Promotion de l'activité physique

Intégrer l'activité physique sur une base régulière dans notre vie quotidienne apparaît donc un aspect essentiel de la prévention primaire vis-à-vis des pathologies chroniques, en particulier les maladies cardio-vasculaires. Les obstacles sont toutefois nombreux. En dehors des limitations physiologiques liées à la capacité physique ou à l'état de santé, il existe des obstacles d'ordre individuel mais aussi d'ordre socio-environnemental. L'identification et la prise en compte de ces obstacles, qui peuvent être différents en fonction des populations ou au cours du temps dans une même population, voire chez un même individu, sont l'un des aspects essentiels de l'élaboration et de la mise en place d'actions de santé publique visant la promotion de l'activité physique.

L'incitation à l'activité physique dans la population générale n'a de sens que dans le cadre d'une action de promotion et d'éducation à la santé au sens large, incluant les aspects nutritionnels. Dans cette perspective, la limitation de la sédentarité et la promotion d'une activité régulière d'intensité modérée font partie des objectifs prioritaires du Programme national nutrition-santé (PNNS) depuis sa mise en place par le ministère de la Santé, en 2001. Ce type d'action est totalement en phase avec les recommandations et les politiques d'éducation à la santé développées dans divers autres pays européens, en Amérique du Nord et du Sud, ainsi qu'avec la stratégie globale de l'Organisation mondiale de la santé sur l'alimentation, l'activité physique et la prévention des pathologies chroniques.

Jean-Michel Oppert

Professeur de nutrition à l'université Pierre-et-Marie-Curie-Paris 6, praticien hospitalier dans le service de nutrition de l'Hôtel-Dieu (AP-HP), Paris. Centre de recherche en nutrition humaine, Ile-de-France.

Bibliographie

- Cavill N., Kahlmeier S., Racioppi F. *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. World Health Organization, 2006: 34 p. <http://www.euro.who.int> Voir Publications.
- Kesaniemi Y.K., Danforth E. Jr, Jensen M.D., et al. *Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium*. Med. Sci. Sports Exerc. 2001; 33(6 Suppl): S351-8.
- Oja P., Borms J. *Health enhancing physical activity*. Oxford: Meyer & Meyer Sport, 2004. (Perspectives – The multidisciplinary series of physical education and sport science, vol. 6.).
- Oppert J.-M., Simon C., Rivière D., Guézennec C.-Y. *Activité physique et santé*. Arguments scientifiques, pistes pratiques. Ministère de la Santé, coll. « Les synthèses du PNNS », 2006 : 58 p. <http://www.sante.gouv.fr> Rubrique Nutrition
- *Physical activity and health: a report of the surgeon general*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996. <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>

Bouger améliore-t-il la qualité de vie ?

La pratique de l'activité physique a-t-elle un impact positif sur la qualité de vie physique mais aussi mentale ou sociale ? Si les conclusions des études scientifiques sont très prudentes, il en ressort que l'exercice régulier est globalement associé à une meilleure qualité de vie, en particulier chez les adultes. Des activités douces, comme le tai-chi chuan, auraient des effets bénéfiques chez les personnes âgées. En revanche, les activités très intensives semblent plutôt avoir un effet négatif. Revue de la littérature internationale.

Si les bienfaits de l'activité physique sur la santé, mesurée à l'aide de critères objectifs, sont maintenant largement démontrés (voir article de J.-M. Oppert page 21), ses effets sur la qualité de vie restent encore mal connus et insuffisamment explorés. Or la promotion de l'activité physique dans un but de santé passe par une connaissance de ses effets sur la santé globale de l'individu. Plus précisément, la relation entre activité physique et qualité de vie a été explorée dans des études dites d'« intervention » (niveau de qualité de vie mesuré avant et après un programme d'exercices) dont la plupart réalisées chez des sujets atteints de maladies chroniques ; ces études montrent une amélioration de la qualité de vie après intervention. Plus rares sont les études d'observation (sans intervention, à visée descriptive ou analytique) dans ces populations. Les études menées en population générale sont, quant à elles, moins nombreuses.

Cet article a pour objet de décrire les résultats des principales études explorant la relation entre activité physique et qualité de vie globale en population générale, parues depuis dix ans, afin de répondre à la question suivante : « *La pratique d'une activité physique exerce-t-elle une action préventive sur la qualité de vie ?* »

La qualité de vie

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui représente la satisfaction générale d'une personne à l'égard de la vie ; la qualité de vie liée à la santé évalue la situation dans les

domaines de la santé physique, cognitive, émotionnelle et sociale. Les principales dimensions explorées par les instruments de mesure sont : état physique (autonomie, capacités physiques), sensations somatiques (symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs), état psychologique (émotivité, anxiété, dépression), relations sociales et rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel (1). La qualité de vie correspond à la perception que le sujet a de sa santé sur les différents éléments de son activité, de sa participation. De façon plus opérationnelle, elle peut être définie comme la perception du sujet de l'impact de sa santé sur sa capacité à réaliser et à apprécier les activités de la vie quotidienne tant d'un point de vue physique, mental que social. Les facteurs contextuels (personnels et environnementaux) et les problèmes de santé sont des déterminants de la qualité de vie qui peuvent être regroupés en trois catégories :

- caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'éducation, statut matrimonial, lieu de résidence ;
- facteurs comportementaux : consommation d'alcool, consommation de tabac, alimentation, activité physique ;
- maladie, morbidités associées.

L'importance grandissante des mesures de qualité de vie effectuées en pratique clinique par les professionnels de santé marque une volonté de prise en compte de l'individu dans sa dimension globale qui vient renforcer les indicateurs de santé traditionnels.

Impact positif, physique mais aussi mental

À ce jour, la relation entre activité physique et qualité de vie a fait l'objet de peu d'investigations en population générale. Les études d'observation disponibles suggèrent que l'activité physique est positivement associée à la qualité de vie, à la fois dans sa dimension physique et dans sa dimension mentale (2-9) ; mais cela ne permet pas de conclure à un rapport de cause à effet. Plus précisément, la très grande majorité des études d'observation dites transversales ont observé cette association à la fois chez les hommes et chez les femmes. Ainsi, une étude japonaise (8) menée chez des enfants âgés de 12-13 ans montre une association entre la fréquence d'activité physique et chacune des huit dimensions de qualité de vie explorées (condition physique, émotions, activités quotidiennes, activités sociales, douleurs, changement d'état de santé, santé générale, qualité de vie globale). Elle constate aussi que les enfants qui ne pratiquent presque jamais d'activité physique ont entre 1,30 et 6,35 fois plus de risque d'avoir une qualité de vie pauvre comparée à ceux qui pratiquent très souvent.

Une autre équipe de recherche a étudié la relation entre les étapes du changement de comportement vis-à-vis de l'activité physique (telles que définies dans le modèle de Prochaska) (10) et la qualité de vie chez 1 387 adultes âgés de 18 à 75 ans (2). Rappelons les cinq étapes du changement, de l'intention jusqu'à la réalisation : précontemplation, contemplation, préparation, action,

maintien d'une activité. Les résultats montrent que les différents scores de qualité de vie augmentent à chacune de ces étapes (de précontemplation à maintien, résultats ajustés sur l'âge, le sexe et le niveau d'éducation), avec une relation plus forte avec la santé physique mesurée par les dimensions activité physique, vitalité et santé perçue.

L'analyse des données portant sur 175 850 adultes, ayant participé à l'enquête BRFSS (*Behavioral Risk Factor Surveillance System* : importante étude de surveillance menée aux États-Unis), en 2001, a permis de mettre en évidence le fait que les sujets qui ont déclaré un niveau d'activité physique équivalent ou supérieur aux recommandations ont également rapporté un nombre plus faible de jours en mauvaise santé comparés aux sujets ayant déclaré aucune activité physique ou une activité physique irrégulière (4). Ces auteurs ont également observé une plus faible qualité de vie chez les sujets qui ont pratiqué une durée d'activité physique inférieure à vingt minutes par jour ou supérieure ou égale à quatre-vingt-dix minutes et plus par jour (7).

Une étude menée en France, à partir des données de l'étude Suvimax (SUPplémentation en Vitamines et Minéraux AntioXidants), a montré, après ajustement sur plusieurs déterminants de la qualité de vie, que plus le niveau d'activité physique de loisir est élevé, plus le niveau de qualité de vie est élevé, à la fois chez les hommes et chez les femmes (9). La plupart de ces différences de scores de qualité de vie sont significatives, particulièrement chez les femmes et lorsque l'on compare le groupe inactif au groupe activité physique intense. En résumé, les résultats suggèrent que la pratique de trente minutes par jour d'activité physique de loisirs d'intensité modérée peut être bénéfique ; une intensité de pratique plus élevée étant associée à une meilleure qualité de vie, ce qui va dans le sens d'autres études (4, 7). Ces résultats renforcent l'intérêt des recommandations et permettent de dire qu'elles sont non seulement valables pour leurs effets sur la santé objective mais aussi sur la qualité de vie.

Au-delà d'une heure et demie par jour, le bénéfice disparaît

Si l'on effectue une synthèse des études dites d'observation, les résultats de

ces études montrent qu'un niveau d'activité physique élevé est associé à une amélioration des deux principales dimensions (physique, mentale) de la qualité de vie, avec un effet plus marqué sur la dimension physique, à la fois chez les hommes et chez les femmes, sauf chez les personnes âgées.

À ce jour, peu d'études ont été menées chez l'enfant, mais la seule étude transversale disponible à notre connaissance (8) va dans le sens d'un bénéfice de l'activité physique sur la qualité de vie avec un effet plus marqué sur la condition physique.

Chez l'adulte, quatre (4, 7, 9) des six études présentées vont dans le sens d'un effet bénéfique de l'activité physique sur la qualité de vie chez les sujets qui atteignent le niveau d'activité physique recommandé ; toutefois, cet effet bénéfique disparaît pour ceux qui pratiquent beaucoup, soit quatre-vingt-dix minutes et plus d'activité physique par jour (7).

Parmi les trois études d'intervention menées chez le sujet âgé (3, 5, 6), seule une d'entre elles (3), menée chez des femmes, montre un effet bénéfique de l'activité physique sur la dimension physique de la qualité de vie. Une étude d'observation, menée chez des femmes de plus de 70 ans, a montré que la pratique d'une activité physique est associée à une meilleure qualité de vie liée à la santé, mesurée par les dimensions mentales du SF-36 (vitalité, fonctionnement social, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique) (13).

Alors que les résultats des analyses transversales ont mis en évidence une association entre le niveau d'activité physique et le composant physique de la qualité de vie quel que soit le sexe, les analyses longitudinales ont plutôt montré une amélioration du composant mental de la qualité de vie au cours d'un suivi sur cinq ans d'hommes âgés de 20 à 59 ans (n=1 871) (11). Ce résultat n'a pas été relevé chez les femmes

dans cette étude, mais a été montré dans une étude plus récente (12).

La pratique régulière d'une activité physique est globalement associée à une meilleure qualité de vie plutôt dans les domaines physiques avec une approche transversale et plutôt dans les domaines mentaux avec une approche longitudinale.

Une meilleure estime de soi

Par ailleurs, si l'on examine les résultats des études d'intervention, en ce qui concerne les effets d'un programme d'exercices en endurance sur la qualité de vie, il en ressort en particulier que l'activité physique incite les personnes à participer à des activités sociales en améliorant la fonction physique et la fonction cognitive, et conduit à une meilleure estime de soi grâce à l'établissement de relations avec d'autres pratiquants. Cette tendance a été en partie confirmée par une étude dont les résultats ont montré une amélioration de l'estime de soi chez des sujets ayant suivi un programme d'exercices de six mois mais aucune autre dimension n'a été améliorée (14).

Bienfaits de la souplesse et du tai-chi

Que préconiser comme type d'exercice pour améliorer la qualité de vie ? Là encore, les résultats des enquêtes sont intéressants et indiquent des pistes, mais sont à prendre avec prudence compte tenu du nombre restreint d'études parvenant aux mêmes conclusions. Néanmoins, des auteurs ont montré une amélioration de la qualité de vie (indice de santé physique et score émotion) dans un groupe de sujets âgés de 65 ans et plus ayant suivi un programme d'étirement et de souplesse comparé à un groupe de sujets ayant suivi un programme combinant des exercices d'endurance et de force (15). F. Li *et al.* (16) se sont intéressés aux effets d'un programme de tai-chi (soixante minutes par séance, deux fois par semaine, pendant six mois) sur la perception de la fonction physique. Cette étude qui impliquait quarante-neuf sujets âgés de 65 ans et plus a montré un effet majeur du programme sur la qualité de vie (fonction physique) et cet effet est d'autant plus important que le score initial de fonction physique était bas.

Une étude menée chez des femmes ménopausées a permis de mettre en évidence une amélioration de la qualité de vie à la suite d'un programme d'exercices d'intensité modérée, à raison de deux séances encadrées d'une heure et d'une séance libre par semaine, pendant douze semaines (17).

Au fil des études se confirme le constat qu'il faut être prudent avant d'établir une relation entre pratique d'activité physique et amélioration de qualité de vie. Preuve en est avec cette étude néerlandaise (18) menée chez des hommes et des femmes âgés de 65 à 80 ans qui a montré qu'un programme spécifique (à raison d'une ou deux séances de quarante-cinq minutes par semaine pendant dix semaines) n'était pas suffisant pour améliorer la qualité de vie.

En ce qui concerne les effets d'un programme d'exercices et d'un régime sur la qualité de vie, citons l'étude de M. Sorensen *et al.* (19) qui a porté sur vingt et une femmes et cent quatre-vingt-dix-huit hommes âgés de 41 à 50 ans soumis soit à un programme d'exercices physiques, soit à des conseils diété-

tiques, soit aux deux. Un changement a été noté au niveau de la santé mentale (compétence, anxiété, difficulté à faire face) dans le groupe ayant suivi le programme d'exercices. En outre, les sujets qui ont fortement participé à ce programme d'exercices ont amélioré de façon beaucoup plus significative leurs scores de santé mentale comparés aux personnes dont la participation à ce programme a été faible.

Après les études d'observation, si l'on passe rapidement en revue les études d'intervention, celles répertoriées dans le cadre de la conférence de consensus de Nancy ont majoritairement été menées chez des sujets âgés, et aucune n'a été réalisée chez les enfants ou les adolescents. Les résultats apparaissent assez contradictoires mais il est tout de même possible d'affirmer qu'un programme d'exercices a des effets bénéfiques sur la qualité de vie, particuliè-

rement sur sa dimension physique. Il est intéressant de noter que les résultats les plus prometteurs ont été obtenus à partir de programmes favorisant une pratique régulière équivalant aux recommandations actuelles d'activité physique (trente minutes d'activité physique modérée tous les jours de la semaine).

Facteurs comportementaux modifiables

En conclusion, l'activité physique fait partie des facteurs comportementaux modifiables et sa pratique régulière est globalement associée à une meilleure qualité de vie. Les études d'observation tendent à démontrer que l'activité physique permet aisément d'accroître le niveau global de qualité de vie.

Un des atouts spécifiques de l'activité physique est qu'elle a la capacité d'influer sur différentes fonctions physiologiques mais également sur dif-

férentes dimensions de la qualité de vie simultanément. L'augmentation du niveau d'activité physique s'accompagne d'une amélioration de la qualité de vie, ce qui est souvent interprété en affectant à cette relation le lien de causalité « activité physique entraîne qualité de vie ». Cependant, nous pouvons aussi penser que, réciproquement, les individus qui ont une meilleure qualité de vie sont plus enclins à pratiquer ou à augmenter leur niveau d'activité physique. Il est donc raisonnable d'imaginer que les relations entre qualité de vie et comportements de santé s'établissent dans les deux sens. En termes de santé publique, améliorer l'une ou l'autre de ces deux composantes entraîne une amélioration globale de la santé.

Anne Vuillemin

Maître de conférences, École de santé publique, faculté de médecine, faculté du sport, Nancy-université.

► Références bibliographiques

- (1) Leplege A., Coste J. *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris : éditions Estem, 2001 : 330 p.
- (2) Laforge R.G., Rossi J.S., Prochaska J.O., et al. *Stage of regular exercise and health-related quality of life*. *Prev. Med.* 1999; 28: 349-60.
- (3) Koltyn K. F. *The association between physical activity and quality of life in older women*. *Womens Health Issues* 2001; 11: 471-80.
- (4) Brown D. W., Balluz L. S., Heath G. W., et al. *Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey*. *Prev. Med.* 2003; 37: 520-8.
- (5) Conn V. S., Minor M. A., Burks K. J. *Sedentary older women's limited experience with exercise*. *J. Community Health Nurs.* 2003; 20: 197-208.
- (6) Stewart K. J., Turner K. L., Bacher A., et al. *Are fitness, activity, and fatness associated with health-related quality of life and mood in older persons?* *J. Cardiopulm. Rehabil.* 2003; 23: 115-21.
- (7) Brown D. W., Brown D. R., Heath G. W., et al. *Associations between physical activity dose and health-related quality of life*. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2004; 36: 890-6.
- (8) Chen X., Sekine M., Hamanishi S., et al. *Lifestyles and health-related quality of life in Japanese school children: a cross-sectional study*. *Prev. Med.* 2005; 40: 668-78.
- (9) Vuillemin A., Boini S., Bertrais S., et al. *Leisure time physical activity and health-related quality of life*. *Prev. Med.* 2005; 41: 562-9.
- (10) Prochaska J.O., Marcus B.H. *The Trans-theoretical model: applications to exercise*. In: Dishman R.K., ed. *Advances in exercise adherence*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994: 161-80.
- (11) Wendel-Vos G.C., Schuit A.J., Tijhuis M.A., Kromhout D. *Leisure time physical activity and health-related quality of life: cross-sectional and longitudinal associations*. *Qual. Life Res.* 2004; 13: 667-77.
- (12) Tessier S., Vuillemin A., Bertrais S., et al. *Association between leisure time physical activity and health-related quality of life changes over time*. *Prev. Med.* (sous presse).
- (13) Lee C., Russell A. *Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women. Cross-sectional and longitudinal analyses*. *J. Psychosom. Res.* 2003; 54: 155-60.
- (14) Stewart A. L., Mills K. M., Sepsis P. G., et al. *Evaluation of champs, a physical activity promotion program for older adults*. *Ann. Behav. Med.* 1997; 19: 353-61.
- (15) King A. C., Pruitt L. A., Phillips W., et al. *Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults*. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2000; 55: M74-83.
- (16) Li F., Harmer P., McAuley E., et al. *An evaluation of the effects of tai-chi on physical function among older persons: a randomized controlled trial*. *Ann. Behav. Med.* 2001; 23: 139-46.
- (17) Lindh-Astrand L., Nedstrand E., Wyon Y., Hammar M. *Vasomotor symptoms and quality of life in previously sedentary postmenopausal women randomised to physical activity or estrogen therapy*. *Maturitas* 2004; 48: 97-105.
- (18) Stiggelbout M., Popkema D.Y., Hopman-Rock M., et al. *Once a week is not enough: effects of a widely implemented group based on exercise programme for older adults; a randomised controlled trial*. *J. Epidemiol. Community Health* 2004; 58: 83-8.
- (19) Sorensen M., Anderssen S., Hjerman I., et al. *The effect of exercise and diet on mental health and quality of life in middle-aged individuals with elevated risk factors for cardiovascular disease*. *J. Sports Sci.* 1999; 17: 369-77.

L'activité physique : une affaire de goûts ?

Accompagner les personnes vers la pratique d'une activité physique et créer des environnements plus favorables relèvent de la responsabilité de la société. Il faut donner du sens à cette activité génératrice de participation sociale et de développement de compétences. Les professionnels de l'éducation physique ont un rôle à jouer dans cet accompagnement individuel, comparable à celui joué par les diététiciennes dans l'adoption d'une alimentation mieux équilibrée, comme l'explique la sociologue Claire Perrin.

L'incitation à réduire sa ration alimentaire pour lutter contre la généralisation du surpoids n'a rien à voir avec la mode des régimes aminçissants, contraignants, culpabilisants, parfois à l'origine de déséquilibres alimentaires d'un autre ordre. Il s'agit d'inciter à « manger mieux ». Ce passage de préoccupations quantitatives à des préoccupations qualitatives est l'aboutissement d'une réflexion très fine menée par des équipes de recherche dont la pluridisciplinarité a permis que les pratiques alimentaires soient appréhendées en tant que pratiques culturelles¹.

Concernant l'activité physique, il s'agit de « bouger plus » et de lutter ainsi contre la sédentarité, facteur majeur de risque pour la santé. Les messages utilisés pour inciter à la pratique de l'activité physique reprennent en écho ceux qui concernent l'alimentation, avec cependant une tendance à se cantonner dans une perspective essentiellement quantitative ; pour l'instant en tout cas car les messages de promotion de l'activité physique vont peut-être évoluer vers une approche qualitative, comme celui de l'alimentation l'a fait. Par ailleurs, si annoncer que « la santé vient en mangeant » crée une forme de rupture par rapport au modèle du régime traditionnellement associé au contrôle du poids, déculpabilisant ceux qui mangent avec appétit, le message « la santé vient en bougeant » s'appuie sur un autre mécanisme ; en incitant au mouvement, ce message a des chances de conforter ceux qui « bougent » par habitude et par plaisir, de stimuler ceux qui bougent peu mais qui en ont l'envie, mais il n'est pas certain qu'il puisse

toucher ceux qui n'ont aucune envie de se mettre en mouvement. Alors que la démarche concernant l'alimentation prend appui sur la sensation d'appétit et sur des expériences gustatives liées au plaisir pour enclencher des transformations qualitatives, celle concernant l'activité physique se heurte aux questions du besoin, du désir et du plaisir. Le besoin de bouger ne va pas de soi alors que celui de manger est une évidence. L'incitation à « bouger plus » se construit sur l'idée d'une nécessité « naturelle », qui va de soi chez l'enfant. L'image d'un quadra inactif sur une banquette est, par exemple, opposée à celle d'un enfant courant « naturellement » pour sortir de l'école. La situation d'enfants immobilisés devant des écrans (télévision, ordinateur, etc.), sirotant des boissons sucrées... remet en question cette attitude « naturelle » qui prend rapidement l'apparence d'une construction sociale. Cette association du mouvement au naturel n'est pas récente : « *Le mouvement est la condition de la vie, sa condition primordiale, fatale, suprême. [...] La nature veut le mouvement, elle le veut absolument ; de sa manière terrible, elle châtie en passant les inactifs.* » (1) écrivait Eugène Paz au XIX^e siècle.

Menaçante et injonctive au XIX^e siècle, la « naturalisation » de l'activité physique répond aujourd'hui à d'autres objectifs. Il s'agit de « *dédramatiser l'effort lié à l'activité physique et mettre en évidence son caractère "naturel" et quotidien* ». Interrogeons plus avant les pratiques d'activité physique qui apparaissent dans les recommandations de santé et analysons le processus de

dédramatisation en jeu. Quelles activités sont en fait valorisées à partir de cet intitulé générique « activité physique » ? Quelles valeurs lui sont associées ? Comment est-il envisagé d'aider les populations à bouger davantage ? Comment cette diététique généralisée s'oriente-t-elle, au bout du compte, davantage vers le bien-être que vers la lutte contre le surpoids ?

Depuis Hippocrate, se dépenser est « utile »

Rappelons que cette incitation à « bouger plus » prend son sens dans le cadre de la nutrition, qui propose un modèle dans lequel les activités physiques sont appréhendées en tant que dépense d'énergie. Cette « sortie » doit équilibrer les « entrées » que constituent les prises alimentaires. L'idée première est celle de « l'exercice » de l'organisme. L'activité physique devient alors un dénominateur commun de pratiques sociales variées, qu'elles soient à visée utilitaire (comme faire son ménage, se déplacer) ou à visée de loisir (pratiquer une séance de gymnastique douce, faire une randonnée). Ce qui compte avant tout, c'est la dépense d'énergie occasionnée, en tant que lutte contre la sédentarité. À niveau d'énergie égal, toutes les pratiques se valent.

L'idée d'équilibrer la balance énergétique par l'activité physique n'est pas nouvelle en soi. Dans le monde grec antique, le travail du professeur de gymnastique qui garantit un mode de vie sain et tonique est d'ailleurs considéré comme une pratique de soin, au même titre que la traditionnelle « médecine » des temples, consacrée au dieu

Asclépios, ou que celle des herboristes et des mages. Avec la médecine hippocratique se développe la diététique, qui gagne l'ensemble du mode de vie des individus et de la cité. Le domaine du régime médical dépasse très largement la seule alimentation. « *Il s'agit aussi de régler les exercices (promenade, course, lutte, etc.), le sommeil, les bains et les pratiques sexuelles. Il faut un équilibre très précis entre la force que l'on dépense et celle que l'on absorbe.* » (2) C'est l'idée d'équilibre qui prévaut, l'excès est à bannir.

Vers le milieu du XIX^e siècle, le régime va devenir celui de l'énergie, avec l'apport du modèle thermodynamique. L'alliance d'un exercice raisonnable et d'un régime rationnel est assimilée à un entraînement général du corps. Il s'agit d'augmenter la force du corps en améliorant le rapport entre combustible absorbé et travail produit. « *L'oisif stocke cette force potentielle dans des réserves graisseuses aussi nocives qu'inutiles ou il la brûle dans l'agitation stérile.* » Se pose alors la question de l'utilité sociale du mouvement. La dépense de force devient inutile lorsqu'elle ne s'exerce pas dans la direction du travail qu'on cherche à accomplir. Trois arguments sont présentés comme risquant de gâcher le déploiement de la puissance physique : son inutilité, son excès et son irrégularité.

Aujourd'hui, la question de l'utilité sociale du mouvement ne se pose plus par rapport à l'efficacité au travail. Les loisirs ont acquis de véritables fonctions sociales de récupération, de divertissement mais aussi de consommation. La gratuité du mouvement n'apparaît plus stérile, elle a, au contraire, une fonction de santé : contrebalancer la sédentarité et l'alimentation trop grasse et trop sucrée. Se contraindre à bouger tend à devenir un mot d'ordre : prendre du temps en se déplaçant à pied plutôt que de gagner rapidement sa destination sans effort physique. L'idée de fatigue a changé. Le confinement, les nuisances sonores, les lumières artificielles occasionnent stress et fatigue alors que l'effort physique volontaire et régulier entretient dynamisme et tonicité.

L'excès étant toujours proscrit, le sport et ses effets pervers (dopage, sur-entraînement, violence, etc.) sont laissés à distance des recommandations de santé. Quant à l'idée de performance, elle est d'emblée évacuée car trop élitiste. Il s'agit de mobiliser monsieur Tout-le-Monde dans une diététique du bien-être.

« Faire goûter » plutôt que recommander

Un des objectifs prioritaires du PNNS 2 (2006-2008) est de « *faciliter l'accessibilité sur les lieux de vie à une*

activité physique quotidienne, partie intégrante du mode de vie, facile et plaisante. » L'idée principale est de transformer les habitudes de vie. Les recommandations privilégient l'activité physique élémentaire : la marche, qui n'occasionne pas de coût financier et peut s'intégrer dans les déplacements quotidiens indispensables. Les recommandations présentées comme « faciles » et « accessibles » à tous, tendent à prendre l'allure d'injonctions : il suffirait de les « vouloir »... descendre du bus ou du métro un arrêt avant sa destination, aller chercher son pain à pied, prendre les escaliers plutôt que l'ascenseur, etc. Ces modifications des habitudes doivent être décidées par l'individu qui va pratiquer l'activité physique de manière contrôlée afin de préserver sa santé, lutter contre la dégradation du corps dans le processus de vieillissement.

La sociologie a bien mis en évidence les inégalités sociales en matière de rapport au corps, de rapport à la santé et aux activités physiques (3). La « naturalisation » de l'activité physique ne saurait gommer les effets de la culture. Par ailleurs, on sait que la montée de la représentation de soi comme individu autonome et responsable (4) concerne principalement les populations culturellement favorisées. Comment alors toucher ceux qui n'ont pas le désir de

bouger, ceux pour lesquels l'activité physique ou tout simplement la santé sont en dehors des préoccupations ?

Toutes ces questions sont posées de manière identique pour la transformation des habitudes alimentaires. La profession de diététicienne a été créée pour accompagner les individus et les groupes dans ces transformations. On mesure, aujourd'hui, l'apport de cette profession en termes d'éducation pour la santé. Elle donne les moyens de partir des habitudes des individus et surtout de leurs représentations pour ensuite les accompagner dans un projet individuel. Ce travail de proximité est irremplaçable pour passer de l'injonction à la socialisation.

Proximité et accompagnement de l'activité physique

En ce qui concerne l'activité physique, une définition générale – qui privilégie les activités quotidiennes indispensables – semble permettre à tout professionnel de santé de faire ce travail de proximité et d'accompagnement. Dans un même temps, elle tend à minorer la dimension de « participation sociale » à des pratiques physiques de loisir, courant le risque de se cantonner au contrôle des habitudes motrices. Enfin, la recommandation de pratique se heurte à la force de « l'habitus » que Pierre Bourdieu définissait comme étant l'ensemble des manières d'être, de penser et d'agir qui se différencient en fonction des catégories sociales. On ne change pas le rapport à son corps et aux activités physiques sur simple recommandation, aussi fondée soit-elle, ni sur prescription médicale. Le changement suppose la socialisation, donc l'expérience sociale que seul un accompagnement permet d'envisager.

Dans les recommandations, le fait de donner beaucoup d'importance à l'activité physique quotidienne risque de priver l'éducation pour la santé de la possibilité d'une éducation physique qui s'appuie sur une expérience d'activités physiques et/ou sportives adaptées aux possibilités de chacun. Ces activités physiques « au pluriel » se distinguent de l'activité physique « au singulier » par le fait que ce sont des pratiques culturelles, pour lesquelles le sens et les significations sociales priment sur la quantité d'exercice physique. Quand l'enfant court en sortant de l'école, est-ce une

simple réponse de son organisme à un besoin physiologique ou est-il en train de s'élancer dans l'espace sur un engin imaginaire ? La motricité spontanée de l'enfant est très souvent liée au jeu, à l'imaginaire, d'où il tire émotions et plaisir. Les activités physiques et/ou sportives constituent des structures d'accueil pour des expériences variées, qu'elles soient duelles, collectives, ou individuelles, qu'elles se déroulent en milieu naturel, dans un gymnase aménagé ou dans une piscine, qu'elles s'orientent vers le défi ou l'expression, etc. Elles constituent autant d'occasions de vivre ou revivre des sensations qui enrichissent l'expérience du corps, la connaissance de soi et la relation aux autres et qui permettent le développement de compétences psychosociales. La phase de socialisation aux activités physiques est indispensable pour que puisse se dessiner un projet individuel d'activité physique qui ait du sens pour l'individu. Elle ne peut s'envisager sans collaboration avec des professionnels de l'encadrement des activités physiques adaptées, dans un projet global d'éducation pour la santé. C'est d'ailleurs une forme d'intervention qui s'est développée dans les réseaux diabète à l'interface de l'éducation du patient et de l'éducation physique adaptée aux personnes atteintes d'un diabète non insulino-dépendant (5). Le métier de diététicienne a permis la mise en place d'un travail de proximité et d'accompagnement des individus qui s'est systématisé dans le champ de la santé. La place accordée aujourd'hui à l'activité physique dans le cadre de la promotion de la santé n'appelle-t-elle pas l'émergence d'un nouveau métier permettant ce travail de proximité ?

Corps, culture et environnement

En conclusion, notre réflexion nous amène à l'idée que cette diététique généralisée du bien-être ne saurait réduire l'activité physique à un simple exercice physique ni la cantonner dans une perspective de contrôle et de modération. Tout le monde ne peut être stimulé à la simple idée de créer une rupture dans ses habitudes, en luttant contre les méfaits de la société de consommation. Il s'agit d'une démarche militante tout à fait intéressante qui relève d'un contrôle de son existence. Procéder comme si ce contrôle était facile risque de ne pas produire l'encouragement attendu. Par ailleurs, l'ap-

parente accessibilité de l'activité physique quotidienne n'est pas une garantie de lutte contre les inégalités sociales. Il suffit de penser à certaines cages d'escalier difficiles d'accès, mal éclairées, malodorantes, voire insécures. Favoriser l'emprunt des escaliers plutôt que celui de l'ascenseur devient alors une question à soumettre prioritairement aux politiques, aux architectes et aux urbanistes avant de vouloir le transformer en principe individuel. Par ailleurs, le « devoir » de contrôle de leur propre activité physique par les individus au nom de leur santé reste en dehors des préoccupations de la plupart des plus sédentaires. Pour perdurer, l'activité physique gagne à être liée à des expériences de réussite, de bien-être et de plaisir. Or, le plaisir de bouger ne provient pas tant de l'exercice du corps en tant qu'organisme biologique que du sens de l'activité physique et des interactions sociales qu'elle occasionne pour celui qui la pratique. Les activités physiques apparaissent alors essentiellement relever d'une affaire de goûts et de saveurs, éminemment sociale et qui ne saurait se passer de l'expérience.

Claire Perrin

Sociologue,

Centre de recherche et d'innovation sur le sport, EA 647, université de Lyon-1.

1. La contribution de la sociologie de l'alimentation est à ce titre bien identifiable.

► Références bibliographiques

- (1) Paz E. *La santé de l'esprit et du corps par la gymnastique*. Paris : 1881 : 29-30.
- (2) Hippocrate. *Du régime*. Paris : CUF, Les Belles Lettres (traduction de R. Joly, 1967 : 253 p.).
- (3) Perrin C., Ferron C., Gueguen R., Deschamps J.-P. *Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health*. *Social and Preventive Medicine* 2002 ; 47(3) : 162-71.
- (4) Elias N. *La société des individus*. Paris : Librairie Arthème Fayard 1991 : 302 p.
- (5) Perrin C. *L'activité physique : de la recommandation d'une pratique à la promotion de la santé*. *Réseaux diabète* 2006 ; 27 : 26-9.

Mobilité physique à des fins préventives : ce que recommandent les experts

Réunis en conférence de consensus en 2005, les experts préconisent soixante minutes d'activité physique – modérée ou forte – par jour chez les enfants et adolescents et trente minutes d'activité modérée (marche rapide par exemple) pour les adultes. Ce sont les seuils à partir desquels des effets bénéfiques sont avérés pour la santé. Ils recommandent aussi la pratique de l'activité pour les personnes atteintes de maladies chroniques, élément essentiel dans la prise en charge.

L'activité physique est un déterminant majeur de l'état de santé, d'autant plus quand elle est associée à un mode de vie sain. Dans les pays industrialisés, l'inactivité physique est le deuxième facteur de risque individuel, après le tabagisme. L'activité physique entraîne une diminution des mortalités globale et prématurée, avant 65 ans. Elle limite la survenue de certains facteurs de risque et de pathologies chroniques comme l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes, le diabète de type 2, l'obésité, le cancer du côlon, le cancer du sein, etc. Enfin, elle est liée à un plus grand bien-être psychologique et à une meilleure réaction aux contraintes professionnelles et psychosociales.

La conférence de consensus¹ organisée à Nancy, en novembre 2005², avait pour objectif de fournir aux acteurs de santé des outils pour qu'ils puissent conseiller au mieux une activité physique régulière, raisonnée et durable. L'évaluation de l'activité physique, en partant des habitudes de vie de chacun, est un préalable à des conseils adaptés et motivants pour répondre aux besoins spécifiques de plaisir et de santé de la personne. Cette activité physique devrait être caractérisée – par les professionnels – en fréquence, intensité, durée et type d'exercices quotidiens, voire en dépense énergétique hebdomadaire. Pour y parvenir, différents outils validés sont disponibles selon les besoins. Par exemple, pour l'enfant âgé de moins de 10 ans : un questionnaire posé aux parents par le professionnel et un podomètre pour l'enfant. L'évaluation doit être complétée par un bilan médical vérifiant l'absence de contre-indications et évaluant le niveau d'aptitude aux activités physiques proposées.

Les enfants et adolescents devraient faire environ soixante minutes d'activité physique par jour, d'intensité modérée ou plus, sous forme de jeux, de sports ou d'activités de la vie quotidienne.

Chez l'adulte, les effets bénéfiques sont attendus pour une activité physique à long terme (de loisir, professionnelle, domestique) de l'ordre de trente minutes par jour, fractionnée ou non, et d'intensité modérée (exemple : marche rapide). Les activités physiques les plus souvent conseillées sont du type endurance mais il est important de travailler aussi la souplesse, le renforcement musculaire et l'équilibre.

Pour inciter une personne à pratiquer durablement une activité physique de son choix, tous les acteurs intervenant dans sa santé (famille, professionnels de la santé, enseignants, éducateurs sportifs, cadres d'animation, décideurs, etc.) sont concernés. L'accompagnement de la personne est un déterminant majeur. Son projet doit être réajusté régulièrement, étape par étape, afin d'établir des objectifs réalistes qu'elle peut atteindre selon son rythme, ses possibilités et ses préférences. Le constat et la mise en valeur des effets, l'encouragement de la personne, le plaisir à pratiquer seul ou en groupe sont essentiels. Enfin, les démarches individuelles sont confortées par des environnements favorables : interventions dans les lieux de vie, développement et accessibilité des infrastructures, politiques de promotion de l'activité physique et sportive, etc.

En cas de pathologies avérées, la pratique d'une activité physique constitue l'un des éléments essentiels de la prise en charge. Par exemple, dans le diabète de type 2, une activité

structurée de type endurance (au moins trente minutes/jour, au moins trois fois/semaine) améliore l'équilibre glycémique et la condition physique, cet effet étant indépendant des modifications du poids corporel. De plus, elle réduit les facteurs de risque cardio-vasculaire. Autre exemple, en cas d'hypertension artérielle (HTA), la pratique régulière d'une activité physique d'endurance, surtout d'intensité modérée, abaisse la tension artérielle de manière modeste mais significative.

Patrick Laure

Médecin de santé publique, médecin conseiller, direction régionale et départementale de la Jeunesse et des Sports de Lorraine, Saint-Max.

Le texte complet des recommandations est téléchargeable depuis : <http://www.drdjs-lorraine.jeunesse-sports.gouv.fr> [dernière visite le 2/02/07]

1. Cette conférence de consensus a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) désormais intégrée à la Haute Autorité de santé (HAS).

2. Partenaires financiers : ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, direction régionale et départementale de la Jeunesse et des Sports de Lorraine et de Meurthe-et-Moselle, Assurance Maladie, conseil régional de Lorraine, communauté urbaine du Grand Nancy. Manifestation parrainée par : l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la Société française de pédiatrie, la Société française de gériatrie et de gérontologie, la Fondation Sport-Santé et l'Association des chercheurs en activité physique et sportive.

Conférence de consensus : huis clos exigé

Le principe d'une conférence de consensus consiste en la rédaction de recommandations par un jury à huis clos, de la manière la plus indépendante et la plus objective possible, en distinguant ce qui relève de la preuve scientifique, de la présomption et de la pratique usuelle. Cette rédaction s'effectue à l'issue d'une présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse des connaissances. Chaque participant à la conférence peut exprimer son point de vue.

Fréquence et temps de pratique de l'activité physique en France

Comment les Français pratiquent-ils l'activité physique et combien de temps y consacrent-ils ? Les premiers résultats du Baromètre santé de l'INPES indiquent qu'un adulte sur trois déclare avoir pratiqué une « activité physique modérée » au moins cinq jours dans la semaine. La marche est l'activité la plus pratiquée : un adulte sur deux la pratique tous les jours de la semaine.

L'insuffisance d'activité physique est connue comme un déterminant majeur des principales maladies chroniques ou de certains types de cancer (voir l'article de J.-M. Oppert, pages 21-23). Les autorités publiques de plusieurs pays (États-Unis, Grande-Bretagne, Australie, France, etc.) ont donc émis des recommandations pour le grand public afin d'encourager une activité physique

plus importante et plus régulière (voir l'article de Patrick Laure, page 31). Dans ce cadre, le niveau habituel d'activité physique pratiquée est un indicateur de santé publique indispensable à suivre.

Pour cela, l'enquête Baromètre santé 2005 de l'INPES (1) a interrogé 7 024 personnes de 18 à 65 ans, en utilisant l'*Inter-*

*national Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*¹, qui considère l'activité physique dans sa globalité (domicile, travail, transports, loisirs) et dans ses différents niveaux d'intensité (niveau intense², niveau modéré³, marche). Les premiers résultats relatifs au nombre de jours d'activité physique et aux temps pratiqués en moyenne sont présentés ici. Des résultats plus complets, relatifs au respect des recommandations et aux déterminants de la pratique d'activité physique seront publiés prochainement (2).

Seuls 2,2 % des adultes de 18 à 65 ans n'ont pratiqué aucune activité physique (y compris la marche) au cours de la semaine précédant l'enquête. Cette absence d'activité concerne très peu les jeunes adultes de 18 à 24 ans (0,8 %) mais plutôt les adultes de 25 à 65 ans (2,5 %). Concernant cette inactivité, on n'observe pas de différence entre les hommes et les femmes.

L'activité physique intense

Plus de deux Français sur cinq (41,9 %) de 18 à 65 ans déclarent ne pas avoir pratiqué d'activité physique intense au cours de la semaine précédant l'interview. Ce phénomène s'observe davantage chez les femmes (50,5 % vs 32,7 % des hommes) et s'accroît avec l'âge.

Les adultes sont plus d'un quart (27,7 %) à avoir pratiqué une activité intense au moins trois jours dans la semaine précédant l'interview. Les hommes sont, en proportion, nettement plus nombreux que les femmes (près du double) à avoir été dans ce cas (36,1 % vs 20,0 %). Il en est de même pour les jeunes adultes par rapport aux plus âgés.

Sur un « jour moyen⁴ » de pratique d'activité physique intense au cours de la semaine, une personne sur sept (14,4 %) déclare en avoir fait entre une demi-heure et une heure, une sur six (16,6 %) de une à deux heures, plus d'une sur dix (11,2 %) de deux à quatre heures et 8,2 % plus de quatre heures (Figure 1). Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes (72,2 % vs 51,4 %) à déclarer pratiquer pendant plus d'une heure des activités physiques intenses les jours où ils en font. Le temps de pratique des activités intenses a par ailleurs tendance à diminuer avec l'âge.

L'activité physique modérée

La part des personnes déclarant ne pas avoir fait d'activité physique modérée dans la semaine est nettement moindre que pour les activités intenses : 15,6 % des adultes de 18 à 65 ans sont dans ce cas, les hommes davantage que les femmes (20,6 % vs 10,9 %).

Près d'un tiers des adultes français (31,3 %) disent avoir pratiqué ce type d'activité au moins cinq jours dans la semaine. Contrairement à ce que l'on observe pour l'activité physique intense, ce sont les femmes qui sont proportionnellement plus nombreuses à être dans ce cas (36,1 % vs 26,1 % pour les hommes). L'association avec l'âge est également inversée par rapport à la pra-

tique d'activités intenses : les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans sont proportionnellement les moins nombreux (27,7 %) à en avoir fait au moins cinq jours dans la semaine.

Sur un jour moyen de pratique d'activité physique modérée, plus d'une personne sur cinq (22,3 %) déclare en avoir fait une demi-heure ou moins, une sur cinq (20,8 %) entre une demi-heure et une heure, près d'une sur cinq (19,0 %) de une heure à deux heures et 6,9 % plus de quatre heures (Figure 1).

La marche

La marche est une activité physique pratiquée par une large majorité de Français. Seul un adulte sur dix (10,6 %) déclare n'avoir marché aucun jour de la semaine pendant au moins dix minutes d'affilée. Les hommes sont un peu plus nombreux dans ce cas que les femmes (11,5 % vs 9,8 %), les 25-54 ans davantage que les jeunes (12,0 % vs 6,6 %) et les 55-65 ans (12,0 % vs 8,8 %).

La marche est pratiquée régulièrement par un grand nombre des adultes de 18 à 65 ans : la moitié d'entre eux (48,7 %) déclare avoir marché tous les jours au cours de la semaine précédant l'enquête. Trois personnes sur cinq (60,0 %) disent avoir marché au moins cinq jours dans la semaine, sans différence significative selon le sexe. Les jeu-

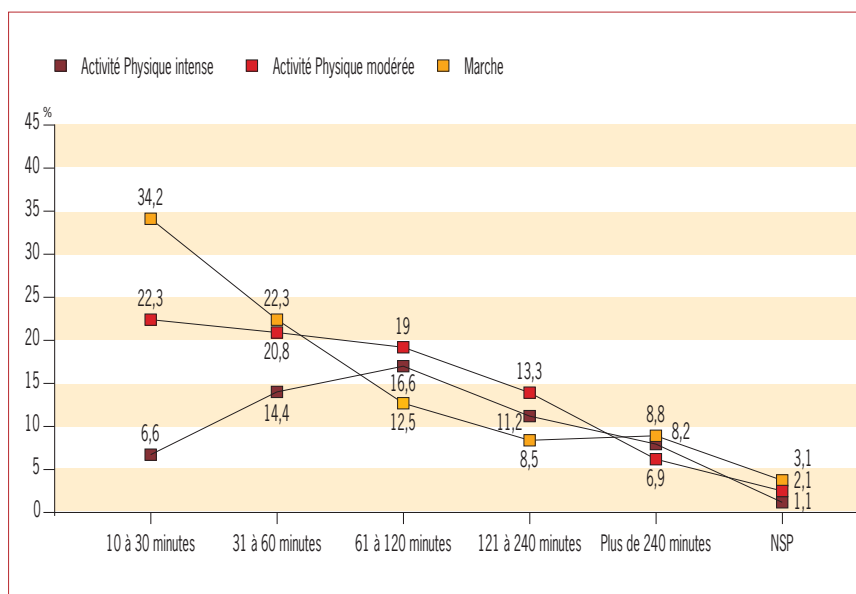
nes adultes sont proportionnellement plus nombreux dans ce cas que leurs aînés (64,9 % vs 59,2 % chez les 25-65 ans). Le temps de marche est en revanche assez faible (une demi-heure ou moins) pour plus d'un tiers des adultes (34,2 %) (Figure 1).

Ces tout premiers résultats mettent en évidence des différences importantes selon le sexe et l'âge dans la pratique d'activité physique. Les hommes et les jeunes ont plutôt tendance à pratiquer des activités physiques d'intensité élevée alors que les femmes et les individus les plus âgés pratiquent davantage des activités d'intensité modérée. Une analyse plus globale de ces résultats, permettant d'évaluer la part d'individus qui suivent les recommandations actuelles en matière d'activité physique, est néanmoins nécessaire pour pouvoir en tirer des pistes de promotion de la santé.

Hélène Escalon

Coordinatrice du Baromètre santé nutrition à l'INPES.

Figure 1 : Répartition des Français selon le temps moyen de pratique d'activité physique intense, modérée ou de marche, un « jour moyen » de la semaine précédant l'interview.



1. Questionnaire international élaboré en 1998 par un groupe de consensus, qui porte sur les sept jours précédant l'enquête et validé pour les 18-65 ans. Pour en savoir plus : Craig C.L., Marshall A.L., Bauman A.E., et al. International physical activity questionnaire: 12 country reliability and validity. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2003 ; 35 : 1381-95.

2. Les activités physiques intenses sont définies comme celles qui demandent un effort physique important et font respirer beaucoup plus difficilement que normalement (les exemples donnés sont : porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football).

3. Les activités physiques modérées sont définies comme celles qui demandent un effort physique modéré et font respirer un peu plus difficilement que normalement (les exemples donnés sont porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquille).

4. La question posée aux personnes ayant répondu avoir fait au moins un jour d'activité physique intense dans la semaine était la suivante : « En général, combien de temps avez-vous passé à pratiquer des activités intenses au cours de l'un de ces jours (sur un jour moyen) ? »

► Références bibliographiques

- (1) Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 176 p.
- (2) Analyse complète des résultats à paraître.

Comment combiner favorablement santé, sport et activité physique ?

Chez l'adolescent, la pratique d'une activité physique ludique a une triple dimension, affective, cognitive et sociale, qui va bien au-delà de la simple activité motrice. Toute activité est une voie d'épanouissement pour le jeune, à condition qu'elle s'éloigne des règles élitistes du sport – culte de la performance et du meilleur – et qu'il n'y ait pas une recherche obsessionnelle d'une meilleure santé. Désir de communiquer, développement d'une stratégie, renforcement de l'estime de soi via la satisfaction d'avoir triomphé d'obstacles : l'objectif est bien de favoriser l'épanouissement et l'exaltation de chaque personnalité. À tout âge, en tout lieu et avec tout public, l'éducateur doit être formé pour adapter l'activité à chaque contexte.

Les enquêtes d'opinion révèlent que la conquête et le maintien de la santé sont systématiquement associés à la pratique du sport. L'activité sportive est perçue comme un puissant facteur favorisant la bonne santé de l'enfant et de l'adulte. Cette idée, fortement ancrée dans les représentations sociales dominantes, est-elle fondée ? Le sport est-il générateur de santé ? Comment les mouvements d'éducation populaire peuvent-ils se situer face à une telle prise de position ?

Une confusion tenace

Le sport que nous vivons au quotidien, le sport du stade et de la télévision, c'est la recherche de la victoire à l'issue d'une compétition qui se veut le plus spectaculaire possible. Seule la victoire est belle : il faut vaincre à tout prix. Les sportifs, disent-ils, veulent « se dépasser ». Quand on force une pièce métallique à dépasser son seuil de tolérance, elle ne peut plus revenir à son état de départ et risque d'être définitivement déformée. Il peut en être de même des organismes humains. Le sport est basé sur une logique de la domination, de l'atteinte du plus haut niveau, du « dépassement » qui entraîne un risque de blessures, d'accidents et de perturbations organiques de toutes sortes. Et les risques s'étendent à de multiples comportements : corruption, tricherie, truquage, dopage. L'exploit, c'est l'excès. Reconnaissons-le : c'est bien à cet excès enthousiasmant du

spectacle sportif que nous applaudissons.

Voilà une première butée : comment concilier le souci de la santé qui repose sur la modération et la pratique du sport fondée sur l'excès ? D'autres interrogations surgissent : quel rapport établir entre un jogging décontracté dans un sous-bois, une sortie de week-end à bicyclette entre amis, un match de boxe et une finale olympique ? Et, plus précisément encore, entre une partie de ballon dans un square et une finale de Coupe du monde de football ? La santé n'est-elle pas engagée de façon extrêmement différente, voire opposée, dans ces pratiques pourtant dénommées par le même terme de « sport » ?

Manifestement, les faits liés au sport et à la santé sont perçus dans une grande confusion, et les mots utilisés pour les dénommer sont le reflet de cette incohérence. Tant que l'on ne saura pas de quoi l'on parle, tant que les termes « sport » et « santé » n'auront pas reçu une définition permettant d'identifier clairement les phénomènes qu'ils représentent, on séjournera dans la cour du roi Pétaud.

Peut-on définir le sport ?

Lorsque l'on emploie le mot « sport », de quoi parle-t-on ? Quatre critères opérationnels semblent nécessaires et suffisants pour identifier les situations de sport :

- *une situation motrice* : une activité dont la motricité n'est pas pertinente ne peut être qualifiée de sport ; le jeu d'échecs n'est pas un sport ;
- *un corps de règles* : en l'absence de règles, on peut parler d'activité physique mais pas de sport ;
- *une compétition* : il y faut un dispositif qui sanctionne les actes marquants et qui désigne en fin d'épreuve les vainqueurs et les vaincus ;
- *une institutionnalisation* : une compétition ne devient sport que si les instances sociales légitimes lui accordent un statut mondial reconnu, notamment grâce à la presse et à la télévision (Jeux olympiques, Coupes du monde, etc.).

Il est donc possible de définir le sport de façon simple en s'appuyant sur des critères contrôlables et non purement spéculatifs : *le sport, c'est l'ensemble fini des situations motrices à codification compétitive qui ont été institutionnalisées.*

Surgit ainsi une franche différence entre le sport et le reste des pratiques corporelles. À côté du sport, se développent des activités physiques d'un autre type, informelles et non codifiées (quasi-jeux, activités libres et informelles), non compétitives (exercices didactiques), non institutionnalisées (jeux traditionnels, jeux de rue). Il existe donc un non-sport constitué d'activités physiques innombrables, non assujetties

aux contraintes du sport et que celui-ci a d'ailleurs souvent récupérées en les coulant dans son propre moule. Peut-on confondre une baignade à la plage avec une finale olympique de cent mètres nage libre ? Peut-on assimiler un match de football à une partie de balle au prisonnier, une promenade à skis à un slalom de Coupe du monde ? Si l'on ne différencie pas les phénomènes, si l'on ne clarifie pas les concepts, on se condamne à des discours superficiels ou passionnels qui entretiendront à l'infini la confusion et les incompréhensions.

La santé, mais encore ?

Une difficulté de même type se pose pour la notion de santé. Comment concilier la sollicitation par les activités motrices de toutes les dimensions de la personnalité, avec la réduction de la notion de santé à la seule facette organique et médicale ?

Les travaux menés par les physiologistes et les médecins montrent de façon indiscutable les effets positifs engendrés par l'activité physique sur de nombreux processus organiques, notamment sur le fonctionnement équilibré des grands appareils cardiaque, digestif, respiratoire ou musculaire. Cet effet bénéfique sur la santé représente un aspect basique d'une grande importance mais il ne doit pas entraîner une dérive consistant à orienter l'activité physique vers le domaine médical. La pratique physique n'est pas un médicament prescrit sur ordonnance qui produit ses effets de façon mécanique. Il reste acquis que des mises en œuvre spécifiques et très affinées devront être prévues dans des cas de dysfonctionnement (obésité, insuffisance cardio-respiratoire, diabète, etc.) mais l'organisation des activités physiques et sportives ne peut être conçue comme une pratique auxiliaire de la médecine.

L'enfant n'est pas qu'un corps-machine qui exécute des mouvements et qui dépense de l'énergie ; c'est une personnalité qui s'engage en totalité aussi bien dans ses actes moteurs que dans son activité verbale. Au cours des activités physiques et sportives, cet engagement a pour originalité de prendre corps dans des conduites motrices investies de significations affectives et relationnelles très implicantes : fortes motivations, anticipations réfléchies,

émotions débordantes, représentations chargées de sens symbolique. Ces phénomènes affectifs, cognitifs et sociaux qui imprègnent les conduites motrices interviennent de façon importante sur la santé. C'est bien ce qu'a souligné l'Organisation mondiale de la santé en définissant la santé comme « *un état de complet bien-être physique, psychologique et social, et pas seulement comme l'absence de maladie* ». Issue d'une instance officielle, cette définition, que nous adoptons, a eu l'heureuse intuition d'associer aux caractéristiques organiques les facteurs psychologiques et relationnels, qui jouent un si grand rôle dans le ressenti lié à la qualité de vie de chaque personne.

On constate ainsi un double mouvement, en sens inverse, dans la signification que le sens commun attribue à

nos deux termes-phares : d'une part, un élargissement du sport à tout l'ensemble des activités physiques, d'autre part, un rétrécissement de la santé au volet organique. Il semble nécessaire de renverser ce double phénomène en restreignant le sport aux seules compétitions institutionnalisées et en étendant la santé à toutes les manifestations du vécu de la personne.

Une voie royale d'épanouissement

Dans cette perspective, il semble réaliste de mettre l'activité physique, et non le seul sport, au service du bien-être général des personnes. Les pratiques de sport ne sont pas bannies mais elles ne sont proposées que dans

le cas où l'éducateur juge qu'elles seront profitables aux pratiquants. Les activités de non-sport (pratiques informelles, quasi-jeux, jeux traditionnels, etc.) offrent un vivier exubérant d'activités souples et adaptables à chacun. Nager dans une crique, descendre une rivière en kayak, se lancer dans une partie de barres, participer à une randonnée de pleine nature, mettent en jeu les ressources les plus profondes de l'individu agissant : le désir de communiquer, l'élaboration d'une stratégie habile, le renforcement de l'estime de soi, la joie de triompher d'obstacles redoutés. L'individu se prouve en s'éprouvant.

L'action motrice est la voie royale d'épanouissement du besoin d'expression de l'enfant et de l'adolescent. Aujourd'hui, autant les sciences de la vie que les sciences humaines et sociales ont largement démontré que ce sont toutes les dimensions de la personne agissante qui sont sollicitées par la mise en jeu des conduites motrices : la dimension biologique bien entendu, mais aussi les dimensions affective, cognitive, relationnelle ou expressive. En sollicitant l'activité physique, c'est donc toutes les facettes de la personnalité de l'enfant que l'animateur met à l'épreuve. Et, en cela même, c'est bien sur le bien-être, sur la santé des pratiquants que s'exerce l'influence des conduites motrices.

C'est donc l'activité physique dans ses multiples formes qui est primordiale, et non le sport. Ce point de vue engage des choix pédagogiques et une organisation de l'environnement souvent très éloignés du milieu sportif proprement dit. C'est la conception qui a été adoptée par de nombreuses associations, notamment par les Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (Ceméa). Dans la perspective d'une éducation nouvelle ainsi choisie, ce qui compte n'est pas d'accomplir des performances et de glorifier « le meilleur », ce n'est pas non plus de solliciter une activité physique frileuse, au rabais, sous prétexte de santé et de sécurité, c'est de favoriser l'épanouissement et l'exaltation de chaque personnalité – facteur fondamental de bonne santé – en utilisant les ressources richement diversifiées des activités physiques. Davantage locales que mondiales, ces pratiques informelles ou de non-sport peuvent se

mettre en place dans de multiples milieux de vie : à l'école bien sûr, mais aussi dans les centres de formation professionnelle, dans les quartiers, dans les centres de réadaptation, dans les centres de vacances ou de loisirs ; et cela, aussi bien avec les bambins qu'avec les adultes, les filles et les garçons, les handicapés et les bien-portants. Il reviendra à l'éducateur de savoir adapter les activités physiques proposées, leurs particularités et leur logique interne aux caractéristiques et aux besoins d'expression des participants sollicités. C'est la raison pour laquelle les Ceméa accordent tant d'importance à la formation des animateurs, dont le rôle sur le terrain restera toujours décisif.

Favoriser un mieux-être

La santé dépend notamment des données génétiques, de l'environnement, de l'alimentation, des contraintes de sédentarité, des différents stress de l'existence. Au sein de ce faisceau de déterminants, les activités physiques peuvent jouer un rôle éminemment positif, provoquer un déclivage et offrir une occasion d'épanouissement ; à condition de ne pas systématiser les pratiques élitistes du sport qui ne gratifient que le petit nombre en risquant de multiplier les frustrations.

Pierre Parlebas

Président des Ceméa,

professeur à la Sorbonne-Paris-5.

► Pour en savoir plus

- Bordat D. *Les Ceméa, qu'est-ce que c'est ?* Paris : Maspéro, 1976 : 410 p.
- Parlebas P. *Jeux, sports et sociétés. Lexique de praxéologie motrice.* Paris : Insep-Publications, coll. Recherche, 1999 : 472 p.
- Parlebas P. *Éducation corporelle et éducation nouvelle.* Vers l'Éducation nouvelle 2006, La Revue des Ceméa ; n° 523 : 27-41.

équilibres

Une lettre d'information mensuelle pour tout savoir sur l'actualité et de la prévention et de l'éducation pour la santé

équilibres

LA LETTRE DE LA PRÉVENTION ET DE L'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

N° 523 - Janvier 2007

Sommaire

Actualité Aller plus loin

Actualité Tabac : nouvelle législation et nouveau dispositif de prévention

Actualité Équilibre et documents d'information

Actualité Accompagner les professionnels de santé

Actualité Promouvoir la santé à l'école

Quatre questions au Docteur Blainville Le Maître

1. Quel est l'intérêt de faire dans les écoles des ateliers de prévention ?

2. Comment évaluer les effets de ces ateliers ?

3. Quel est le rôle de l'éducateur ?

4. Comment accompagner les professionnels de santé ?

Promouvoir la santé à l'école

L'objectif de la prévention est d'établir un lien entre la santé et le bien-être. C'est pourquoi il est essentiel de promouvoir la santé à l'école. Cette lettre d'information vous propose des idées et des outils pour accompagner les professionnels de santé et les enseignants dans cette démarche.

Abonnez-vous gratuitement !

www.inpes.sante.fr

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

inpes

www.inpes.sante.fr

En Alsace, les collégiens vivement incités à s'activer

Dans le Bas-Rhin, le programme ICAPS d'incitation à l'activité physique a été mis en place dans quatre collèges. Les élèves de ces établissements ont été comparés à ceux de quatre collèges témoins dans le cadre d'une étude. Au total, mille collégiens ont ainsi été suivis, dont cinq cents bénéficiant de l'intervention. Initiative unique en France, les adolescents ont été suivis sur quatre ans et tout a été fait pour favoriser l'accès et la pratique d'une activité physique régulière dans les collèges « action ». Il en ressort concrètement qu'après deux ans la proportion des collégiens pratiquants réguliers atteignait 87 % dans ces collèges alors qu'elle n'était que de 62 % dans les collèges témoins.

La généralisation d'un comportement de type sédentaire est préoccupante et explique en partie l'augmentation de l'obésité observée chez l'enfant et l'adolescent. En France, 40 % des adolescents ne pratiquent pas d'activité physique en dehors des cours d'éducation physique et sportive (EPS) à l'école, 15 à 20 % présentent un excès de poids¹. La pratique d'une activité physique régulière a, de plus, un effet bénéfique sur plusieurs autres paramètres de santé : pression artérielle, taux de lipides sanguins (cholestérol, triglycérides), de glucose ou d'insuline. Elle protège ainsi l'enfant et le futur adulte contre les maladies de la modernité : diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires et certains cancers.

Mais, si la nécessité de faire bouger les adolescents et de changer leur comportement à long terme est reconnue par beaucoup, des interrogations persistent sur le type d'intervention le plus efficace à long terme. Nous ne disposons à cet égard que de très rares études d'une durée supérieure à un an, et d'aucune étude française. Encore ces études n'ont-elles, pour la majorité d'entre elles, ciblé que les cours d'EPS, à l'école, et n'ont pas cherché à modifier les autres formes d'activité physique (loisirs, vie quotidienne, etc.) ni les comportements sédentaires. Pour répondre à ces interrogations, une étude d'intervention intitulée ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité), unique par sa durée (quatre années), a été initiée, en 2002, auprès de mille élèves issus de

quatre « paires » de collèges du Bas-Rhin (la moitié des collèges bénéficiant de l'action et les collégiens conservant leur rythme d'activité habituel dans l'autre moitié).

L'activité physique, un défi de société

De nombreuses données soulignent l'influence de l'environnement sur le mode de vie, les comportements des individus et leur état de santé (*voir aussi l'article de R. Demeulemeester, pages 17 à 20*). Notre société est structurée de telle sorte que la majorité d'entre nous n'a pas la nécessité d'être physiquement actif au cours d'une journée habituelle. Non seulement l'urbanisation favorise la dépendance vis-à-vis de la voiture mais elle décourage l'utilisation de modes de transport plus actifs. Par ailleurs, l'offre de loisirs favorise les comportements inactifs. Cela explique que les stratégies portant uniquement sur l'information et l'éducation ont certes amélioré les connaissances mais n'ont eu qu'un effet inconstant et très limité sur l'état de santé des populations ciblées, du fait de l'absence de modification de leur environnement. À la lueur de ces données, ICAPS repose sur une stratégie ciblant différents niveaux et requérant des partenaires multiples avec trois objectifs : – modifier les connaissances, les attitudes et la motivation des adolescents vis-à-vis de l'activité physique afin de favoriser la pratique d'activités dans la vie quotidienne, la diminution des comportements sédentaires et le maintien des changements par des séances d'in-

formation et de débats mais aussi grâce au type d'activités proposées ;

– agir avec les personnes intervenant dans l'environnement social immédiat de l'enfant pour relayer l'information, favoriser et soutenir les changements de comportements ;

– changer directement les comportements d'activité physique à l'école, pendant les loisirs et dans la vie de tous les jours, en allant au-devant des obstacles à cette pratique, en privilégiant les aspects plaisir et rencontre avec les autres, mais aussi en fournissant les conditions physiques et institutionnelles de pratique grâce à un partenariat avec les collectivités territoriales et le réseau associatif.

Une mobilisation pour « faire bouger » les adolescents

Sur le plan méthodologique, ICAPS est une étude de prévention primaire sous forme d'un essai d'intervention randomisé. La population cible est représentée par les élèves entrés en 6^e en septembre 2002 dans quatre paires de collèges du Bas-Rhin, soit 1 048 élèves. Le suivi et l'action se sont poursuivis pendant toute la durée de la scolarité en collège, soit pendant quatre ans². Dans les collèges témoins, les élèves ont conservé leur rythme d'activité habituel. Pour comparer l'évolution des élèves « action » et « témoins », un suivi longitudinal, identique, a été proposé pendant toute la durée de l'intervention à tous les élèves. Tous les ans, des questionnaires portant sur l'activité physique, les habitudes de vie et les attitu-

Tableau 1. Raisons invoquées par ceux qui ne pratiquent pas d'activité physique en dehors des cours d'éducation physique et sportive

Je n'ai pas envie de faire de la compétition	48 %
Les horaires sont contraignants	31 %
Je n'ai personne pour m'y emmener	24 %
La licence est trop chère	20 %
Je n'aime pas le sport	17 %
Les entraînements sont trop durs	16 %

des vis-à-vis de l'activité physique ont été remplis en petits groupes de quatre à six élèves. Ils ont été complétés par un examen médical annuel (poids, taille, masse grasse, pression artérielle) et un bilan sanguin réalisé tous les deux ans. Des données sociodémographiques ainsi que quelques-unes de leurs habitudes de vie ont été obtenues auprès des parents. Les paramètres sur lesquels est évaluée l'action sont : les pratiques d'activité physique et les comportements sédentaires, la corpulence, la masse grasse, ainsi que différents facteurs de risque cardio-vasculaire.

L'action sur le terrain

ICAPS ne vise pas à démontrer les effets à court terme d'une activité physique, éventuellement imposée, mais à entraîner une modification des comportements dans le long terme. Ce choix se reflète dans la durée de l'étude mais aussi par le type d'activité physique ciblée (des activités de loisirs pouvant être poursuivies à l'âge adulte mais également des activités de la vie quotidienne). Les actions menées ont pris en compte les obstacles à l'activité physique et ont privilégié les aspects plaisir et rencontre, sans esprit de compétition :

- activités pendant les heures de permanence, entre midi et deux et en périscolaire. Toutes les activités, libres d'accès, ont été encadrées par des intervenants brevetés d'État et réalisées en dehors de tout esprit de compétition. Les aspects plaisir, jeu et rencontre avec les autres adolescents ont été mis en avant. Une grande attention a été portée à la réduction des obstacles à la pratique (horaires, déplacements, transferts). Différentes activités ont été proposées dans chaque collège (hip-hop, aérobic, capoeira, canne et bâton, jeux présportifs, football, etc.) en périscolaire. Pendant les heures de permanence, entre midi et deux heures, et pendant les vacances, des activités plus informelles ont été organisées ;
- séances de débats/réflexion sur le thème de l'activité physique et de la sédentarité. Ces séances (en moyenne trois par an), organisées en groupes de quinze élèves avec l'aide des équipes pédagogiques des collèges, notamment pendant les heures de vie de classe, ont amorcé une réflexion sur les modes d'activité physique dans notre société, les obstacles à la pratique, les relations avec la santé et l'environnement. Elles ont permis d'aborder de façon plus

informelle les attitudes de l'adolescent vis-à-vis de l'activité physique ;

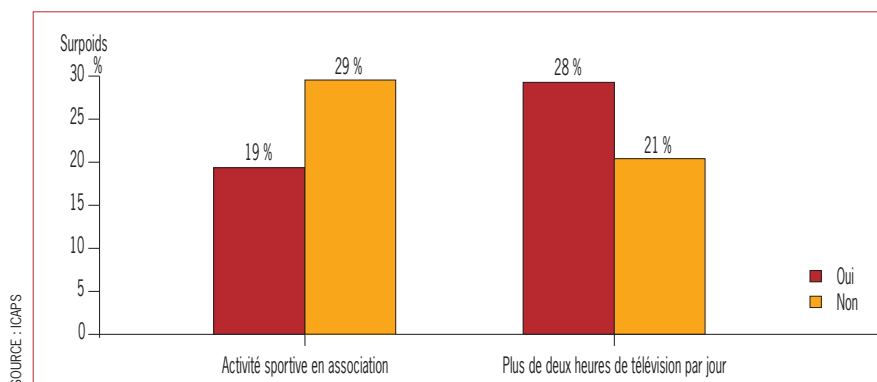
- journées événementielles. Elles ont permis à l'ensemble des collégiens de se rencontrer autour d'activités physiques : marches populaires, rencontre avec les sportifs de haut niveau, journées d'activités du conseil général. Des journées « Tous à vélo à l'école » ont permis aux élèves et à leurs parents de découvrir les possibilités de transport actif en toute sécurité ;
- actions réalisées avec les enseignants de différentes disciplines, permettant de renforcer le message « Bouger pour être en forme » ;
- séances d'information destinées aux parents, avec l'aide des élèves ;
- réunions régulières avec les partenaires afin d'adapter et amplifier les actions.

L'état des lieux, au début de l'étude

En septembre 2002, 92 % des 1 048 adolescents (522 filles et 526 garçons) en 6^e dans l'un des collèges de l'étude ont répondu à l'enquête initiale. 72 % ont accepté la prise de sang.

En 6^e, seul un tiers des adolescents de la cohorte se rendait à pied ou à vélo au collège et près de la moitié des élèves ne pratiquait pas d'activité physique régulière en dehors des cours d'EPS (moins de deux heures d'activité physique de loisirs par semaine en moyenne), alors qu'en moyenne, les collégiens passaient chaque jour près de deux heures devant la télévision et quarante-cinq minutes devant leur console de jeux ou leur ordinateur. Cela est à comparer avec l'heure quotidienne d'activité physique chez les jeunes prônée par les experts (*voir l'article de Patrick Laure, page 31*). Pourtant, les deux tiers des collégiens déclaraient souhaiter faire plus de sport, qu'ils en pratiquent déjà ou non. Les collégiens ont une vision plutôt positive de l'activité physique : « c'est chouette » pour 87 % d'entre eux, cela « donne de l'énergie » pour 82 %, « c'est bon pour la santé » pour 94 % et « c'est l'occasion de se faire des amis » pour 74 % ; seuls 44 % considèrent que c'est « fatigant ». Les obstacles à la pratique le plus souvent évoqués (*Tableau 1*) sont en premier lieu l'absence de désir de faire de la compétition, puis les contraintes matérielles (horaires, éloignement, déplacements, manque de temps).

Figure 1 : Pourcentage d'adolescents présentant un surpoids à l'entrée dans l'étude, selon activité sportive et le temps passé devant la télévision



Près d'un quart des adolescents de la cohorte présentaient un excès de poids selon les critères internationaux. La pratique d'une activité physique (*Figure 1*) était associée à un risque moins élevé d'excès de poids et à des chiffres plus bas de glycémie, d'insuline plasmatique (liée au risque de développer un diabète au cours de la vie), de lipides sanguins (cholestérol, triglycérides) et de pression artérielle. À l'inverse, plus l'adolescent regardait la télévision, plus son risque métabolique et vasculaire était élevé. La seule présence de la télévision dans la chambre des adolescents (cela concernait 45 % d'entre eux) était associée à un risque accru de surpoids et de risque cardio-vasculaire.

À deux ans, des effets sur les comportements...

Au terme des deux premières années, ICAPS démontre qu'il est possible de modifier les comportements d'activité des adolescents. Tous les collégiens ont participé à l'une ou l'autre des séances d'activité physique proposées dans le cadre d'ICAPS. Cette participation a été régulière pour 50 % d'entre eux la première année, pour 70 % la deuxième année. Elle a été aussi importante pour les collégiens ne faisant pas d'activité physique en dehors des cours d'EPS que pour ceux pratiquant une activité en association. Que cela passe directement par le biais des activités proposées ou indirectement en incitant les collégiens à avoir une activité en association, l'intervention ICAPS s'est traduite par une réduction des deux tiers de la proportion de collégiens ne faisant pas d'activité physique structurée en dehors de l'école par rapport aux collègues « témoins », de façon plus nette chez les filles. Au terme des deux années, ils étaient 87 % à avoir une activité physique structurée régulière en dehors des cours d'EPS alors qu'ils n'étaient que 62 % dans les collègues « témoins ».

Ils étaient également plus nombreux à se rendre à pied ou à vélo à l'école dans les collègues « action » : 41 % vs 34 % dans les collègues « témoins » (les trajets supérieurs à vingt minutes par jour sont pris en compte).

Les effets positifs sur le niveau d'activité physique s'accompagnent d'une diminution favorable des comportements sédentaires. Les collégiens

« action » ont diminué de façon significative le temps passé devant un écran alors que cette habitude a augmenté chez les adolescents « témoins ». Ils étaient 40 % à passer plus de deux heures par jour devant la télévision dans les collègues « témoins » (34 % dans les collègues « action »).

Enfin, les collégiens des collègues « action » ont également augmenté de façon significative leur confiance en eux quant à leur capacité à faire de l'activité physique, même en présence d'obstacles (stress, devoirs, fatigue, etc.). Ce paramètre est habituellement considéré comme un bon prédicteur de changement de comportement à plus long terme.

...et sur l'état de santé

Les changements de comportements se sont accompagnés d'un effet bénéfique sur le poids et les facteurs de risque cardio-vasculaire : après deux ans d'action, le risque d'être en surpoids a diminué de façon significative, 21 % dans les collègues « action » par rapport aux collègues « témoins », où le surpoids a augmenté de 24 % à 28 %. L'effet favorable d'ICAPS sur le poids s'est accompagné d'un effet bénéfique significatif sur le pourcentage de masse grasse, la pression artérielle diastolique et d'une tendance à la baisse du taux sanguin de certains lipides, les triglycérides.

Au terme des deux premières années, ICAPS a démontré qu'une action basée sur un multipartenariat³, prenant en compte les obstacles à l'activité physique et mettant en avant

l'aspect « plaisir », s'accompagne d'un effet bénéfique sur le comportement des adolescents, le surpoids et l'état de santé. Il reste à démontrer que ces effets persistent à long terme, à un âge où la pratique de l'activité physique a tendance à diminuer. D'ores et déjà, ICAPS ouvre de nouvelles pistes d'action à une plus large échelle.

Chantal Simon

Professeur des universités,
praticien hospitalier¹,

Brigitte Schweitzer

Médecin conseiller
auprès de l'inspecteur d'académie²,

Carine Platat

Chercheur¹,

Emmanuel Triby

Maître de conférence des universités³.

► Pour en savoir plus sur l'étude ICAPS

- Simon C., Wagner A., Platat C., et al. ICAPS: a multilevel program to improve physical activity in adolescents. *Diabetes Metab.* 2006 ; 32(1) : 41-9.
- Simon C., Wagner A., DiVita C., et al. Intervention centred on adolescents' physical activity and sedentary behaviour (ICAPS): concept and 6-month results. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.* 2004 ; 28 Suppl 3 : S96-S103.
- Simon C., Klein-Platat C., Wagner A., Oujaa M. L'inactivité physique chez l'adolescent : une réalité et un défi ? *Journ. Annu. Diabétol. Hôtel-Dieu* 2004 ; 61-78.

1. Université Louis-Pasteur – Faculté de médecine, EA 1801 Épidémiologie des maladies cardio-vasculaires : Rôle de la nutrition et de la sédentarité, Strasbourg.

2. Mission de promotion de la santé auprès des élèves, inspection académique du Bas-Rhin, Strasbourg.

3. Université Louis-Pasteur, laboratoire des sciences de l'éducation, Strasbourg.

1. Rapport Inserm réalisé pour l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé du Sénat (2005). <http://www.senat.fr/rap/r05-008/r05-00811.html>

2. Afin de tenir compte d'éventuelles différences liées au niveau socio-économique, les paires de collèges ont été tirées au sort en tenant compte de la localisation géographique et de l'appartenance à une zone d'éducation prioritaire (Zep) : deux paires de collèges sont situées dans la Communauté urbaine de Strasbourg (CUS) dont une paire en ZEP, deux hors CUS (une dans le nord du Bas-Rhin, une dans le sud).

3. L'étude ICAPS n'aurait pas été possible sans le soutien financier et la participation active sur le terrain de nombreux partenaires que nous tenons à remercier :

– le ministère de la Santé et de la Protection sociale, dans le cadre du Programme national nutrition-santé, et de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Alsace

– le régime local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle – l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

– le conseil général du Bas-Rhin

– l'inspection académique du Bas-Rhin et la Mission pour la promotion de la santé auprès des élèves, et les équipes administratives et pédagogiques des collèges

– la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la vie associative d'Alsace

– les municipalités de Drusenheim, Illkirch, Obernai et Schiltigheim

– le comité régional olympique et sportif d'Alsace – les associations sportives et les centres socioculturels, les associations de parents d'élèves, les très nombreux intervenants sous la responsabilité de C. DiVita et E. Rauscher... et bien sûr les élèves.

« Vous avez dit trente minutes de marche rapide par jour ? »

En 2004, l'INPES a lancé une campagne d'information télé et radio pour inciter la population à bouger, à faire « au moins l'équivalent de trente minutes de marche rapide par jour », suivant les recommandations des experts. De l'évaluation de cette campagne, il ressort que les Français ont bien mémorisé ce repère et que la moitié d'entre eux a trouvé la campagne incitatrice. Cependant, cette communication a surtout parlé aux catégories moyennes et supérieures et il conviendra, dans le futur, d'impliquer davantage les relais de proximité, ce qui sera fait lors de la rediffusion de cette campagne, courant 2007.

En février 2004, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a lancé une campagne d'information télévisée, radio et dans la presse écrite, visant à promouvoir l'activité physique auprès des adultes. En s'inscrivant dans le cadre d'une politique nutritionnelle, le PNNS¹, cette campagne soulignait la volonté des acteurs de ce programme de mettre à l'honneur l'activité physique comme composante essentielle de la nutrition pour la promotion de la santé et la prévention de certaines pathologies, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et l'ostéoporose.

Le message diffusé par la campagne correspondait au repère du PNNS « *au moins l'équivalent de trente minutes de marche rapide par jour* », qui suit les recommandations des scientifiques en la matière (voir page 31).

Le dispositif de communication était inspiré du rapport d'un groupe d'experts réunis par le CDC², publié en octobre 2001³. Il a ainsi été retenu de mettre en place une campagne plurimédias (télévision, radio et presse écrite) associée à des actions de proximité. En avant-première, une campagne d'alerte de trois jours dans la presse quotidienne était destinée à faire prendre conscience de l'effet délétère de l'inactivité physique sur la santé. Quant aux campagnes télévisées et radio, diffusées ensuite pendant un mois, leur but était de dédramatiser l'effort lié à l'activité physique, mettre en évidence son caractère naturel et favoriser le passage à l'acte en proposant des

moyens d'atteindre le repère PNNS. Les actions de proximité, dont le rôle était de relayer la campagne nationale, ont impliqué les professionnels de santé (envoi de documents d'information, jeux questions/réponses) et se sont traduites également par des opérations mises en place dans les transports en commun (affichage, signalétiques encourageant l'utilisation des escaliers, de descendre du bus ou du métro une station avant la station habituelle, etc.), au sein des entreprises (envoi de documents, d'aff-

fiches et de signalétiques) et auprès des collectivités locales (envoi d'un CD-rom comprenant les supports de la campagne sur lesquels chaque ville peut apposer son logo).

Les performances de la campagne ont été évaluées en mesurant auprès du grand public son impact en termes de mémorisation, de compréhension, d'agrément et d'incitation à la pratique d'activité physique. Cette enquête de l'institut d'études BVA a été menée en

face-à-face auprès d'un échantillon national représentatif de la population âgée de 15 ans et plus, une semaine après la fin de la diffusion de la campagne. Afin d'évaluer les actions de communication propres aux transports en commun parisiens, deux cent dix Franciliens supplémentaires ont été interrogés.

Les personnes ont d'abord été interrogées sur le niveau d'activité physique nécessaire selon elles pour être en bonne santé. Ainsi, 83 % d'entre elles (89 % pour les Franciliens) adhèrent au repère PNNS puisqu'elles estimaient que la durée requise est d'au moins trente minutes par jour (33 % exactement trente minutes).

Les questions liées à la mémorisation de la campagne ont montré que celle-ci avait été retenue par 37 % de la population des plus de 15 ans⁴, surtout par les femmes, les diplômés et ceux disposant d'un haut revenu. Lorsque les supports de la campagne ont été soumis, 64 % ont pu reconnaître l'un d'entre eux, ce

qui est très satisfaisant, vu le caractère nouveau du thème abordé⁴. Néanmoins, si les spots radio ont été reconnus de manière satisfaisante (39 %) et si les Franciliens ont été exceptionnellement nombreux à se souvenir des affiches dans les transports en commun (37 %), le spot télévisé, lui, n'a pas recueilli le score habituel (reconnu par seulement 44 % des sujets).

Les messages restitués ont mis en évidence une excellente compréhension de la campagne, mais certains points auraient été peu convaincants, comme « *c'est accessible à tous d'avoir une activité physique de trente minutes par jour* ». Malgré ce point négatif, une personne sur deux s'est déclarée incitée à pratiquer davantage d'activité physique à l'issue de la campagne, en particulier les Franciliens.

Même s'il est difficile d'évaluer le véritable impact sur le comportement des personnes touchées par une telle campagne, l'étude aura montré que le dispositif de communication choisi asso-

ciant des médias et des actions de proximité a été ingénieux et a permis d'accéder à une large part de la population. Afin de renforcer le niveau d'adhésion aux messages du PNNS relatifs à l'activité physique et d'encourager au « passage à l'acte », il sera nécessaire, lors de la prochaine rediffusion de la campagne, en 2007, d'impliquer davantage les relais de proximité et surtout de rendre l'environnement des sujets favorable à un style de vie actif. C'est une des perspectives du deuxième volet du PNNS, lancé le 6 septembre dernier, par le ministre de la Santé et des Solidarités.

Corinne Delamaire

Docteur en nutrition,
direction des Affaires scientifiques,
INPES.

1. Programme national nutrition-santé.
2. Center for Disease Control and Prevention (institut américain qui réunit une expertise scientifique sur la santé publique).
3. Center for Disease Control and Prevention. Increasing physical activity: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR* 200 ; 50 (No. RR-18).
4. Dépasse de dix points les standards de BVA.

« Papa, papa, je veux faire du Pédibus ! »

Emma, 5 ans, me donne avec excitation un papier à remplir « vite », me dit-elle, pour faire avec ses copines du Pédibus. Mais qu'est-ce que c'est ? Un pédiluve dans un bus ? Une enquête sur le nombre de marches pour monter dans un bus ?

Que nenni, le Pédibus est un groupe d'enfants qui suit un itinéraire piéton précis qui le mène en toute sécurité et à l'heure à l'école. Ce groupe est encadré par deux adultes au minimum, le plus souvent des parents. Les enfants qui souhaitent y participer rejoignent le Pédibus à des arrêts déterminés. Mais rassurez-vous, amis parents, la longueur des lignes (itinéraires) n'excède pas 1,3 kilomètre !

Les atouts du Pédibus sont nombreux et associent dans une même action différentes facettes interpellant la protection de l'environnement (diminuer le trafic automobile, diminuer la pollution et préserver la qualité de l'air aux abords des écoles), le développement de l'activité physique en favorisant l'exercice physique régulier des enfants et prévenir ainsi l'obésité précoce, la future mobilité des enfants à l'âge

adulte en favorisant l'apprentissage du déplacement en ville, de la ponctualité, de l'autonomie, des choix de modes de déplacements raisonnés et le développement de pratiques écocitoyennes.

Aujourd'hui, des villes de toutes tailles, Rennes, Lyon, mais aussi de nombreuses communes de taille plus modeste comme L'Hermitage (Ille-et-Vilaine, ... 2 000 habitants) développent, avec l'appui de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe)¹, des Pédibus sur leur territoire. Des Pédibus ont aussi été créés en Suisse et en Belgique. Inscrite, de plus en plus, dans les plans municipaux et/ou d'agglomération de « déplacements urbains », cette activité se trouve aussi fréquemment proposée dans de nombreux projets d'éducation nutritionnelle portant sur la prévention de l'obésité.

Cette action montre aussi qu'il est possible d'associer enfants, parents, élus locaux, enseignants, directeur d'établissement scolaire dans une même démarche de recherche de bien-être individuel (la santé des enfants) et de bien-être collectif (la diminution de la pollution et des nuisances sonores automobiles).

« Bon, papa, je peux le faire, le Pédibus ? ». « Non. » « Mais, pourquoi ? » dit Emma, les yeux humides, « car nous habitons à dix mètres de l'école » !

Éric Le Grand

Sociologue, parent,
L'Hermitage, Ille-et-Vilaine.

1. Voir le document : *Inventons de nouveaux chemins vers l'école !*
www.ademe.fr/bretagne/telechargement/nouveaux_chemins_vers_ecole.pdf [dernière visite le 2/02/07]

Comment le Québec « se bouge » pour endiguer la sédentarité

Après presque trente ans d'existence, le programme Kino-Québec continue de favoriser la pratique d'activités physiques. Parcours pédestres sécurisés pour écoliers, quartiers aménagés afin d'augmenter le nombre d'utilisateurs des pistes cyclables, politiques de tarification avantageuse pour les familles... Plutôt que de renvoyer à la responsabilité individuelle de chacun dans la lutte à la sédentarité, le programme Kino-Québec mise de plus en plus sur le développement d'un environnement favorable pour « se bouger » en collaboration avec les milieux scolaire, municipal et associatif.

Les jeunes Québécois passent en moyenne quinze heures par semaine à regarder la télévision, soit à peu près le même taux d'écoute qu'en France : ce chiffre situe la concurrence que représentent les loisirs dits passifs par rapport à la pratique d'activités physiques. S'ajoute à cela un étalement urbain et donc des distances très longues à parcourir et des temps importants consacrés aux transports. Au Québec, le nombre d'automobiles a augmenté de 68 % entre 1985 et 2000 (ministère du Transport du Québec, 2005). Autre élément à mentionner dans ce contexte : un jeune sur cinq présente un excès de poids. En terme de pratique d'activités physiques, moins de la moitié (44 %) des 12-17 ans sont actifs pendant leurs loisirs.

C'est dans ce cadre que le programme Kino-Québec continue de promouvoir un mode de vie physique actif, où les activités physiques et sportives

sont intégrées dans le quotidien, que ce soit pour les loisirs ou les déplacements. Il est géré par trois entités : deux ministères (le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport qui est chef de file et le ministère de la Santé et des Services sociaux) et les directions de santé publique des dix-huit agences régionales de santé et de services sociaux. Le programme est coordonné au niveau national par quatre professionnels qui veillent à planifier, influencer et « réseauter¹ » – il est relayé par un réseau de trente-cinq conseillers régionaux qui interviennent comme experts-conseil et agents d'influence et de mobilisation. Parmi les acteurs partenaires, notons la présence grandissante d'agents de promotion des saines habitudes de vie dans les centres locaux de santé et de services sociaux (CSSS).

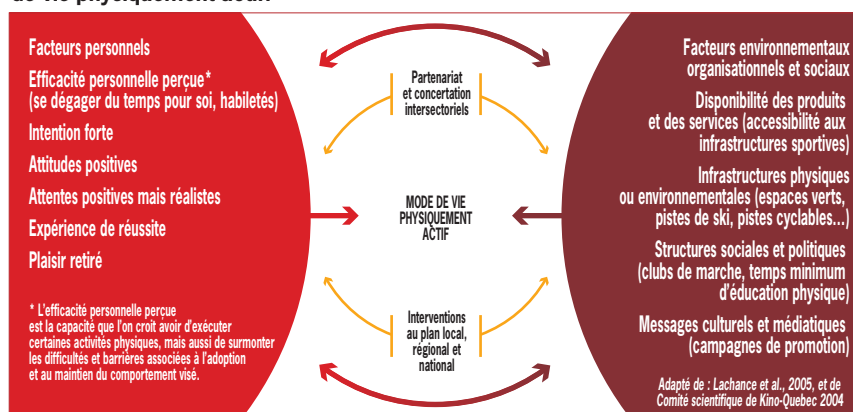
En 2005, Kino-Québec a adopté un cadre conceptuel (voir Figure) qui tient

compte autant des facteurs personnels que ceux associés à l'environnement. Ce cadre souligne combien il faut agir sur les facteurs environnementaux, organisationnels et sociaux, car ils jouent un rôle déterminant dans l'adoption ou le maintien d'un mode de vie physiquement actif. Par ailleurs, le plaisir étant un facteur individuel important dans l'adoption et le maintien d'un comportement actif, Kino-Québec a privilégié ce facteur comme axe de communication (notamment la campagne « Plaisirs d'hiver » ou encore le message générique le « plaisir selon Kino-Québec... »).

Comme une intervention doit, pour être efficace, être suffisamment intense et durable et avoir des ressources suffisantes, le programme Kino-Québec concentre, depuis 2005, ses actions dans deux milieux de vie : le milieu scolaire et le milieu municipal (la famille, le quartier, la communauté). Leurs représentants sont invités à concevoir et promouvoir des environnements favorisant les modes de déplacement actifs et la participation aux activités physiques et sportives. Pour épauler ces acteurs, nous mettons à leur disposition des résultats d'études, de recherches et, plus particulièrement, d'avis du Comité scientifique Kino-Québec.

Ainsi, en 1998, Kino-Québec a produit un document qui s'intitulait « Les filles, c'est pas pareil », pour documenter la problématique de la moins grande participation des adolescentes en matière d'activités physiques. Les goûts et les intérêts des filles diffèrent de ceux des garçons ; les filles bougent pour la

Figure. Cadre conceptuel adopté par Kino-Québec en matière de promotion d'un mode de vie physiquement actif.



forme et le plaisir, elles préfèrent la marche, la danse, la natation, la randonnée en vélo et le patinage libre. Des aspects moins connus ont été soulevés : les filles se perçoivent moins bonnes que les garçons et ce phénomène fait son apparition dès l'âge de six ans. De plus, les programmes offerts aux jeunes par les milieux scolaire, municipal ou communautaire rejoignent davantage les garçons que les filles et peu de cours destinés aux adolescentes offrent des activités sportives non compétitives. Ce constat – et d'autres – ont permis d'émettre des recommandations et des pistes d'action afin que les milieux scolaire et municipal revoient leur offre de services aux jeunes filles.

L'école, un milieu stimulant

Pour rendre l'environnement le plus favorable à la pratique d'activités physiques, il faut améliorer la disponibilité des produits et des services, augmenter la présence d'infrastructures de loisir et animer les lieux de pratique. Kino-Québec a produit, il y a quelques années, le document « Mieux vivre ensemble dans la cour d'école » à l'intention des écoles primaires. Ce document fait notamment état d'exemples d'écoles ayant posé des actions concrètes dans le but d'aménager et d'animer leur cour d'école. Ainsi, si certaines écoles ont instauré un programme de *leadership* étudiant (un tel programme permet aux élèves des classes de 5^e et 6^e années de participer à l'organisation d'activités sportives structurées durant les récréations. Ces jeunes deviennent capitaines, arbitres ou marqueurs), d'autres ont attribué des espaces de jeu lors des récréations afin de favoriser la participation active de tous les jeunes. Ces derniers choisissent, chaque semaine, l'activité à laquelle ils désirent participer. Plusieurs choix d'activités sont possibles et l'inscription des jeunes est obligatoire.

Des écoles secondaires mettent aussi à la disposition des jeunes leur gymnase après les heures de cours ou encore privilégient la mise en place d'une programmation variée d'activités physiques et sportives sur l'heure du déjeuner pour répondre aux goûts et intérêts des adolescents. Pour les jeunes filles, la danse aérobic et les cours de « street-dance » ont beaucoup de succès. D'autres écoles ont choisi d'améliorer leurs

infrastructures selon les nouvelles tendances qui rejoignent les goûts des adolescents : réserver une partie de la cour à l'aménagement de structures pour la planche à roulettes, aménager une salle d'entraînement dans l'école ou acheter du matériel destiné à l'apprentissage des arts du cirque.

Toujours dans le cadre scolaire, Kino-Québec réalise, depuis 2000, le concours « École active ». De manière à encourager la mise en place d'environnements sains et sécuritaires, le concours « École active » offre un soutien financier aux écoles (entre 500 \$ et 1000 \$) qui, parce qu'elles souhaitent faire de leur école un milieu en santé, proposeront un projet d'achat de matériel ou d'aménagement, par exemple :
– élargir la gamme d'activités offertes pendant les cours d'éducation physique, sur l'heure du midi ou après les heures de classe (sport étudiant, plein air, etc.) ;
– organiser les récréations de façon à ce que les jeunes mettent en pratique les habiletés et les attitudes essentielles à l'acquisition d'un mode de vie physiquement actif ;
– favoriser des modes de transport actifs et sécuritaires vers l'école (marche, vélo).

Somme toute, la qualité de l'environnement offert à l'école est déterminante, car c'est souvent en milieu scolaire que les jeunes ont la possibilité de vivre des expériences positives en ce qui concerne la pratique d'activités physiques et sportives.

Un quartier qui donne le goût de bouger

Le milieu municipal occupe aussi une place de premier plan afin de rendre la population plus active physiquement. Outre le fait que la municipalité peut elle aussi intervenir sur l'environnement physique – améliorer et promouvoir l'accessibilité (proximité, disponibilité, gratuité, etc.) des infrastructures de loisir, des installations sportives, des voies cyclables et des endroits pour la marche –, elle peut aussi offrir une variété d'activités qui répondent aux goûts et aux besoins des citoyens de tous âges et mettre en place une structure de soutien à l'activité physique (par exemple un club de marche) ou encore des politiques, des normes et des règlements qui favorisent la pratique d'activités physiques. Kino-Québec a récemment publié un document intitulé « Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger ». Ce document a pour but de renseigner les municipalités sur la notion d'environnements physiques favorables à la pratique d'activités physiques et de les inviter à considérer certains éléments qui leur permettent d'offrir des environnements propices à la pratique d'activités physiques lorsqu'ils adoptent des politiques, des règlements, des plans d'urbanisme et des schémas d'aménagement du territoire.

Plusieurs municipalités ont déjà emboîté le pas et ont réalisé des actions concrètes en ce sens (*encadré p. 44*).

Des pistes cyclables aux parcours sécurisés

Voici quelques exemples d'adaptation de l'environnement à la pratique de l'activité physique :

- la ville de Saint-Constant a construit, à côté de la gare, un quartier résidentiel mixte (destiné à tous types de familles) : tout y est conçu pour favoriser la marche à pied et le recours aux transports en commun ; les déplacements à pied et à bicyclette sont favorisés par l'aménagement de sentiers qui convergent vers la gare. La proximité d'une garderie et celle de deux écoles incitent aussi à effectuer les trajets à pied. Un parc sportif municipal est prévu à l'est du terrain et l'on y installera plusieurs équipements, tels des terrains de tennis, de soccer, de balle, etc. L'objectif : une meilleure accessibilité pour tous sans nécessiter de déplacement en voiture ;
- la ville de Sherbrooke. L'objectif privilégié est de permettre aux familles de circuler en toute sécurité, peu importe le mode de déplacement choisi ; ainsi des « corridors scolaires » ont été implantés aux abords des écoles primaires pour favoriser une circulation piétonnière sécuritaire des élèves. Un diagnostic de la situation dans un périmètre de un kilomètre autour de chaque école a été effectué. Cette analyse a permis de déterminer les actions à entreprendre pour créer des parcours sécuritaires. Les pistes d'action retenues variaient d'une école à l'autre : avancées de trottoir, aménagement de passages pour les écoliers, panneaux de signalisation, etc. Divers services municipaux ont été mis à contribution avec la collaboration des directions d'école et des conseils d'établissement pour mettre en œuvre ces parcours sécuritaires. Jusqu'à maintenant des parcours ont pu être établis autour de vingt-trois écoles.
- la piste du Parcours-des-Anses, située dans la ville de Lévis en bordure du fleuve Saint-Laurent, d'une longueur de 13,5 kilomètres, est accessible pendant la belle saison aux adeptes de la marche, du vélo et du patin à roues alignées (NDLR : roller) de même qu'aux personnes à mobilité réduite. Des aires de repos dans plusieurs parcs ainsi que des points de services sont présents sur le parcours. Depuis début 2005, une section de six kilomètres est ouverte pour la marche pendant la saison hivernale. De plus, de nombreux Lévisiens l'empruntent quotidiennement pour se rendre au traversier (qui permet de se rendre à Québec par voie maritime).
- à Ville-Marie, la nécessité d'une piste cyclable dans la ville afin de rendre la pratique du vélo plus sécuritaire – particulièrement pour les enfants – était criante. Un groupe de travail a proposé un tracé pour une boucle d'environ quatre kilomètres et a consulté la population. À la suite de ces démarches, la ville a investi les fonds nécessaires à la réalisation de la voie cyclable. La popularité immédiate de cette nouvelle voie cyclable a confirmé le besoin manifesté.

Les activités de communication pour une pratique régulière

Un dernier facteur important afin de promouvoir l'activité physique est de mener des activités de communication. Réaliser des campagnes promotionnelles comporte de nombreux avantages : elles permettent d'informer la population sur les activités offertes, de l'inciter à adopter une attitude positive et de renforcer son intention d'être plus actif physiquement. Les campagnes promotionnelles permettent aussi à Kino-Québec de travailler étroitement avec les municipalités et les écoles afin qu'elles organisent de nouvelles activités ou mettent en valeur les activités déjà existantes.

Une campagne promotionnelle remporte un franc succès, depuis plusieurs années, c'est la campagne « Plaisirs d'hiver ». À partir de janvier, Kino-Québec invite les municipalités et les écoles à utiliser ses outils promotionnels (affiches, banderoles, objets divers, etc.) afin d'organiser, de promouvoir et de mettre en valeur des activités hiverna-

les simples et peu coûteuses. Les objectifs de Plaisirs d'hiver sont les suivants : – augmenter les occasions de pratiquer des activités accessibles (patinage, glissade, raquette, ski de fond, marche, hockey-bottines, etc.) ; – faire découvrir ou redécouvrir le plaisir de pratiquer des activités que l'on peut facilement intégrer à son mode de vie ; – réduire les obstacles à la participation aux activités hivernales en facilitant leur accessibilité dans un environnement sécuritaire (présence d'installations, proximité des lieux d'activités, atelier d'initiation, location, prêt ou échange d'équipement, etc.).

Des approches de plus en plus concertées et intégrées

Les approches intégrant la promotion de plusieurs habitudes de vie, notamment l'alimentation et l'activité physique, se font de plus en plus nombreuses. Par exemple, le programme « 0-5-30 combinaison prévention » est implanté dans plusieurs régions du Québec ; il propose des interventions

axées sur la promotion des habitudes de vie saines (0 tabagisme, 5 portions de fruits/légumes par jour et 30 minutes d'activités physiques quotidiennes) dans le but de réduire le développement des maladies chroniques. Ce programme s'articule autour de deux stratégies : les actions éducatives et les actions environnementales. Les actions éducatives ciblent l'individu, notamment par les pratiques cliniques préventives des professionnels de la santé. Elles visent à habiliter les médecins en cabinet privé à introduire un *counseling* bref de promotion d'habitudes de vie saines, par la visite du délégué médical de prévention dans les écoles, des activités de formation et par la création d'outils d'aide à l'intervention. Les actions environnementales touchent autant les jeunes, les familles et les communautés, particulièrement les personnes vivant en contexte de vulnérabilité. Elles s'adressent aux décideurs, dirigeants, élus et organisateurs afin de promouvoir la création d'environnements favorables aux habitudes de vie. Bien que cette approche ne soit pas sous la responsabilité du programme Kino-Québec, les conseillers régionaux sont appelés de plus en plus à travailler au sein d'équipes multidisciplinaires en tant qu'experts en activité physique.

Un vaste éventail d'interventions

Si l'on veut accroître le volume d'activité physique et freiner l'augmentation préoccupante de l'obésité, il faut mettre en place un vaste éventail d'interventions. Des interventions qui agissent autant sur la personne que sur son environnement, qui sont réalisées sur les scènes locale, régionale et nationale et, enfin, qui nécessitent un partenariat fructueux et une concertation intersectorielle. Le programme Kino-Québec continue d'agir en ce sens afin que la population québécoise soit plus active physiquement.

Véronique Martin

Conseillère en activité physique,
Équipe de coordination nationale
Kino-Québec, ministère de l'Éducation,
du Loisir et du Sport, Québec, Canada.

1. Action de mettre en relation différentes personnes ou organismes qui peuvent, dans ce cas-ci, devenir des agents de promotion de l'activité physique.

Pour plus d'information sur le programme :
www.kino-quebec.qc.ca

Les 60-75 ans, aussi heureux que les plus jeunes

Contrairement à une représentation profondément ancrée dans la société, les personnes âgées de 60 à 75 ans estiment, en majorité, qu'elles ont une bonne qualité de vie, aussi bonne que les générations plus jeunes (40-60 ans). Tel est l'un des enseignements de la dernière enquête Baromètre santé de l'INPES, publiée en 2006. Il ressort également que les facteurs socio-économiques – tels la situation matrimoniale ou le niveau de revenu – sont déterminants dans ce ressenti de leur qualité de vie, plus que la dégradation de l'état de santé physique associé à l'avancée en âge.

Dans le cadre de l'enquête Baromètre santé réalisée par l'INPES (1), des questions sont posées aux personnes, âgées de 18 à 75 ans, sur leur ressenti concernant leur santé physique, sociale et mentale. Afin de mesurer la qualité de vie des personnes âgées de 60 à 75 ans, les auteurs du Baromètre utilisent l'échelle de santé de Duke, qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les personnes à partir de dix-sept items (*voir encadré ci-contre*). Les scores de santé physique, mentale et sociale sont les trois principales dimensions étudiées qui, associées entre elles, produisent un score de santé générale (allant de 0 à 100). S'ajoutent à cela des indices permettant d'évaluer l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, la douleur, l'incapacité ainsi que l'état de santé perçue, appréciés par la personne elle-même, que nous n'aborderons pas ici.

L'avancée en âge n'est pas toujours synonyme de dégradation de la qualité de vie

Dans le Baromètre santé, les scores de santé générale maximaux concernent les individus âgés de 20 à 29 ans et de 30 à 39 ans avec un score de 72,6 (*Figure 1*). Les personnes âgées de 60 à 75 ans possèdent une qualité de vie très proche de celle des 40 à 59 ans (70 sur 100 *vs* 70,9 pour les 40-49 ans et 69,9 pour les 50-55 ans). La perception que les 60-75 ans ont de leur qualité de vie n'est donc pas très différente de celle des classes d'âge inférieures.

Plus précisément, c'est la perception de l'état de santé physique qui se

La qualité de vie selon le profil de santé de Duke

Le score de santé de Duke permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus à partir de dix-sept items du questionnaire. Le tableau ci-dessous présente les questions posées dans le cadre du test de Duke. La santé physique, mentale et sociale sont les trois principales dimensions étudiées qui, associées, produisent le score de santé générale. S'ajoutent des indices pour évaluer l'anxiété, la douleur, la dépression, l'estime de soi et l'incapacité. Les scores calculés vont de 0 à 100. Cent est le score optimal de qualité de vie, sauf pour les scores d'anxiété, de dépression, de douleur et d'incapacité où le rapport est inversé.

QUESTIONS	DIMENSIONS
Pour chacune de ces formules, dites si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou que cela n'est pas votre cas...	
1 Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2 Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3 Au fond, je suis bien portant	Santé perçue
4 Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5 J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6 Je suis content(e) de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7 Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...	
8 Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9 Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
Diriez-vous qu'au cours des huit derniers jours...	
10 Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11 Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12 Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13 Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14 Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15 Vous avez rencontré des parents ou amis	Sociale
16 Vous avez eu des activités soit de groupe, soit de loisirs	Sociale
Est-ce qu'au cours des huit derniers jours...	
17 Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

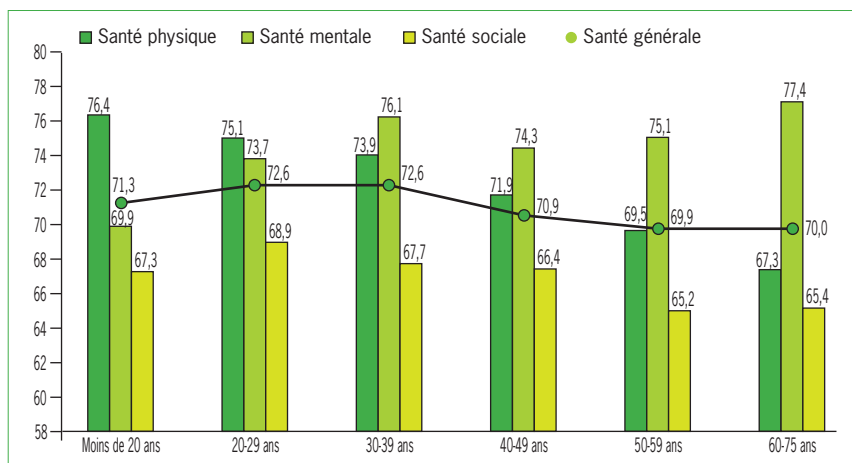


Figure 1 : Scores de qualité de vie de l'échelle de Duke parmi les individus âgés de 12 à 75 ans (sur 100)

dégrade le plus avec l'âge (67,3 points pour les 60-75 ans). En revanche, les personnes âgées de 60 à 75 ans possèdent le score de santé mentale le plus élevé (77,4 points sur 100). Ce constat vaut aussi bien chez les hommes que chez les femmes, même si ces dernières possèdent un score de santé mentale très inférieur à celui des hommes (73,6 vs 81,3).

Existe-t-il une relation entre la très bonne santé mentale déclarée par les plus âgés et leur hygiène de vie ?

Pour répondre à cette question, nous avons choisi six indicateurs de comportements pouvant être associés à la perception qu'un individu a de sa santé mentale : la consommation quotidienne d'alcool, le tabagisme régulier, la consommation de médicaments psychotropes¹ au cours des douze derniers mois, le fait d'avoir eu un épisode dépressif au cours des douze derniers mois, le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, et enfin le fait d'avoir pratiqué un

sport au cours des sept derniers jours (Figure 2).

Entre 60 et 75 ans, la proportion d'individus adoptant les comportements décrits ci-dessus varie sensiblement selon le sexe. La moitié des hommes boit de l'alcool quotidiennement contre moins d'un quart des femmes. Les hommes sont également beaucoup plus nombreux que les femmes à déclarer fumer régulièrement (12,0 % vs 6,4 %). À l'inverse, la proportion de femmes à avoir des troubles dépressifs et des pensées suicidaires est plus importante (3,4 % et 4,1 % vs 1,4 % et 1,8 % pour les hommes). Un quart des femmes dit consommer des médicaments psychotropes alors que seuls 11,8 % des hommes disent le faire. Enfin, le nombre de femmes déclarant avoir pratiqué un sport au cours des sept derniers jours est un peu plus important (34,3 % vs 32,6 % pour les hommes).

Si l'on compare maintenant, au sein de la population des 65-75 ans, les scores de santé mentale des personnes qui

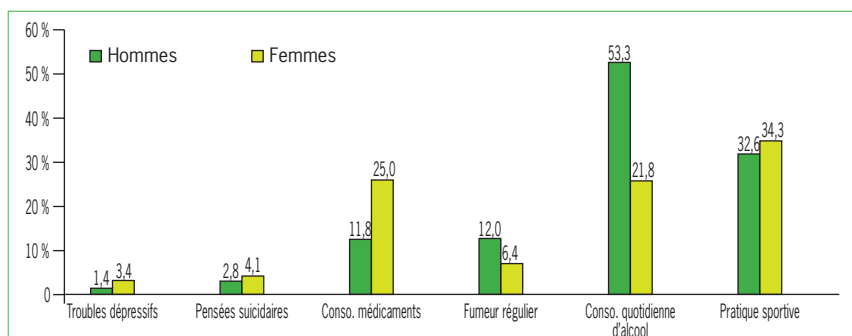


Figure 2 : Comportements des personnes âgées de 60 à 75 ans, selon le sexe (en pourcentage)

répondent par l'affirmative aux six indicateurs énoncés, on constate que la perception que les plus âgés ont de leur santé mentale est principalement associée aux indicateurs de santé mentale les plus objectifs – la consommation de médicaments psychotropes, le fait d'avoir eu un épisode dépressif ou des pensées suicidaires (Figure 3). Les comportements à risques tels que le fait de fumer régulièrement et de boire quotidiennement de l'alcool ont un impact relativement faible sur la perception que les plus âgés ont de leur santé mentale. Et, paradoxalement, ce sont les individus déclarant adopter ces comportements à risque qui obtiennent de meilleurs scores de santé mentale, 78,0 versus 77,2 pour le fait de fumer régulièrement et 79,4 versus 76,0 pour le fait de consommer quotidiennement de l'alcool. Enfin, les personnes de 60-75 ans qui ont une pratique sportive possèdent une score de santé mentale de presque cinq points supérieur aux autres (respectivement 80,5 et 75,8).

La situation socio-économique, un élément déterminant de la qualité de vie des 60-75 ans

Plus que l'avancée dans l'âge, ce sont des facteurs socio-économiques tels que le niveau de revenu ou la situation matrimoniale qui semblent déterminer la qualité de vie des 60-75 ans. Le constat, de l'influence du niveau de revenu ainsi que du niveau de diplômes sur la qualité de vie de l'individu, qui est fait pour l'ensemble de la population, est donc également valable pour la tranche d'âge des 60-75 ans (Figure 4). Les scores de santé physique, mentale, et particulièrement le score de santé sociale des plus âgés ne possédant pas de diplômes, sont inférieurs à ceux de leurs contemporains qui ont un niveau bac et plus (respectivement 63,2 vs 69,9 ; 74,2 vs 79,1 et 59,6 vs 69,0). Le niveau de revenu détermine également fortement la qualité de vie : les plus âgés dont le revenu est inférieur à 900 euros par mois possèdent ainsi un score de santé générale moindre que ceux qui perçoivent plus de 1 500 euros par mois (66,8 vs 73,4).

Pour les hommes et les femmes, un niveau de bien-être étroitement lié à leur situation matrimoniale

Selon la même tendance que celle observée en population générale, les

personnes âgées en couple obtiennent de meilleurs scores de qualité de vie que leurs contemporains vivant seuls. Le score de santé générale des 60-75 ans en couple est de 71,4 sur 100, alors qu'il n'est que de 66,2 pour les personnes isolées.

Toute chose égale par ailleurs, les hommes possèdent de meilleurs scores de santé que les femmes. Ainsi, parmi les 60-75 ans, le score de santé générale des hommes est de 72,9 sur 100 alors que celui des femmes est de 67,3 sur 100.

Le fait d'être marié, remarié, divorcé, veuf ou encore célibataire a donc un impact sur la qualité de vie des personnes âgées (Figure 5). Chez les femmes, ce sont les personnes remariées qui possèdent le meilleur score de santé générale (70,6 sur 100) ; il est supérieur à celui des femmes mariées (68,3 sur 100). Les femmes veuves ou divorcées présentent, quant à elles, les scores les plus faibles (respectivement 65,1 et 65,5 sur 100). Parmi les hommes, le score de santé générale le plus élevé est détenu par ceux qui sont mariés (73,7 sur 100), les remariés et divorcés viennent ensuite, avec respectivement 72,5 et 72,0 sur 100. Contrairement aux femmes, le score de santé générale le plus bas n'est pas celui des veufs, mais celui des célibataires (67,5 sur 100). Nous voyons par là que l'influence bénéfique du mariage sur la qualité de vie semble concerner plus certainement les hommes que les femmes de 60 à 75 ans alors que ces dernières ressentent plus fortement l'impact néfaste du veuvage sur leur qualité de vie.

La maladie chronique : une influence certaine sur la qualité de vie

Les personnes âgées de 60 ans et plus sont 44 % à déclarer avoir une ou plusieurs maladies chroniques (44,4 % des hommes *vs* 43,7 % des femmes).

Le score de santé générale des personnes âgées vivant avec une maladie chronique est de 6,5 points inférieur à celui des personnes qui n'en déclarent pas (66,4 *vs* 72,9). Le score de santé physique détermine en premier lieu cet écart : il est, chez les personnes malades, de 11 points inférieur à celui des autres enquêtés du même âge (71,1 *vs* 61,1). Les scores de santé mentale et de santé sociale sont également favo-

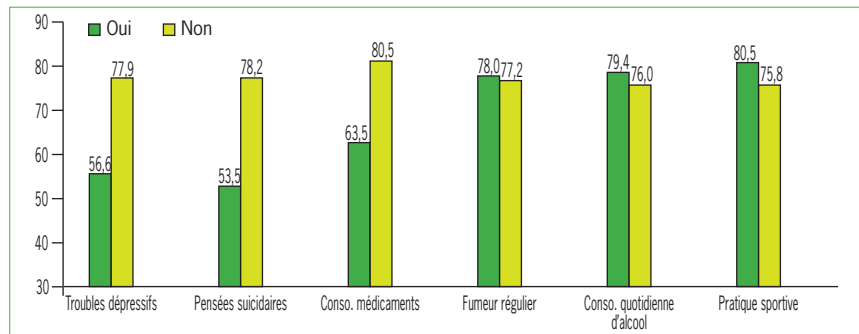


Figure 3 : Scores de santé mentale des individus âgés de 60 à 75 ans suivant les six indicateurs de comportement (sur 100)

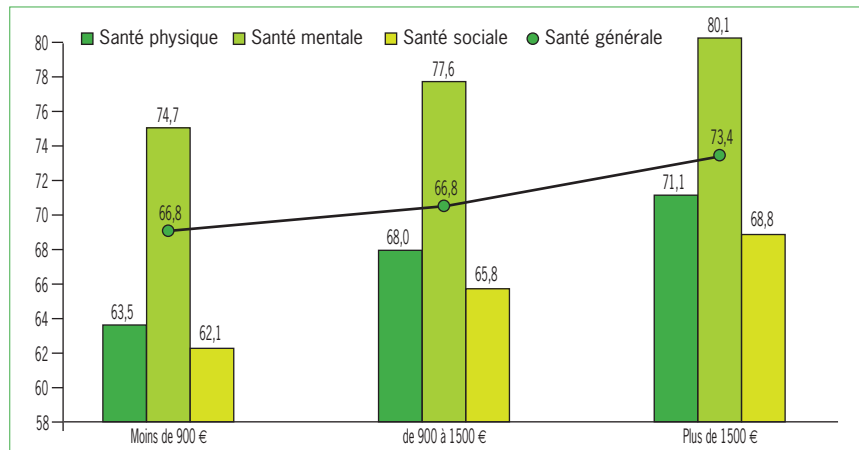


Figure 4 : Scores de santé des individus âgés de 60 à 75 ans, selon le revenu par unité de consommation

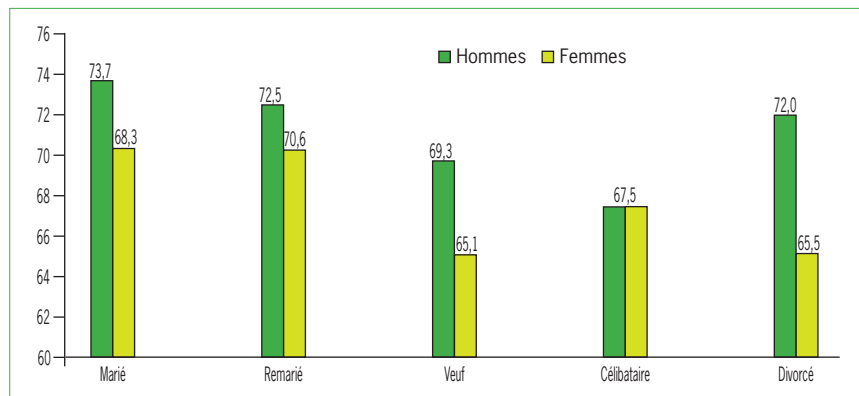


Figure 5 : Scores de santé générale des hommes et femmes âgés de 60 à 75 ans selon leur situation matrimoniale (sur 100)

rables, l'écart observé étant toutefois moins important (respectivement 79,6 *vs* 74,5 et 66,7 *vs* 63,8).

Les scores de santé générale des malades chroniques, observés par catégories sociales, montrent que, parmi l'ensemble des malades chroniques de 60 à 75 ans, ce sont les cadres qui possèdent les scores de santé générale les plus élevés (71,5 *vs* 66,6 pour les agriculteurs ou encore 65,8 pour les ouvriers).

Appréhender la santé par l'intermédiaire de la qualité de vie permet d'avoir une vision de l'état de santé tel qu'il est ressenti par les personnes concernées. La qualité de vie est une dimension multiple qui n'est pas seulement liée à l'état de santé objectif des individus, comme nous le montre ce focus sur les 60-75 ans. Alors que cette population est plus fréquemment concernée par les pathologies chroniques et les problèmes liés au vieillissement, la perception globale de leur santé reste identique à celle

des classes d'âge les plus jeunes, ce que confirment d'autres recherches réalisées en France (1-3) et à l'étranger (4, 5). Plusieurs travaux ont ainsi pointé la remarquable stabilité du bien-être subjectif des personnes âgées, qui transparaît dans nos résultats à travers le score élevé de santé mentale chez les 60-75 ans. Des stratégies d'adaptation identitaire au vieillissement fournissent une explication partielle à ce phénomène : les personnes âgées peinent à s'identifier aux représentations sociales du vieillard malade et grabataire, et tendent, plus que d'autres groupes d'âges, à comparer leur état de santé à d'autres personnes âgées qu'ils estiment moins bien portants qu'eux (comparaison descendante) (6-8). Comme nous avons pu le constater, ce score est davantage lié aux indicateurs de santé mentale les plus objectifs (consommation de médicaments psychotropes, troubles dépressifs et pensées suicidaires) qu'aux indicateurs relatifs aux comportements à risque. Nous avons également pu noter que la pratique d'une activité sportive influence positivement le score de santé mentale.

Toutefois, nos analyses montrent également que les inégalités socio-économiques face à la santé ressentie persistent avec l'âge : le genre, la situation matrimoniale et la situation socio-économique influencent de façon marquée la manière dont les personnes apprécient leur état de santé physique, mental et social (4, 9). Ainsi que le soulignent d'autres recherches plus approfondies, la qualité de vie traduit également des différences objectives dans l'accès aux soins, dans la structure familiale ou sociale, ainsi que dans les conditions de logement ou de transports (4, 7, 10).

Cynthia Kubiak
Stéphanie Pin

Chargées d'études et de recherche,
Direction des affaires scientifiques, INPES.

1. Consommation d'antidépresseurs, anxiolytiques, stabilisants, somnifères ou neuroleptiques.

- (1) Dressen C., Perrin H. La santé des personnes âgées de 60 à 75 ans. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. *Baromètre Santé 2000. Vol. 2. Résultats*. Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 425-37.
- (2) Helmer C., Barberger-Gateau P., Letenneur L., et al. *Subjective health and mortality in french elderly women and men*. Journal of Gerontology: Social sciences 1999; 54B: 84-92.
- (3) Doumout D., Libion F., Deccache A. *Les personnes âgées et leurs besoins : besoins, représentations, comportements (2^e partie)*. UCL-Reso, série documentaire, 1999 : 21 p.
- (4) Kirby S.E., Coleman P.G., Daley D., et al. *Spirituality and well-being in frail and nonfrail older adults*. Journal of Gerontology: Social and Psychological Sciences 2004; 59B(3): 123-29.
- (5) Idler E.L., Kasl S.V. *Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability?* Journal of Gerontology: Social Sciences 1995; 50B : 344-53.
- (6) Caradec V. *Les épreuves subjectives du vieillissement*. Éthique et santé 2006 ; 3 : 20-5.
- (7) Beaumont J.G. *Quality of life (QoI) of the healthy elderly: residential setting and social comparison processes*, 2004, Economic and Research Council. Téléchargeable sur le site : <http://www.esrcsocietytoday.ac.uk/ESRCInfoCentre/ViewAwardPage.aspx?AwardId=837> [Dernière visite : 12/10/2006]
- (8) Coudin G. *La vieillesse n'est pas une maladie*. Sciences humaines 2005 ; n° 48 : 20-2.
- (9) Muldoon M.F., Barger S.D., Flory J.D., Manuck S.B. *What are quality of life measurements measuring?* British Medical Journal 1998; 316 : 542-5.
- (10) Von Kondratowitz H.J., Tesch-Römer C., et al. *La qualité de vie des personnes âgées dans les États-providence européens*. Retraite et Société 2003 ; n° 38.

Entretien avec Philippe Pitaud, directeur de l'Institut de gérontologie sociale, professeur associé à l'université de Provence*.

« Il nous faut valoriser et accompagner davantage les personnes âgées »

La Santé de l'homme : Peut-on parler de fortes inégalités de santé chez les personnes âgées ? Lesquelles vous semblent les plus dommageables pour leur qualité de vie ?

Philippe Pitaud : L'influence des déterminants socio-économiques sur la qualité de vie des personnes âgées est largement dominante, comme d'ailleurs pour toute autre classe d'âge. Les travaux de mon collègue G. Desplanques (1) sur l'inégalité devant la mort en fonction de la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance ont fait largement école. En effet, les conditions de travail subies (voir le cas des ouvriers de l'amiante jusqu'à la fin des années 1990 en particulier), les conditions économiques vécues déterminent très souvent l'espace social et environnemental ; elles structurent très fortement la relation à la qualité de vie. Elles entraînent souvent – au moment de la vieillesse mais surtout du grand âge (85 ans et plus) – de fortes disparités, ne serait-ce qu'en termes d'espérance de vie et donc d'appartenance aux survivants de chaque cohorte : l'on peut se référer ici en particulier à la non-qualité de vie des vieux migrants que le récent film *Indigènes* – et la cohorte de bons sentiments qui ont accompagné sa sortie – a mis en exergue mais pas améliorée dans l'immédiat.

S. H. : La qualité de vie des personnes âgées est-elle suffisamment prise en compte par les différents professionnels du secteur médical, paramédical ou social qui interviennent auprès de cette population ?

D'une manière générale, cette notion de qualité de vie n'est pas suffisamment prise en compte chez les personnes âgées, tout comme c'est le cas pour les travailleurs exposés à des conditions de travail pénibles ou dangereuses. On connaît tous les difficultés rencontrées,

chaque jour, sur le terrain par les médecins du travail. Pour en revenir aux personnes âgées, les professionnels de santé, les paramédicaux (aides-soignants, aides-ménagères, kinésithérapeutes, infirmières, etc.) « soignent » celles et ceux dont les pathologies résultent des altérations liées à l'avancée en âge. Ils ne cherchent pas à guérir les personnes âgées de la vieillesse mais à restaurer, quand cela est possible, un minimum d'autonomie. Si l'on considère que, la santé, c'est aussi la qualité de vie, on peut dire qu'ils œuvrent à l'amélioration de cette dernière. Quant aux professionnels du secteur social, ils sont généralement confrontés à des personnes âgées en difficultés économique, sociale, relationnelle, souffrant d'isolement et de solitude. Tous leurs efforts visent à aider ces personnes en souffrance, à améliorer autant que faire se peut leur qualité de vie, en tout cas tenter d'atténuer – quand c'est possible – certaines inégalités. Alors oui, la qualité de vie est non seulement prise en compte mais elle est sous-jacente au travail de tous les intervenants, qu'il faut saluer, car ce sont eux qui – outre les proches – peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des personnes âgées.

S. H. : Quelles actions de prévention et de promotion de la santé vous semblent prioritaires pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées ?

Votre question est tout un programme politique au sens réel du terme ! Je veux simplement souligner que l'immense majorité des personnes âgées ne vit pas en institution ; pourtant l'image dominante – largement véhiculée par les médias mais également par les politiques ou les médecins – est celle de personnes âgées grabataires et déshydratées abandonnées dans des institutions où on les maltraite.

La qualité de vie c'est d'abord l'image que la société vous renvoie de vous-même, une image qui va contribuer à votre structuration identitaire et faire que vous vous sentirez partie prenante de la société dans laquelle vous vivez. Quelles actions sont à entreprendre dans ce contexte ? Celles menées, par exemple, par l'équipe de l'Institut de gérontologie sociale et qui peuvent se résumer ainsi : écouter l'autre dans sa souffrance et lui redonner confiance en cherchant à le réinsérer dans le lien social. Prévenir les effets du mauvais vieillissement et travailler à ce que le Pr Marius Audier – grand précurseur en la matière – a appelé, il y a plus de trente ans, le « bien-vieillir » (2), dénomination largement reprise aujourd'hui. Il nous faut donc développer cette démarche d'éduquer au « bien-vieillir » par la diffusion de messages d'information mais également éducatifs car on apprend à tous les âges. De plus, c'est valorisant pour les personnes qui se sentent destinataires car, ainsi, on « compte » pour les autres.

Propos recueillis par **Stéphanie Pin.**

* Auteur notamment de : Solitude et isolement des personnes âgées. L'environnement solidaire. *Ramouville : Érès, coll. Pratiques du champ social-gérontologie, 2001 : 272 p.* ; Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants. *Ramouville : Érès, coll. Pratiques du champ social-gérontologie, 2006 : 320 p.*

► Références bibliographiques

- (1) Desplanques G. *L'inégalité sociale devant la mort*. Paris : Insee, Économie et statistique 1984 ; n° 162 : 29-50.
(2) Audier M. *Savoir vieillir en restant jeune*. Marseille : Autres Temps, coll. Temps forts, 1994 : 163 p.



CE LIEU EST DÉSORMAIS NON-FUMEUR.



Faites-vous aider
pour arrêter de fumer,
appelez le 0825 309 310 (0,15€/min)
ou www.tabac-info-service.fr