Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé, de la Jeunesse,
des Sports et de la Vie Associative

RETROUVER SA LIBERTÉ DE MOUVEMENT

PNAPS
Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive

Jean-François Toussaint

PNAPS
Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive

Rapport Préparatoire
de la Commission Prévention, Sport et Santé
présidée par le Pr Jean-François Toussaint
et réunie d'avril à octobre 2008

Nos modes de vie évoluent, la sédentarité progresse, jamais nous n'avons autant compté nos efforts physiques. Si nous n'érigeons pas le sport et l'activité physique au rang de nos habitudes, nous encourons dans les prochaines décennies un risque accru.

Nicolas Sarkozy, Président de la République. 18 septembre 2008

La rareté énergétique et la survie de la planète sont au cœur de toutes les crises actuelles. Nous vivons un changement d'époque, à nous de l'accompagner et de l'expliquer plutôt que de le subir.

Jean-Louis Borloo, Ministre d'État. 18 septembre 2008

et puis lutter, toujours
Jacques Brel

SOMMAIRE

Lettre de Mission 8

Introduction 10

Synthèse 15

Recommandations principales 20

Résumé anglais 22

Remerciements 26

Abréviations 27

Promotion des APS chez l'enfant et l'adolescent 31
I. Synthèse 32
1. Objectif
2. Propositions 32
II. Contexte 34
1. Redonner le goût de bouger 34
2. Offre et lieux de pratique 36
3. Obstacles et facteurs favorisant la pratique 38
4. Promouvoir les APS chez tous les jeunes 39
III. Propositions 41

Université : Promotion des Activités physiques ou sportives en lien avec la santé 49
I. Synthèse 50
1. Objectif 50
2. Programme Univer'santé 50
3. Propositions principales 50
II. Contexte 51
1. Les services en charge des APS et de la santé à l'université 52
1.1 Le SUAPS 52
1.2 Le SIUMPPS 52
2. Les étudiants 53
2.1 Les syndicats étudiants 53
2.2 Les associations étudiantes 53
2.3 La CEVPU 53
3. Les partenaires de l'université 53
3.1 Le CNOUS 53
3.2 Les mutuelles étudiantes 53
III. Détail des propositions 54
IV. Relation avec le rapport Auneau - Diagana 58

L'Entreprise vecteur de développement de la santé par l'APS 59
I. Synthèse 60
II. Contexte et propositions 61
1. Enjeux 61
1.1. L'intérêt de la démarche sport santé en entreprise 61
1.2. Eléments de santé au travail 62 2.
Etat des lieux de l'existant en France et dans le monde 64
2.1. APS et représentations du mieux être au travail 64
2.2. Démarches pionnières actuellement en France 64
2.3. Références à l'étranger 65
3. Identification et rôle des différents acteurs 67
3.1. Acteurs internes 67
3.2. Acteurs externes 68 4.
Propositions pour le développement des APS en milieu du travail 70
4.1. Introduction : objectifs et stratégie d'action 70
4.2. Motiver les acteurs internes 70
4.3. Activer les acteurs externes 73
4.4. Utiliser l'entreprise dans sa composante environnementale 75
4.5. Lever les freins, considérer la contrainte « temps » 77
4.6. Dynamiques en cours 78
4.7. S'adapter aux métiers et à la taille de l'entreprise 81
4.8. Communiquer 81
5. Conclusion 84
Références 86
Annexe 1 : Exemple d'exercices adaptés au cadre de l'entreprise 87
Annexe 2 : INPES et APS 93

Les Seniors et l'activité physique ou sportive 95
1. Synthèse 96
II. Contexte 97
III. Propositions détaillées 100
1. Les publics seniors 100
2. Principe général 101
3. Formation 106
4. Conclusion 110
Annexes 111

APS en Prévention tertiaire 123
I. Synthèse 124
1. Objectif 124
2. Constat 124
3. Recommandations 125
4. Liste des propositions 126
II. Contexte 129
1. Maladie chronique, maladie rare et handicap 129
2. Intérêt de la pratique d'une APS en prévention tertiaire 130
3. Programmes nationaux et internationaux en cours 131
4. L'expérience canadienne 133
III. Présentation d'ensemble 135

IV. Propositions concernant les patients 138
V. Propositions concernant les professionnels 145
VI. Propositions concernant la dimension réseau 153
VII. Récapitulation des propositions selon les publics concernés 164
1. Correspondance avec le plan « maladies chroniques » 164
2. Perspectives au-delà du plan « maladies rares » 166
3. Propositions en faveur des personnes en situation de handicap 166
VIII. Financement des propositions et gains escomptés 167
IX. Indicateurs de suivi 169
X. Auditions 170
Annexes 186
1. Crédits d'impôts au Canada 186
2. Coût de l'inactivité physique au Canada 187
3. Schéma général de prescription des APS en prévention tertiaire 188
4. Missions et activités de l'éducateur médico-sportif actiphysicien 189
5. Objectifs et missions des réseaux transversaux sport-santé 191
6. Exemples de réseaux de santé transversaux sport-santé 192

Environnement 197
I. Synthèse 198
II. Principales Propositions 199
III. Contexte 201
1. Programmes nationaux et internationaux 202
2. Promotion de l'APS en Europe (réseau HEPA Europe) 203
IV. Propositions 204
1. Aménagement de l'environnement urbain 204
2. Aménagement de l'environnement rural 209
3. Promotion de l'activité physique et des mobilités douces 211
4. Compétences 215
5. Législation 217
V. Partenariats 220
VI. Évaluation 224
VII. Bibliographie 225
VIII. Annexes 226

APS et Formation 227
I. Introduction 228
II. Prescription d'activité physique ou sportive 229
1. Études médicales 229
1.1. Constat 229
1.2. Propositions 230
1.2.1. Premier et deuxième cycles 230
1.2.2. Formation médicale continue 231
2. Acte de prescription médicale 232
2.1. Prévention primaire 233
2.2. Prévention tertiaire 234

III. Formation et intervention en APS 234
1. La mise en œuvre de la prescription d'APS 234
1.1. Les réseaux d'activité physique 234

1.2. Les opérateurs permanents 235
Actiphysicien / éducateur médico-sportif 236
1.3. Les opérateurs auxiliaires ou en devenir 237
1.4. Les formations 237
IV. Le certificat médical 239
1. Certificat médical de non contre-indication (CMNCI) 239
2. Auto-questionnaire et certificat d'aptitude 240
3. Centres régionaux de médecine du sport 241
4. L'accueil de tous les élèves en cours d'EPS 241
V. Activité physique en milieu pénitentiaire 242
1. Constat 242
2. Propositions 243
Annexe : Questionnaire d'aptitude à l'activité physique (QAAP) 244

Stratégies de communication 247
I. Synthèse 248
1. Contexte et enjeux 248
2. État de connaissance des messages sport / santé 248
II. Propositions 250
1. Etat des lieux 250
1.1. État des lieux en France 250
1.2. Recommandations internationales 251
1.3. Expériences étrangères et françaises 251 1.4. Les enjeux 253
2. Les recommandations 254
2.1. Méthodologie 254
2.2. Objectif du plan 256
2.3. Positionnement 256
2.4. Choix des cibles 259
2.5. Communication 265
2.5.1. Contenu du message 265
2.5.2. Analyse du prix à payer : les freins 266
2.5.3. Communication auprès de la population 269
2.5.4. Accessibilité du message 270
3. Conclusion 274
Références 275
Annexes 276

Groupes de Travail et Auditions 279
Membres de la Commission 280
Personnalités auditionnées 285

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

La Ministre

Le Secrétaire d'Etat

Cab/GD/MP n°D08-1402

Paris, le 14 AVR. 2008

Monsieur le Professeur,

Lors de la mise en place du gouvernement en mai 2007, le président de la République a souhaité réunir les mondes du sport et de la santé en créant un ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Nous nous devons aujourd'hui de répondre aux attentes des Français en donnant un contenu à ce rapprochement.

Les effets bénéfiques des activités physiques et sportives sont nombreux sur la santé. L'activité physique régulière est un déterminant important de l'état de santé des individus à tous les âges de la vie. Moyennant le respect de certaines précautions élémentaires, d'un suivi médical adapté éventuel et d'un encadrement compétent, sa pratique, même d'intensité modérée, augmente l'espérance et la qualité de vie en prévenant de nombreuses pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, métaboliques et respiratoires, pathologies rhumatismales, neurologiques et dégénératives, diabète, etc). Elle permet de contrôler le poids corporel chez l'enfant comme chez l'adulte. Des études suggèrent qu'elle améliore également la santé mentale en prévenant deux composantes très fréquentes, l'anxiété et la dépression. Elle aide à prévenir l'ostéoporose, en particulier chez les femmes, et ralentit les processus de vieillissement en reculant, notamment, les seuils de dépendance fonctionnelle.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de la santé publique a jeté les bases du développement de stratégies de prévention dans notre pays. Les états généraux de la prévention de 2006 ont d'ailleurs renforcé cette démarche. Le rapport « *Nouvelles Stratégies de Prévention* » proposait ainsi de « *promouvoir l'activité physique, en intégrant plus fortement les professionnels du monde éducatif et sportif dans les démarches préventives* » afin de renforcer les attitudes préventives chez nos concitoyens.

Le nouveau périmètre du ministère nous offre les conditions pour renforcer la politique nationale en matière d'activités physiques, de sport et de santé. Nous avons donc décidé de mettre en place un **programme national de prévention par les activités physiques et sportives**.

Afin de pouvoir mettre en œuvre ce programme dès l'automne 2008, nous vous confions la mission de proposer une stratégie nationale déclinée en actions concrètes.

Pour ce faire, vous constituerez une commission « Sport et Santé » chargée de la définition de cette stratégie. Cette instance, que vous présiderez, pourra auditionner les experts français et étrangers et toutes les parties prenantes que vous estimerez pertinentes. Vous pourrez vous appuyer sur les organismes compétents tels que l'INPES, l'InVS, la HAS, le CNRS et l'INSERM.

Professeur Jean-François TOUSSAINT
Pôle Imagerie Fonctionnelle
Hôtel Dieu
1 Parvis Notre Dame
75181 Paris Cedex 04

Votre méthode de travail devra permettre de répondre aux problématiques suivantes :

- quel est le consensus scientifique sur les bénéfices de la pratique d'activités physiques et sportives en matière de prévention primaire ?
- quels seraient les risques associés à une augmentation de pratique (en termes de traumatologie, mort subite, conduites addictives…) ?
- quel est le niveau précis d'information de la population dans ce domaine ?
- Quelle est la pertinence de l'actuel certificat médical de non contre-indication à la pratique d'un sport ? Doit-on en améliorer l'efficience ?
- quelles sont les raisons de la non-pratique d'activités physiques et sportives ?
- comment adapter les mesures et l'offre d'activités physiques et sportives aux différentes populations (selon l'âge, le sexe, l'état de santé, la catégorie socioprofessionnelle) ? Un accent particulier sera mis sur le public féminin et sur le public des jeunes
- comment s'inscrire dans une dynamique de messages et actions positifs permettant une adhésion volontaire au programme ? Le discours ne devra en aucun cas se fonder sur des arguments hygiénistes, moralisateurs ou coercitifs.

En termes de moyens, nous vous demandons d'apporter une attention toute particulière :

- aux acteurs présents et futurs, et à leur intégration au dispositif ;
- aux recommandations qui ont pu être formulées antérieurement par les organismes scientifiques, les sociétés savantes et les groupes d'experts ;
- aux programmes et mesures existants, en France et à l'étranger, dans ce domaine, à leur efficacité et à leur coût ;
- aux gains escomptés en matière de dépenses de santé publique : chacune de vos propositions devra ainsi être assortie de ses coûts et rendements prévisionnels.

Les conclusions de la commission prendront la forme d'un rapport final comprenant le diagnostic et les orientations permettant de concrétiser le lien entre sport et santé. Elles comporteront des recommandations d'améliorations concrètes à apporter dans les différents domaines : technique, institutionnel, scientifique, réglementaire, des formations, des équipements, des pratiques, etc. Afin de respecter l'échéancier, ce rapport devra être remis au mois de septembre 2008.

La direction générale de la santé fournira le secrétariat du groupe d'experts. Vous bénéficierez de l'appui des autres directions du ministère, agences ou établissements concernés, en particulier celui de la direction des sports. Vous pourrez également contacter les services des autres ministères dont l'action en la matière est significative : la direction de l'enseignement scolaire, la direction générale de la recherche et de l'innovation notamment.

Nous vous prions d'agréer, monsieur le professeur, l'expression de nos salutations distinguées.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

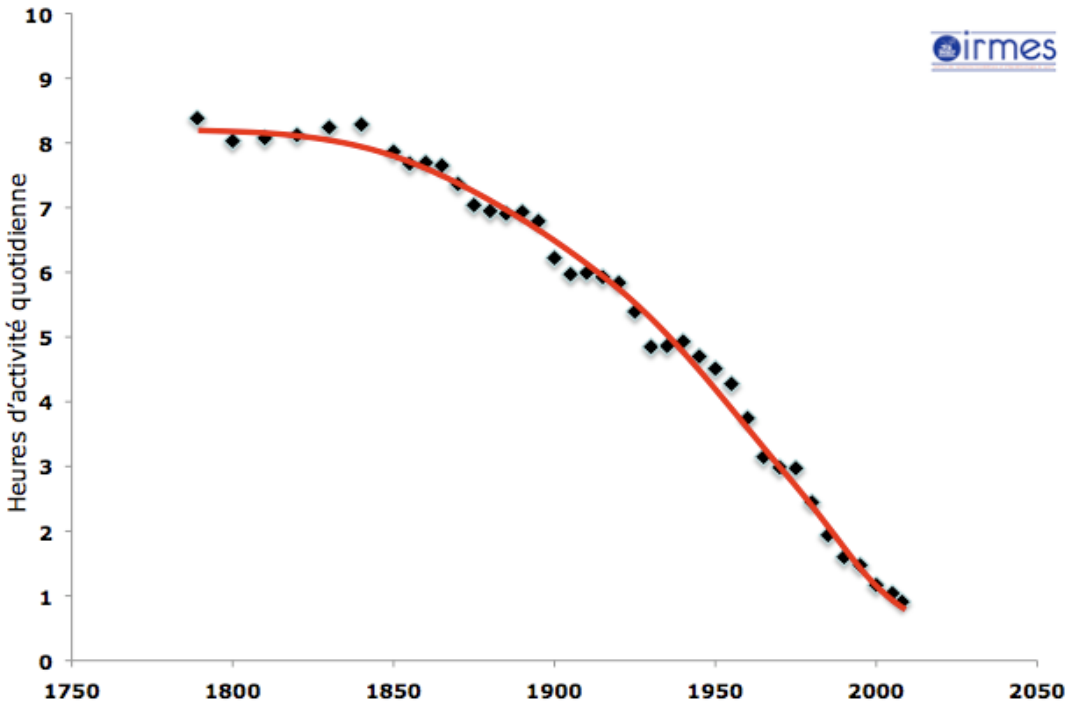
Bernard LAPORTE

INTRODUCTION

La sédentarité croissante constatée dans nos sociétés développées n'existe sous sa forme épidémique que depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle. Facteur de risque de nombreuses maladies chroniques (cardiovasculaires, métaboliques, cancéreuses, psychiques…), elle concerne les deux tiers d'entre nous et s'étend plus drastiquement encore dans la génération de nos enfants. Ce processus de sédentarisation suit deux courbes de croissance successives : celle du développement des transports motorisés, limitant la dépense énergétique individuelle, et celle de la communication : télévisuelle dans un premier temps, informatique désormais qui nous absorbent dans un quotidien toujours plus savant mais de moins en moins actif.

Activité et motorisation

Dans l'espèce humaine, le gradient de dépense énergétique va désormais de l'absence quasi complète de mouvements, avec une mobilité urbaine totalement passive, entraînant le déconditionnement des principales fonctions de l'organisme, jusqu'à l'exercice intensif soutenu 6 à 10 heures par jour tel que le pratiquent les athlètes de haut niveau. La première situation de sédentarité absolue se rencontre dans les nations développées où elle accompagne l'essor de l'obésité. Elle gagne progressivement l'ensemble des pays en fonction de leur croissance économique et de l'incorporation du moteur, automobile surtout, dans leur schéma de développement. En France la courbe d'activité physique accélère son déclin au XX^{ème} siècle, suivant en cela la transition démographique qui voit passer en deux siècles le pourcentage d'emplois directement liés à l'agriculture de 65 à 4% tandis que celui du secteur tertiaire passe de 14 à 72%.



Évolution séculaire de l'activité physique quotidienne des Français

Le rôle de substitut énergétique du moteur, développé sous toutes ses formes et miniaturisé pour les applications quotidiennes les plus diverses, devient en effet prioritaire dans tous les choix économiques et politiques des années de croissance du XX^{ème} siècle. Le progrès nous porte-t-il vers des solutions de facilité ? De fait, il s'est le plus souvent traduit par les solutions du « plus vite », ce *citius* qui forge l'idéal olympique et se voile d'une part de l'espérance humaine. Le principe universel de la performance repose ainsi sur une optimisation du rendement : pour un investissement énergétique minimisé, le bénéfice le plus important et le plus rapide possible soutient notre recherche perpétuelle d'efficience.

Ce que nous n'avons pu transformer de nos métabolismes cellulaires (qui restent dépendant de la production mitochondriale d'adénosine tri-phosphate), nous avons su l'obtenir à l'échelle de l'espèce par la « maîtrise » de la combustion du bois et du charbon des machines à vapeur des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles puis du pétrole de nos moteurs, chaudières et autres turbines qui convertissent en 2008 près de 90% de l'énergie consommée dans le monde.

Cette utilisation massive de substituts énergétiques nous a considérablement aidés dans notre développement économique en nous permettant de transformer transitoirement de nombreux produits, éléments ou composants, comptabilisés comme *création* de richesses. Elle a aussi soutenu notre volonté d'adapter l'environnement à nos besoins alimentaires par l'augmentation des rendements agricoles, et nos besoins de chaleur ou de protection par l'élévation de murs, de tours et d'abris divers.

Elle est aussi à l'origine de quelques déséquilibres dans un jeu à somme nulle qui régit au quotidien les relations entre espèces et, probablement, les grands équilibres thermiques de la biosphère ; la réinjection massive dans l'atmosphère de molécules carbonées provenant d'organismes vieux de 100 à 300 millions d'années saturant totalement les capacités d'absorption et de recyclage actuelles de notre biotope.

Incapacité physique

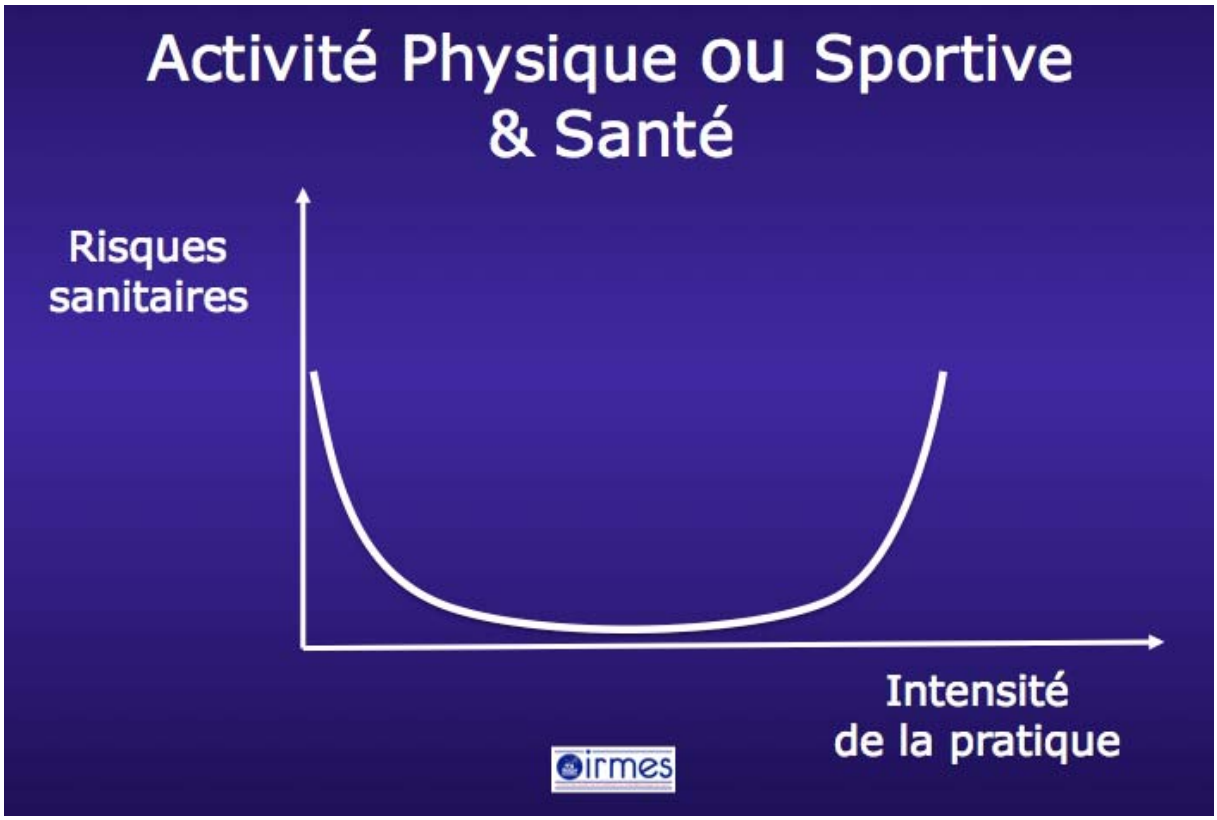
Cette transformation est enfin couronnée d'un succès bien regrettable, par l'incapacité physique qui frappe 10 à 60% de la population selon les pays ou les groupes sociaux (et jusqu'à 90% de certaines ethnies déconnectées de leur mode sélectif, tels que les Cris du grand nord Canadien ou les Pimas du Colorado) et qu'illustre l'épidémie mondiale d'obésité.

Notre soif de connaissance et la recherche permanente d'informations ne sont pas non plus sans effet sur la sédentarisation. Le temps que nous passons face à leurs principaux vecteurs, télévision et réseaux internet, n'est plus utilisé à l'ensemble des tâches physiques qui ont façonné et sélectionné notre humanité (et même si les conséquences de ces médias, respectivement passif ou interactif, sur l'obésité peuvent être nuancées). La sédentarisation devient mesurable et montre son impact sur la diminution de la forme physique, en particulier chez les adolescents[1].

[1] Simon C. *J Ped Puer.* 2005 (18) : 217

De fait, le rapport entre santé et activités physiques ou sportives est complexe. Il dépend de l'état sanitaire initial, de facteurs génétiques, de facteurs environnementaux, du volume ou de la fréquence de l'activité et de la période durant laquelle elle est pratiquée. Mais il dépend finalement peu du genre ou de l'âge : hommes ou femmes, jeunes ou vieux, les bénéfices d'une activité régulière ou d'une reprise d'activité s'appliquent à tous.

La relation qui relie le risque sanitaire et l'intensité de l'activité physique ou sportive trace en effet une courbe en U avec deux risques majeurs à chaque extrémité. D'un côté celui d'une activité aux frontières de la physiologie avec ses risques traumatiques ou cardiaques, illustrés par les accidents récents de Sandra Laoura et de Marc-Vivien Foé, victimes de notre quête de dépassement qui s'achève[2], et de l'autre celui de l'inactivité totale et son cortège de maladies métaboliques, cancéreuses ou vasculaires. Entre ces deux risques, trop ou trop peu, la courbe passe par un minimum, qui définit l'objectif de notre commission : un bénéfice optimal pour une intensité de pratique équilibrée.



Relation entre activité physique ou sportive et risque sanitaire

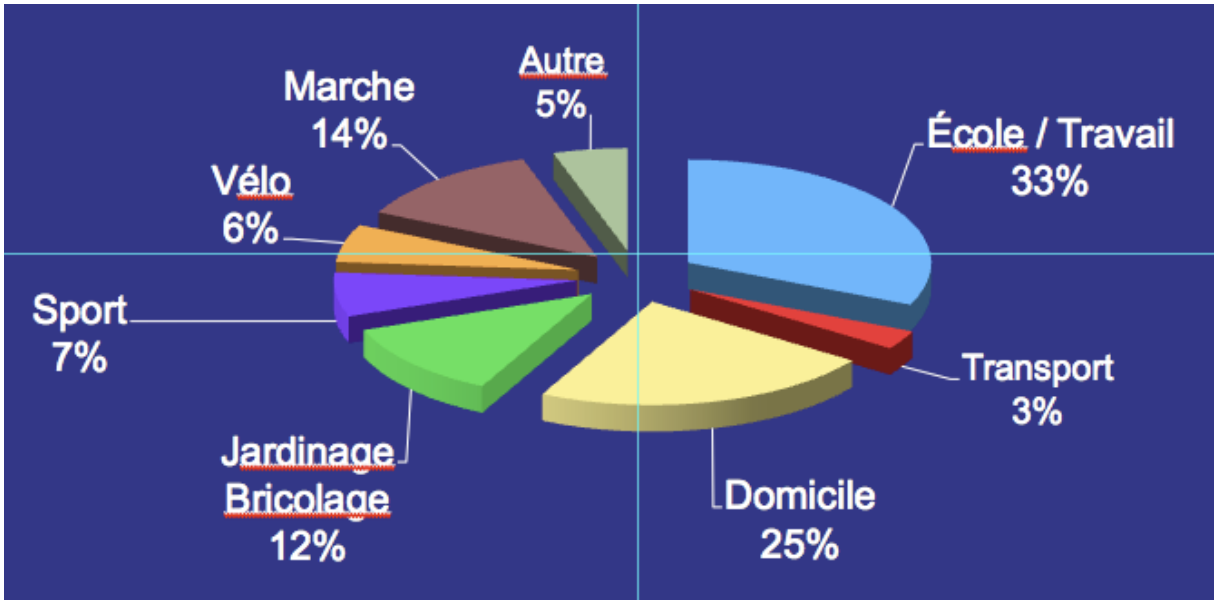
Limites de l'offre sportive

Dans le même temps que la sédentarisation progresse, l'offre sportive se développe et se diversifie considérablement. Au delà de ses premiers cadres militaire ou hygiéniste, elle va proposer une exploration de plus en plus large de toutes les dimensions humaines : exercice individuel ou stratégie collective,

[2] Berthelot G. PLoS ONE. 2008 (3) : e1552

effort explosif (moins d'une seconde pour le lancer du poids) ou très prolongé (ultramarathons de plusieurs jours ; circumnavigations de plusieurs semaines consécutives). Elle va également investir tous les champs environnementaux : eau, vent, sable, neige, glace, air définissent le cadre et les contraintes de sports qui sortent du stade et de ses conditions calibrées pour emprunter les chemins boueux des vélos tous terrains, traverser la Manche à la nage, gravir les parois du K2 ou s'inspirer des ascendances de la Coupe Icare ; les régates autour du monde finissant par réduire le globe à un étroit champ de compétition.

Pourtant, au fur et à mesure que s'étend sa spéciation, et que s'accroît le nombre de fédérations et de licenciés, le sport répond de moins en moins aux besoins de mobilité des citoyens : dans les pays européens, il ne compte plus aujourd'hui que pour 7% de nos activités quotidiennes, sources de dépense énergétique.



Répartition des sources quotidiennes de dépense énergétique en Europe (d'après Eddy Engelsman, Ambassadeur Activité Physique, Nutrition et Santé au Ministère de la santé, des affaires sociales et des sports, Pays-Bas)

Vers une liberté de mouvement retrouvée

La commission s'est donc inspirée de la très importante expertise collective commandée en 2006 à l'Inserm par Jean-François Lamour, alors ministre des sports de la jeunesse et de la vie associative, et rendue publique en mars 2008[3]. Avec le repère de 30 minutes d'activité physique ou sportive quotidienne, et d'une heure pour les enfants, celle-ci met en évidence :

- le grand bénéfice sanitaire à maintenir une activité physique régulière ;
- l'importance de combiner activité physique quotidienne et pratique sportive ;

[3] Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Expertise collective. Editions Inserm, Paris 2008, 812 pages. ist.inserm.fr/basisrapports/activite-physique/activite-physique_synthese.pdf

- la réduction d'incidence des grandes pathologies dégénératives pour toute augmentation de l'activité physique au sein d'une population,
- l'impact positif sur le bien-être, le stress et la dépression.

Elle a également intégré ses propositions dans le cadre national (Plan National Nutrition Santé, Plan Maladies Chroniques, Plan Maladie Rares, Bien Vieillir, Santé des Jeunes, Sport à l'Université) et international (Union Européenne, Livre blanc sur le sport 2007, Organisation Mondiale de la Santé) en adaptant également ces perspectives aux circonstances françaises.

Sur ce socle, montrant l'étendue des bénéfices sanitaires à attendre, jusque dans la qualité des interactions materno-fœtales[4], et l'impact des premières actions initiées, la commission propose de favoriser toutes les situations où la pratique d'activités physiques ou sportives améliore la qualité de vie. Elle propose donc un cadre systémique général décliné pour chaque âge et pour un certain nombre de milieux de vie. Avec des considérations spécifiques pour les enfants, les adolescents et les femmes, elle est particulièrement attentive aux conditions de pratique des seniors, des patients porteurs de maladies chroniques ou de maladies rares et des personnes en situation de handicap.

Pour lutter contre notre trop grande sédentarité et ses conséquences, nous proposons de revenir à la source et d'encourager chacun à reprendre progressivement sa liberté de mouvement : retrouver l'étonnement d'une marche en forêt ou simplement le matin pour accompagner ses enfants à l'école. Retrouver le plaisir d'un effort commun dans une sortie à vélo en famille au bord du Rhône, partager la satisfaction d'un objectif atteint par tout un groupe de proches, d'étudiants ou de collègues engagés dans l'effort d'une course au profit d'une association de patients. Retrouver la joie du jouer ensemble, dans une partie de balle et toile, adapté aux limitations physiques des pensionnaires d'une maison de retraite active, plutôt que se laisser détruire à bas bruit devant l'unique poste de télévision de la salle commune.

Et réinsuffler un dynamisme dans une période qui bouleverse nos références mais qui nécessitera de chacun qu'il conçoive le juste enjeu de l'effort à livrer.

10 novembre 2008

Jean-François TOUSSAINT
Directeur IRMES - CIMS
Université Paris Descartes
Haut Conseil de Santé Publique

[4] G. Bjorn. As obesity epidemic grows, research shows fitness benefits fetal development. *Nature Medicine* 2008; 14 (7 Nov): 1167

SYNTHÈSE

La commission a porté son analyse sur l'ensemble du contexte scientifique étudié notamment dans l'importante expertise collective de l'Inserm, publiée en mars 2008.

Elle a organisé son travail d'avril à octobre 2008 autour de 10 réunions plénières et de cent vingt cinq réunions de travail et d'auditions spécifiques.

Les principaux thèmes retenus portent sur les âges et les milieux de vie : milieux scolaires et périscolaires, universitaires, au sens large, et professionnels, seniors, personnes souffrant de maladie chronique, de maladie rare ou de handicap, environnement rural et urbain.

Elle a consacré une part importante aux formations nécessaires à la mise en place de ce plan ainsi qu'à la communication destinée à le soutenir. Elle a enfin porté une attention particulière aux considérations environnementales dans le cadre des réflexions initiées par le Grenelle de l'Environnement, le Plan National Santé Environnement et son volet Santé Transport.

Les sujets transversaux, dès l'origine de notre démarche, ont été le plaisir, l'adaptation et l'accessibilité, le décloisonnement, le temps et, bien entendu, l'énergie. Plaisir du mouvement, enjeu social de l'effort partagé ; adaptation des activités et des modalités pour tous les publics ; accessibilité des sites et des infrastructures, décloisonnement nécessaire entre l'ensemble des acteurs et des professions; cycles et équilibre énergétique, ces six objectifs laissent envisager de très nombreuses opportunités de remobilisation permettant d'améliorer notre qualité de notre vie.

L'expertise collective de l'Inserm démontre que l'activité physique ou sportive est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie.

Déterminée par des facteurs individuels, sociaux et environnementaux, et même d'intensité modérée, la pratique régulière diminue la mortalité, augmente la qualité de vie et prévient les principales pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, ostéoporose et maladies ostéoarticulaires). Elle aide au contrôle du poids corporel, est associée à une amélioration de la santé mentale (en réduisant l'anxiété et la dépression), permet une croissance harmonieuse de l'enfant et de l'adolescent et le maintien de l'autonomie des personnes âgées.

L'activité physique régulière est aussi un élément majeur du traitement des principales pathologies chroniques (cardiopathies ischémiques, bronchopathies chroniques obstructives, obésité et diabète de type 2) et participe à la prise en charge thérapeutique d'autres maladies (ostéoarticulaires ou neurologiques dégénératives).

Cherchant à favoriser la pratique des activités physiques ou sportives en toutes circonstances, la commission recommande, de façon générale, de :

- tirer parti de l'environnement direct en développant les moyens de transport « actifs » facilités par des plans de déplacement spécifiques depuis le domicile vers l'ensemble des lieux de vie : l'école, l'université ou l'entreprise, et intégrés dans les plans de déplacements urbains ;

- créer les liens et faciliter l'accompagnement auprès des structures de proximité proposant des activités physiques ou sportives « sport-santé » ;

- mettre en place des campagnes de communication, locales et nationales, à destination des publics cibles sur les bonnes pratiques, recourant à une définition large de l'activité physique. Les enjeux de ces campagnes sont de changer la représentation sociale et les comportements vis-à-vis de l'APS, d'agir sur les déterminants environnementaux et socio-économiques et de nouer des partenariats avec l'ensemble des secteurs concernés ;

- élaborer des guides de bonnes pratiques pour l'évaluation et la prescription des APS adaptées aux enfants, aux seniors, aux personnes présentant des maladies rares, des maladies chroniques ou en situation de handicap ;

- développer des protocoles de recherche visant à établir la pertinence des critères de mobilité sur l'état de santé et la qualité de vie des publics concernés (scolaires, étudiants, salariés, seniors, patients…) et mettre en place des tests d'évaluation de la condition physique adaptés à chaque public ;

- créer un observatoire de la pratique des APS, mission qui peut être confiée aux organismes en charge de ces évaluations, tels que les Observatoires Régionaux de Santé en lien avec les ARS qui accompagneront la mise en œuvre de ces mesures.

Elle propose de mettre en place des incitations financières facilitant l'accès du plus grand nombre par le biais de déductions fiscales pour favoriser les déplacements professionnels par une mobilité « active », de développer un dispositif de « chèques actifs », tickets ou coupons sport-santé et de créer des partenariats avec les assurances maladies obligatoires et complémentaires ainsi qu'avec les caisses de retraite et de faire reposer l'ensemble du dispositif sur une gouvernance forte du secteur de la santé.

De façon spécifique, pour les enfants et les adolescents, la commission recommande la pratique à l'école et en dehors de l'école, dans la vie quotidienne et pendant les loisirs, en associant des activités variées afin qu'elles s'intègrent à leurs habitudes de vie. Pour ce faire elle recommande de modifier les représentations en s'appuyant sur des campagnes nationales et locales ciblant spécifiquement les jeunes et leurs parents, de sensibiliser les personnels aux bénéfices santé de l'APS afin que chaque enfant réalise effectivement les temps prévus dans les programmes scolaires.

Elle propose de faire des établissements scolaires un point d'ancrage privilégié des actions facilitant la pratique hors temps scolaire, s'appuyant sur une synergie entre éducation nationale, associations, clubs sportifs, accueils collectifs de mineurs et collectivités territoriales. Elle recommande aussi d'encourager la diversification de l'offre par les associations et les clubs en développant une activité non compétitive ainsi qu'une pratique familiale.

Après l'école et le lycée, la commission propose d'aménager la transition professionnelle pour accroître les connaissances en santé des étudiants et leur donner les moyens de les appliquer par une pratique physique appropriée et la mise en place d'un nouveau programme: UNIVER'SANTE, porte d'entrée et référence de toute recherche d'information associant les deux acteurs principaux : services universitaires des APS et services de médecine préventive. Elle recommande de créer des Unités d'Enseignement APS Santé et de lancer des Etats Généraux de l'activité physique ou sportive pour la santé à l'université.

Pour l'entreprise, la commission propose de répondre à la demande d'équilibre au travail par une pratique qui a fait la preuve scientifique de son efficacité sur les indicateurs d'une santé améliorée des salariés. Ce cadre est légitime et pertinent et s'inscrit aussi dans la volonté de l'entreprise de veiller à la bonne santé de ses employés. L'ensemble des acteurs internes (direction générale, salariés, médecins du travail, management, partenaires sociaux, direction des ressources humaines, services de communication) et externes (collectivités territoriales, CRAM, monde sportif, secteur privé et institutions) doit être sensibilisé en s'adaptant au type de métier et à la taille de l'entreprise.

La commission recommande d'intégrer l'activité physique au titre de la prévention en créant un cadre d'interventions, en référençant les liens et les apports des acteurs externes à l'entreprise, en sensibilisant et en formant les médecins du travail à la prescription et au suivi des APS dans le cadre d'une démarche santé et en intégrant l'APS dans le document unique formalisant ces mesures de prévention. Elle propose une série de mesures simples à mettre en œuvre et adaptées à la plus grande partie des situations locales.

Pour les seniors, le but est d'encourager la pratique en toute sécurité pour contribuer à améliorer l'endurance, la force et la souplesse, l'équilibre et la qualité de vie. Elle propose des sessions de prévention avant la retraite, associées à une éducation à la santé. Elle recommande de promouvoir les APS adaptées au sein des maisons de retraite et autres résidences d'hébergement en les intégrant dans le projet d'établissement, et de former les aidants et les professionnels de la santé et des APS aux conditions spécifiques de pratique des seniors.

Pour les patients atteints de maladie chronique, de maladie rare ou en situation de handicap, l'objectif est de favoriser la prise en charge et d'orienter l'accompagnement vers une activité physique adaptée (APA). Le médecin traitant pourra identifier ainsi les programmes d'éducation thérapeutique, les services de réadaptation et les offres « sport-santé » de proximité afin d'améliorer l'accès de ses patients aux programmes locaux encadrés.

La commission propose de développer les capacités d'accueil et d'encadrement par la formation de nouveaux professionnels de promotion de la

santé par l'APA, spécialistes d'activité physique ou sportive dans le cadre sanitaire : éducateurs médico-sportifs, ingénieurs ou concepteurs actiphysiciens dont les premiers sont actuellement déjà reconnus par les patients et par les médecins pour la pertinence et l'efficacité de leurs activités. Elle recommande de définir un statut intégré pour ces professionnels et de soutenir activement la création de ces emplois par la mise en place de 500 emplois aidés.

Elle propose de développer des cycles d'éducation par l'APA, intégrés dans les programmes d'éducation thérapeutique, et des projets « sport-santé » dans tous les établissements, au sein de projets transversaux et de réseaux régionaux pilotés par les ARS et les DRJSCS.

La commission recommande de créer une formation dans le cursus initial des études médicales avec inscription d'items dans l'examen classant national, des modules spécifiques au sein des enseignements de spécialités et dans la formation médicale continue. Elle propose que les actes de prescription soient codifiés et rémunérés dans le cadre conventionnel, que ce soit en prévention primaire ou tertiaire.

Dans le cadre des nouvelles formations débouchant sur le métier d'éducateur médico-sportif ou actiphysicien la commission recommande une forte interdisciplinarité entre les différentes branches : médecine, sciences et techniques des APS, kinésithérapie, ergonomie, ostéopathie, psychomotricité, au sein du dispositif LMD. La commission recommande également d'adapter le certificat médical pour la pratique des APS vers une auto-évaluation complétée d'un recours au système de soins si nécessaire et d'un certificat d'aptitude dans le cadre de sports ou de situations à risque pour le pratiquant ou son entourage.

Afin d'intégrer ces actions dans le cadre environnemental, la commission recommande de prendre en compte la santé dans les politiques publiques d'aménagement du territoire et d'urbanisme en favorisant la mobilité à force humaine dite mobilité douce ou mobilité « active ». Pour ce faire, la commission propose que l'aménagement de l'espace collectif soit conçu de manière à ce que chacun puisse facilement augmenter sa dépense énergétique par des activités intégrées dans ses pratiques quotidiennes avec une amplification des expériences facilitant l'usage partagé du vélo, la sécurisation des parcours et un accroissement des zones urbaines en limitation de vitesse à 30km/h, voire 20km/h dans certaines zones centrales, afin de faciliter la mixité d'usage et d'inciter à la marche et aux déplacements à vélo.

Elle propose de développer les mesures favorisant l'intermodalité, articulant grandes et petites distances, de créer ainsi les conditions de remplacement des transports motorisés individuels non indispensables, d'intégrer la mobilité active dans les chaînes de déplacements et de prendre en compte ces effets dans les critères de subventionnement d'ouvrage et d'équipement.

La plupart des propositions très concrètes de ce rapport requièrent l'imagination des acteurs et la volonté de chacun d'aller vers l'autre pour retisser des liens nouveaux. La construction de parkings vélos ou d'abris sécurisés, l'éclairage ou la rénovation des escaliers demandent un investissement modéré de la part des collectivités ou des entreprises pour un gain important.

L'encadrement scolaire et périscolaire peut s'envisager avec les parents, les grand-parents ou les associations qui proposent déjà ce type d'accompagnement.

Les propositions concernant la formation recouvrent des mesures de réorganisation des filières médicales et paramédicales et des suggestions d'objectifs d'enseignement. Les mesures de circulation urbaine concernent des décisions administratives, municipales, régionales ou préfectorales.

Les observatoires peuvent être confiés à des structures existantes (InVS, ORS) et les protocoles de recherche aux unités INSERM, CNRS ou aux structures de recherche spécifique du sport et de la santé telle que l'IRMES. Les campagnes de communication sont à développer avec les acteurs de la prévention impliqués de ce secteur, tels que l'INPES qui oriente sa politique et consacre 8 millions d'euros annuels à la communication et à l'éducation nutritionnelle.

Enfin la recommandation visant à créer des emplois aidés dans le secteur médico-sportif répond à la volonté du Président de la République, exprimée dans son discours de Rethel le 28 octobre dernier.

Le financement du PNAPS devra se mesurer en regard de programmes équivalents : le deuxième Plan National Nutrition Santé français, dont le financement s'élève à 47 M€, hors coût de recherche ; le programme Activité Physique ou Sportive et Santé des Pays-Bas qui recueillait, avant récession, 130 millions d'euros soit 30 M€ annuels pour 6,5 millions d'habitants ; ou le programme Kino-Québec, financé à hauteur de 313 M€ sur 30 ans pour une population de 7,5 millions d'habitants.

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

1. Lutter contre la sédentarité ; favoriser toutes les conditions de l'accès du plus grand nombre à **l'activité physique OU sportive** ; modifier les modes de déplacement en favorisant notamment la **mobilité active** (mobilité à force humaine ou mobilité « douce ») en aménageant les espaces publics pour les rendre favorables à ces modes de déplacement actifs ; les intégrer dans les cahiers des charges publiques (plan local d'urbanisme, voieries, projets d'urbanisation et d'aménagement du territoire…).

2. Développer des **plans de déplacements actifs** pour les écoles, les universités, les entreprises et les institutions, en commençant par le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

3. **Défiscaliser**, à hauteur de **200 euros par an**, les personnes qui résident dans un rayon de 10km de leur lieu de travail et qui s'y rendent à vélo.

4. Faciliter, pour les jeunes, la pratique d'activités physiques ou sportives hors temps scolaire, grâce à une **offre partagée** entre éducation nationale, associations, clubs sportifs, accueils collectifs de mineurs et collectivités territoriales.

5. **Élargir l'offre des associations et des clubs** vers une pratique d'APS non compétitive ou familiale, et une pratique adaptée pour accueillir des personnes atteintes de maladie chronique, de maladie rare ou en situation de handicap.

6. Mettre en place des incitations financières facilitant l'accès à la pratique physique ou sportive, par le biais de déductions fiscales (sur les licences) ou de « **chèque actif** » pour les scolaires, les familles, les seniors, les personnes souffrant de maladie chronique, de maladie rare ou de handicap ; ouvrir un dispositif permettant l'accessibilité des publics précaires aux offres « sport-santé ».

7. Développer le Programme **UNIVER'SANTÉ** ; intégrer les nouveaux moyens de transport urbain en faveur des étudiants et des salariés.

8. Mettre en place des **tests simples d'évaluation** de la condition physique en l'adaptant à chaque âge (scolaires, adultes, seniors) et milieux (petites et grandes entreprises, universités, institutions).

9. **Intégrer l'activité physique ou sportive en entreprise** au titre de la prévention du stress ; passer d'une politique de prévention du risque à une démarche santé / bien-être et tirer parti de la composante environnementale.

10. Mettre en place un programme « ***Retrouver la forme en 3 escaliers*** ».

11. Sensibiliser à l'APS dans les consultations ou sessions de préretraite ; Intégrer les APS dans le **projet d'établissement des maisons de retraite et EHPAD** et les établissements du secteur médico-social, de la santé ou de réadaptation accueillant des personnes en situation de handicap.

12. Développer des programmes d'activité physique adaptée dans les établissements de soins pour permettre aux personnes atteintes de **maladie chronique**, de **maladie rare** ou en situation de **handicap** d'accéder à une éducation pour la santé intégrant des séances pratiques.

13. Créer un filière d'opérateurs spécialistes d'activité physique ou sportive en lien avec la santé, dits « **actiphysiciens** », ou éducateurs médico-sportifs, avec intégration de ces professionnels accueillant des personnes atteintes de maladie chronique, maladie rare ou en situation de handicap, dans les structures et établissements de soins par la mise en place de 500 emplois aidés.

14. Développer des **réseaux régionaux sport-santé**, facilitant la pratique d'une activité physique régulière, adaptée et progressive, pour les seniors, les sédentaires ou les personnes atteintes d'une pathologie chronique, d'une maladie rare ou d'un handicap.

15. Proposer, dans la **formation médicale** initiale, un module de 30 heures par an en premier ou deuxième cycle, intitulé « Santé, Adaptation, Environnement » regroupant la médecine des activités physiques et sportives, la nutrition, l'hygiène de vie et la santé au travail ; inscrire 5 items « APS – Santé » pour l'examen classant national.

16. Pour la participation aux grandes compétitions de masse, proposer une évaluation de son état de santé par **auto-questionnaire**. Associer la création d'un **certificat médical d'aptitude** (CMA) avec cahier des charges précis pour les sports ou les circonstances présentant de fortes probabilités d'accidents.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures et l'application des programmes proposés par chaque groupe de travail seront soutenues par une campagne de communication forte, pertinente et maîtrisée, et guidée par :

- un **Comité de Pilotage du PNAPS** associant des représentants de tous les acteurs concernés,
- un **Observatoire** de la pratique des APS qui pourra être confié aux ORS, Observatoires Régionaux de Santé
- le suivi de grands **indicateurs** de pratique, tels que :
  . pourcentage de déplacement à pied et à vélo,
  . nombre de licenciés non compétitifs,
  . nombre de clubs ayant développé des programmes « sport-santé »,
  . temps consacré aux activités physiques ou sportives,
  . condition physique, appréciée par une évaluation standardisée.

ENGLISH SUMMARY

In order to prepare the PNAPS (national prevention plan by physical and sport activities), the commission « Prevention, Sport and Health » analyzed the scientific context studied among other reports in a large Collective Expertise published by Inserm in March 2008.

Ten plenary sessions and one hundred twenty-five work and specific hearing sessions were organized between April and October 2008.

The main themes of the sessions, which concerned age and living environments, included topics such as: academic and extracurricular environments, university environments, the working population, seniors and individuals suffering from chronic or rare illnesses or handicaps, in both rural and urban settings.

A significant amount of time was allocated to training and communications measures, which are required to implement and support the plan. Special attention was given to environmental concerns within the context of considerations raised by the French Round Table debate on the environment (*Grenelle de l'Environnement*), the French National Environment and Health Action Plan (PNSE) and its transportation component, "Santé Transport".

Main cross-sectional topics included pleasure, adaptation and accessibility, decompartmentalization, time and of course, energy. Numerous opportunities to remobilize for improved quality of life are demonstrated through six objectives: reinforcing the pleasure of movement, meeting the social challenges of collaborative effort, adapting activities and methods for various populations, ensuring accessibility of sites and infrastructure, encouraging interaction and cooperation between all players, maintaining cycles and energy balance.

Inserm's Collective Expertise demonstrates that physical activity is a major determinant of the health of individuals and populations at all stages of life.

Regular physical activity is influenced by individual, social and environmental factors. Even at moderate intensity, it decreases mortality, improves quality of life and helps to prevent chronic pathologies (cancer, cardiovascular diseases, diabetes, osteoporosis and osteoarticular diseases). Physical activity helps to control body weight, is associated with improved mental health (alleviating anxiety and depression), promotes steady growth in children and adolescents and prolongs the autonomy of the elderly.

Regular physical activity is also a major component of the treatment of prevalent chronic pathologies (ischemic cardiopathies, chronic obstructive pulmonary disease, obesity and type 2 diabetes) and contributes to the therapeutic management of other illnesses (osteoarticular or degenerative neurological diseases).

With the goal of promoting physical activity practice, the commission makes the following general recommendations:

- taking advantage of immediate surroundings by devising “active” methods of transportation with specific trip plans from home to common destinations (schools, college campuses, businesses) which integrate urban transportation plans;

- creating ties and promoting support to local organizations offering physical “sports-health” activities;

- developing local and national publicity campaigns highlighting best practices for target populations, based on a broad definition of physical activity. Challenges for these campaigns include changing social representation and behaviors regarding physical activity, acting on environmental and socioeconomic determinants, and creating partnerships with all targeted sectors;

- developing best practice guides for the evaluation and prescription of adapted physical activities for children, seniors, and individuals with rare or chronic illnesses or handicaps;

- developing adapted evaluation methods to assess the physical condition of students, patients, employees, seniors, etc;

- creating an observatory for the practice of physical activities. This can be entrusted to the establishments in charge of these evaluations such as Regional Health Observatories and Regional Health Agencies resulting from the implementation of these measures.

The commission suggests establishing financial incentives in the form of fiscal deductions to promote the active mobility of the largest possible population of professionals, developing a system of "active checks", tickets or "sports-health" coupons. Additional suggestions include creating partnerships with mandatory and complementary health insurance programs and retirement funds, and grounding the entire plan in strong governance from the health sector.

Specifically, the commission recommends that children and adolescents participate in physical activities both inside and out of school, in daily routines and in spare time. By linking exercise with various daily activities, physical activity would become integrated into their living habits. To do this, the commission recommends using national and local level campaigns targeting young people and their parents to change perceptions, and to raise awareness of the health benefits of physical activity among professionals in contact with these demographics so that each child participates in school-run sports programs.
The commission suggests using schools as the preferred anchor points for physical activities held outside of school hours, making use of the synergy between national education, associations, sports clubs, camps and territorial collectivities. Additionally, the commission encourages the diversification of programs offered by clubs and associations through the expansion of non-competitive and family-oriented opportunities for physical activity.

The commission suggests developing a professional transition program for college students to raise health awareness. Appropriate physical activities are needed to provide students with a means of applying this knowledge. UNIVER'SANTE is a new gateway program and reference tool for information exchange between the two primary players: university physical and athletic services and preventive medicine services. The commission recommends creating physical activity, sports and health course units and launching national conventions for university-level physical activity for health.

Physical activity is scientifically proven to be effective in improving the health of employees, and can be used to promote well-being in the workplace. This is a legitimate and pertinent position aligned with a company's desire to look after the health of its employees. All internal players (executive management, employees, workplace physicians, management, labor unions, human resource managers, communication services) and external players (territorial collectivities, regional health insurance, the sports community, private sector and institutions) should be aware of and adapt to organization's size and operations.
The commission advocates integrating physical activity as a preventive measure by creating a framework of interventions, highlighting the connections and contributions of players outside the company, providing training to increase awareness among workplace physicians of the prescription and oversight of physical activity in the context of a health strategy, and by integrating physical activity into the organization's formal policy for preventive health measures. The commission proposes a series of simple measures to be implemented, which are adapted to the largest portion of local populations.

For seniors, the goal is to encourage safe physical activity to improve endurance, strength and flexibility, balance and overall quality of life. Prevention seminars and health education are encouraged prior to retirement. The commission advises promoting adapted physical activities in retirement homes and other independent and assisted living facilities, integrating these activities into the institution plan and instructing aids and health and physical activity professionals in issues specific to exercise among senior citizens.

For patients suffering from chronic or rare illnesses or handicaps, management of the condition and steering affected individuals toward adapted physical activity (APA) are key goals. Accordingly, doctors should identify therapeutic education programs, readaptation services and local "sports-health" physical activity programs to improve patient access to local, supervised programs.
The commission suggests increasing management capacities through the formation of new professionals promoting health through adapted physical activities, physical activity or sports experts in the health field: sports medicine instructors, exercise specialist engineers or designers (the first of whom are already being recognized by patients and doctors for the efficacy and relevance of their profession). The commission advocates defining an integrated status for these professionals and actively supporting the creation of these positions with 500 subsidized jobs.
It suggests developing and integrating adapted physical activity coursework into therapeutic education programs, and introducing "sports-health" projects into all institutions within transversal projects and regional networks led by Regional Health Agencies and Regional Committees for Youth, Sports and Social Cohesion.

The commission recommends including these topics in introductory-level medical courses, national-ranking examinations, specific units in specialty field coursework, and continuing medical education courses. It additionally proposes that prescriptions are codified and paid for according to standard practices, whether as a mean of primary or tertiary prevention.

Within the context of new training programs in the field of sports medicine instructors or exercise specialists, the commission recommends strong interdisciplinary collaboration within the LMD (bachelor, masters, doctorate) program involving medicine, physical activity science and techniques, physiotherapy, ergonomics, osteopathy and psychomotility. The commission also recommends adapting the medical certificate for the practice of physical and athletic activities toward an auto-evaluation supplemented by recourse to the healthcare system when necessary, and a physical aptitude certificate for sports or activities, which present a health risk for the participant or those nearby.

To integrate these actions into the environmental framework, the commission recommends taking public health into account in public land-use and urban planning policies, and promoting non-motorized mobility (also known as soft or “active” mobility). Accordingly, the commission proposes that planning for public spaces is designed in such a way that all individuals can easily expend more energy through daily activities. For example, by promoting the shared use of bicycles, ensuring route safety, and expanding urban areas with speed limits of 30km/h (20 mph) or 20km/h (10 mph) in central areas to promote mixed use and pedestrian and bike traffic.
The commission suggests developing measures to promote intermodality, combining both long and short distances, creating a new environment where individual motorized transport is not necessary, integrating active mobility into transportation chains, and taking these issues into account when subsidizing work and equipment.

Remerciements

Je tiens à remercier les membres de la commission, l'ensemble des personnes associées et toutes celles qui ont accepté d'apporter leur éclairage durant ces six mois de travail. Leurs noms figurent dans les tableaux qui clôturent ce rapport. Si des erreurs ou des oublis s'étaient glissés dans ces lignes, je prie les personnes concernées de trouver ici par avance l'expression de toutes nos excuses.

Je tiens à remercier spécialement celles et ceux qui ont apporté une aide décisive à la transcription de ces travaux ; sans eux, ce rapport n'aurait pu voir le jour. Parmi les membres et associés, je veux donc citer en premier lieu les coordinatrices et coordonnateurs des groupes de travail :
- Mme Michèle ALART ;
- Mme Paule LATINO-MARTEL ;
- Mme Chantal SIMON ;
- Mme Magali TEZENAS du MONTCEL ;
- M. Paul ALART ;
- M. Jean BERTSCH ;
- M. Thomas REMOLEUR.

Parmi les auditionnés et contributeurs, une mention particulière me tient aussi à cœur pour honorer les personnes qui ont tenu à faire bénéficier la commission de l'expérience de leur pays d'origine :
- Mme Monique DUBUC, Coordinatrice nationale Kino Québec,
  Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Québec, Canada ;
- M. Eddy ENGELSMANN, Ambassadeur pour la nutrition, l'activité physique et la santé,
  Ministère de la Santé et des Sports des Pays-Bas ;
- M. Brian MARTIN, Responsable de l'unité activité physique et santé, Magglingen,
  Institut Fédéral des Sports de Suisse et Président de HEPA Europe ;
- M. Franck PONS, Professeur à la faculté des sciences de l'administration
  Université Laval, Québec, Canada ;
- M. Guy THIBAULT, Conseiller en recherche, Direction du sport et de l'activité physique
  Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Québec, Canada.

Enfin, ce travail n'aurait pu s'accomplir sans le soutien constant de la Direction générale de la santé et de la Direction des sports et le dévouement de :
- M. Michel BONAMY ;
- Mme Dominique COUTURIER ;
- M. François DANTOINE ;
- M. Gilles EINSARGUEIX ;
- M. Georges MEZERAY.

Qu'ils en soient tous sincèrement remerciés.

Abréviations

ACM	Accueils collectifs de mineurs
ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
ADEMS	Association des Educateurs Médico-Sportifs
AGSE	Association pour la Gestion de la Santé en Entreprise
ALD	Affection Longue Durée
AMF	Association des Maires de France
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANCRED	Association Nationale de Coordination des Réseaux de soins aux Diabétiques
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APA	Activités Physiques Adaptées
APA-S	Activités Physiques Adaptées – Santé
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APS	Activités Physiques ou Sportives
APS-S	Activités Physiques ou Sportives - Santé
APSA	Activités Physiques, Sportives et Artistiques
ARS	Agence Régionale de Santé
BEES APT	Brevet d'État d'Éducateur Sportif, option Activités Physiques pour Tous
BNQ	Bureau de Normalisation du Québec
BP JEPS	Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
BYPAD	Audit des politiques cyclables Cyclotourisme
CAF	Caisse d'Allocations familiales
CAPS	Consultation de l'Aptitude Physique du Senior
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCI	Chambre de Commerce et d'Industrie
CDOS	Comité Départemental Olympique et Sportif
CE	Comité d'Entreprise
CGPME	Confédération Générale du Patronat des Petites et Moyennes Entreprises
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIMS	Centre d'Investigation en Médecine du Sport, Hôtel-Dieu, APHP
CJD	Centre des Jeunes Dirigeants d'Entreprises
CMA	Certificat Médical d'Aptitude
CMNCI	Certificat Médical de Non Contre-Indication
CMS	Centre Médico-Sportif
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNCP	Commission Nationale de la Certification Professionnelle
CNDS	Centre National de Développement du Sport
CNFMC	Conseil National de la Formation Médicale Continue
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CNOSF	Comité National Olympique et Sportif Français
CNOUS	Centre National des Œuvres Universitaires
CODES	Comité Départementale d'Education pour la Santé
CORES	Comité Régional d'Education pour la Santé
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CROS	Comité Régional Olympique et Sportif
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
DCEM1	Deuxième Cycle d'Etudes Médicales, 1ère année
DDJS	Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
DESC	Diplôme d'Enseignement Spécialisé Complémentaire

DGS	Direction Générale de la Santé
DIU	Diplôme Inter-Universitaire
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRJS	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale
DTN	Direction (eur) Technique National
DU	Diplôme d'Université
EAP	Employee Assistance Programs
ECN	Epreuves Classantes Nationales
ECTS	European Credits Transfer System
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMS	Éducateur Médico-Sportif
ENNS	Étude Nationale Nutrition Santé
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
EPIB	Echantillon Permanent Inter Régimes des Bénéficiaires
EPMM	Entraînement Physique dans le Monde Moderne
EPODE	Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants
EPP	Évaluation des Pratiques Professionnelles
EPS	Éducation Physique et Sportive
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FFEPGV	Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire
FFEPMM	Fédération Française EPMM, Sport pour Tous
FFH	Fédération Française Handisport
FFRS	Fédération Française de Retraite Sportive
FFSA	Fédération Française du Sport Adapté
FMC	Formation Médicale Continue
FNES	Fédération Nationale des comités d'Education pour la Santé
FNOMS	Fédération Nationale des Offices Municipaux du Sport
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information en Santé
FP	Formation Personnelle
FQ	Formation Qualifiante
FRES	Fédération Régionale d'Education pour la Santé
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
GV	Gymnastique Volontaire
HEPA	Health-Enhancing Physical Activity
ICAPS	Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité
IME	Institut Médico-Educatif
INCA	Institut National du Cancer
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INRA	Institut National de la Recherche Agronomique
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSEP	Institut National du Sport et de l'Education Physique
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IRMES	Institut de Recherche bioMédicale et d'Epidémiologie du Sport
LEGT	Lycée Enseignement Général et Technique
LMD	Licence, Master, Doctorat
LOTI	Loi d'Orientation sur les Transports Intérieurs
M1	Master 1ère année
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées

MEDEF:	Mouvement des Entreprises de France
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OGC	Organisme gestionnaire conventionnel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMSp	Office Municipal du Sport
PAE	Programme d'Aide aux Employés
PNAPS	Plan National de prévention par les Activités Physiques ou Sportives
PCEM2	Premier Cycle d'Etudes Médicales, 2ème année
PDE	Plan Déplacement d'Entreprise
PDU	Plan de Déplacements Urbains
PLU	Plan Local d'Urbanisme
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNNS	Plan National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement
PRES	Plan Régional d'Education à la Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
QAAP	Questionnaire sur l'Aptitude à l'Activité Physique
RFF	Réseau Ferré de France
RNCP	Répertoire National des Certifications Professionnelles
RSE	Responsabilité Sociale d'Entreprise
SCOT	Schéma de Cohérence Territoriale
SFPAPA	Société Française des Professionnels de l'APA
SIUMPPS	Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
SPARC NZ	Sport And Recreation New Zealand
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
SUAPS	Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives
T2A	Tarification à l'activité
TPE	Toute Petite Entreprise
UCPA	Union des Centres sportifs de Plein Air
UCSA	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoire
UE	Unité d'Enseignement
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNSS	Union Nationale du Sport Scolaire
USEP	Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré
UTEP	Unité Transversale d'Education du Patient
ZEP	Zone d'Éducation Prioritaire

PROMOTION DES ACTIVITÉS PHYSIQUES OU SPORTIVES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Coordinatrice
Pr Chantal Simon

Groupe de travail
Berichi Soraya
Deydier Brigitte
Broussouloux Sandrine
Duhamel Jean-François
Gaubert Isabelle
Goetz Philippe
Lemonnier Fabienne
Magnin Arnaud
Mallet Francoise
Maurice-Tison Sylvie
Najim Loubna
Rouby Bénédicte
Rognon Patrice
Simon Chantal
Touchard Yves

Autres contributeurs et auditions
Bambuck Roger
Hellé Thierry
Koller Guy
Laure Patrick
Leblanc Michèle
Leonard Rémi
Lokiec Isabelle
Magaloff Patrick
Robert Sylvie
Roegel Martine
Volondat Michel

I. Synthèse

1. Objectifs

Favoriser chez les enfants et les adolescents la pratique d'activité physique ou sportive (APS) dans toutes ses composantes, à l'école et en dehors de l'école, dans la vie quotidienne et pendant les loisirs. Les recommandations s'appuient sur 3 niveaux d'actions :

- ***Faire évoluer les connaissances et les représentations de l'activité physique***, par des actions de sensibilisation nationales, régionales et locales mais aussi par la possibilité d'accéder à des activités attractives.

- ***Améliorer l'environnement social*** des jeunes afin qu'il relaie l'information, favorise et soutienne les changements de comportements.

- ***Offrir les conditions physiques, institutionnelles et structurelles pour la pratique d'APS***.

Dans ce chapitre, seules sont considérées les recommandations ciblant les enfants d'âge scolaire, maternelle comprise, à l'exclusion de celles qui s'appliquent spécifiquement à la petite enfance.

Objectif opérationnel

D'ici à 2012, 80% des enfants et adolescents âgés de 3 à 18 ans feront au moins une heure chaque jour d'APS en pratiquant des activités variées qui s'intègrent à leurs habitudes de vie et des activités d'intensité moyenne ou élevée au moins deux fois par semaine.

2. Propositions

1. **Modifier les représentations des activités physiques ou sportives et promouvoir leur pratique** en s'appuyant sur des campagnes nationales et locales ciblant spécifiquement les jeunes et leurs parents.

2. **Sensibiliser les personnes en contact professionnel avec les enfants et les adolescents aux bénéfices santé de l'activité physique chez le jeune** et les inciter à avoir une attitude proactive vis-à-vis d'elle.

3. Sensibiliser les professionnels pour que chaque enfant réalise effectivement **les temps d'activités physiques ou sportives prévus dans les programmes** scolaires et favoriser aussi toute pratique dans le cadre scolaire, hors des cours d'éducation physique et sportive proprement dits.

4. Faire des établissements scolaires un point d'ancrage privilégié des actions facilitant la pratique d'activités physiques ou sportives **hors temps scolaire,** grâce à une **offre d'activités variées** et conviviales s'appuyant sur une synergie entre éducation nationale, associations, clubs sportifs, accueils collectifs de mineurs et collectivités territoriales.

5. Encourager la **diversification de l'offre d'activité physique ou sportive par les associations et les clubs** vers une pratique non compétitive ou familiale.

6. Améliorer **l'accessibilité en toute sécurité des équipements et lieux d'activités physiques ou sportives sur l'ensemble du territoire** et favoriser les différents types de pratiques, encadrées ou non.

7. Développer **des plans de déplacements actifs entre le domicile et l'école**.

8. Mettre en place **des incitations financières** facilitant l'accès du plus grand nombre à la pratique physique ou sportive, notamment familiale, par le biais de déductions fiscales (licences) ou de « chèque actif ».

II. Contexte

1. POURQUOI REDONNER LE GOUT DE BOUGER AUX ENFANTS ET AUX ADOLESCENTS ?

1.1. Relations entre activités physiques ou sportives et état de santé chez l'enfant et l'adolescent

- La pratique régulière d'APS, sous forme de sport ou d'activités moins encadrées, en plus de favoriser le maintien ou l'amélioration de la condition physique des enfants et des adolescents, a, comme chez l'adulte, un effet favorable sur plusieurs aspects de la santé physique : composition corporelle et surpoids, profil lipidique, pression artérielle, risque cardiovasculaire et densité osseuse. Elle procure des bénéfices sur le plan psychologique et social et facilite également le développement cognitif et l'apprentissage scolaire.

- L'intérêt de la pratique régulière d'APS pendant l'enfance et l'adolescence dépasse ses effets immédiats sur la santé pour deux raisons au moins.

  - Pratiquée avec plaisir, elle prédit le niveau de pratique d'APS du futur adulte, dont on sait qu'elle est un déterminant essentiel de l'état de santé.

  - Les bienfaits de l'APS pratiquée pendant l'enfance se prolongent, pour certains d'entre eux, jusqu'à l'âge adulte, indépendamment du degré d'activité de ce dernier.

- Il faut toutefois souligner que d'autres bénéfices ne perdurent à l'âge adulte que s'il y a maintien de la pratique. Il convient donc de favoriser la pratique d'APS pendant l'enfance comme son maintien tout au long de la vie.

1.2. La pratique d'APS est insuffisante chez un nombre de plus en plus important d'enfants et d'adolescents

- Les expertises internationales recommandent aux enfants et adolescents d'être physiquement actifs au moins une heure chaque jour à l'école, à la maison ou en plein air, en pratiquant des activités variées qui s'intègrent à leurs habitudes de vie : sport, entraînement structuré et éducation physique mais aussi déplacements et loisirs actifs, avec des activités physiques d'intensité moyenne ou élevée, au moins deux fois par semaine, pendant au minimum 20 minutes par séance[5].

- Si les enquêtes françaises récentes indiquent que les jeunes constituent le groupe d'âge le plus actif physiquement, cette réalité en dissimule une autre moins favorable. En 2006[6], seul un tiers des enfants de 3 à 10 ans rapporte une activité de plein air quotidienne et un tiers n'avait pratiqué aucune activité sportive en dehors de l'école la semaine précédant la passation du questionnaire. Moins de la moitié des 11-14 ans (30% des filles, 45% des garçons) effectuait l'équivalent de 30 minutes d'activité physique chaque jour. Des chiffres équivalents sont notés en ce qui concerne la pratique d'activités modérées à intenses.

[5] Strong WB. J Pediatr. 2005
[6] Etude nationale nutrition santé (ENNS) 2006

- Une diminution importante de la pratique d'APS encadrées, en dehors de celles obligatoires à l'école, est observée à l'adolescence[7]. Cette baisse de pratique touche plus particulièrement les filles.

- Un gradient d'inégalité existe selon les milieux socio-économiques et culturels avec un niveau de pratique globalement moins important dans les milieux les moins favorisés. En 1998, les jeunes fréquentant des établissements en zone d'éducation prioritaire (Z.E.P.) faisaient moins de sport que les autres, différence particulièrement sensible chez les filles. Les élèves des lycées professionnels sont moins nombreux à faire du sport que ceux des lycées classiques et modernes ou des lycées polyvalents (L.E.G.T.). Cette différence est, une fois encore, surtout sensible parmi les filles. Le revenu du foyer est plus discriminant pour la pratique sportive pour les filles que pour les garçons. Dans les familles dont le revenu mensuel est inférieur à 1 800 €, 45% des filles font du sport, contre 74% dans les familles qui se situent dans les tranches de revenus plus élevées, supérieurs à 2 800 € [8].

- Différentes études suggèrent que le niveau d'activité physique moyen des enfants et des adolescents aurait diminué de près de 40% en quelques décennies.

- Pour un nombre de plus en plus important d'enfants et d'adolescents, les heures d'éducation physique et sportive (EPS) à l'école et la pratique d'APS de loisirs ne suffisent plus à compenser la diminution de l'activité physique dans la vie quotidienne, alors même que l'offre globale de pratique encadrée en club ou en association a augmenté. Ceci se traduit déjà par une diminution de leur condition physique et de leur capacité aérobique moyennes de près de 10% en 20 ans[9] et contribue aussi à expliquer l'augmentation de l'obésité infantile observée ces dernières décennies. Il ne fait nul doute que cette diminution de la pratique d'APS pendant l'enfance aura des répercussions sur l'état de santé des futurs adultes.

Les données sur les relations entre APS et état de santé indiquent que l'enfance et l'adolescence sont des périodes privilégiées d'un programme visant à augmenter le niveau d'activité physique de la population générale.
Elles soulignent que ces actions doivent viser l'obtention d'un mode de vie actif pendant l'enfance et l'adolescence mais aussi son maintien pendant toute la vie.
Dans cette perspective, les stratégies à large échelle doivent favoriser la participation des jeunes à des APS qui leur procurent du plaisir tout en leur permettant d'acquérir les habilités motrices nécessaires aux changements de comportement et d'acquisition de saines habitudes de vie.
À ce titre, les adolescentes requièrent une attention particulière, tout comme les jeunes des milieux moins favorisés.

[7] Arvers et Coquet 2003
[8] Rapport aux ministres des sports et de la famille « Sport, adolescence et famille » L. Machard, novembre 2003 http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000653/0000.pdf
[9] Tomkinson 2003

2. Offre et lieux de pratique

Les APS réalisées par l'enfant et l'adolescent incluent schématiquement la pratique obligatoire d'APS dans le cadre du cursus scolaire (cours d'EPS), spécifique aux jeunes scolarisés, auxquelles s'ajoutent les 3 types de pratique rencontrées chez l'adulte:

- L'activité physique dans la vie quotidienne, représentée par les trajets actifs entre le domicile et l'établissement scolaire.

- Les APS libres correspondant à l'activité physique spontanée et régulière non encadrée, pendant ou en dehors des vacances scolaires.

- Les APS encadrées en club ou en association, y compris sur le site scolaire par les biais des associations sportives (USEP et UNSS), auxquelles on peut rattacher les activités pratiquées dans le cadre de l'éducation populaire et des accueils collectifs de mineurs (ACM). Les activités peuvent être réalisées en dehors ou pendant les vacances scolaires.

2.1. Les APS pratiquées dans le cadre du cursus scolaire

Le nombre d'heures de sport prévu dans les programmes scolaires français par les textes officiels est parmi les plus importants de la communauté européenne mais diminue avec l'âge : une pratique quotidienne est recommandée dans les classes maternelles, 3 heures hebdomadaires sont prévues à l'école primaire, 4 heures en 6ème, 3h de la 5ème à la 3ème et 2 heures en lycée. Notons que les cours d'éducation physique et sportive ne repose sur des professeurs spécialisés et des horaires sanctuarisés que dans le secondaire.
La pratique d'activité physique, codifiée dans son contenu, ses horaires et son encadrement, y cible un public « captif ». Il faut toutefois noter que si la proportion d'élèves dispensés pour des raisons médicales est relativement faible (2.4% des filles et 0.8% des garçons), les dispenses ponctuelles (excuses parentales) difficiles à évaluer sont plus nombreuses. Elles reflètent une moindre reconnaissance de cette discipline par rapport aux autres matières.
Un rapport récent mené dans les collèges et les lycées[10] indique que l'EPS bénéficie globalement d'une image très positive de la part des élèves. Il souligne toutefois la nécessité de diversifier les activités proposées, de sortir d'une logique exclusive de performance, pour mieux répondre aux attentes des élèves – notamment des filles – qui souhaitent pratiquer pour le plaisir ou pour découvrir des activités nouvelles et pour se retrouver entre amis.

2.2. Les APS pratiquées en club ou en association sportive, dans les ACM et dans le cadre des associations sportives scolaires

En 2006, 167 000 clubs ou associations sportives affiliés à une fédération française agréée accueillaient l'essentiel du public détenteur d'une licence[11] (15.9 millions de licences) dont plus de la moitié détenues par des jeunes de moins de 19 ans ; 40 à 60% des enfants et adolescents adhèrent à un club ou une association sportive, avec une fréquentation plus importante pour les garçons (61% contre 46% des filles), quel que soit l'âge considéré [12]. Le nombre d'heures hebdomadaire moyen d'APS en club sportif varie entre 2h30 et 3h30 chez les garçons alors qu'il varie de 30min à 2h chez les filles. La fréquentation des clubs sportifs décroît fortement avec l'âge : à 11 ans, 65% des élèves sont inscrits

[10] Image du sport scolaire et pratiques d'enseignement au collège et au lycée 2005-2006. Les dossiers enseignement scolaire. Education nationale 2007.
[11] Les licences et les clubs des fédérations sportives agréées en 2006. Santé, jeunesse, sport, Stat info Décembre 2007.
[12] Etude de la corpulence, de l'activité physique et des habitudes alimentaires et de vie des collégiens et lycéens scolarisés en Aquitaine, 2006 http:\www.nutritionenfantaquitaine.fr/PNNS/enquetes/Rapportaeepscomplet.pdf

dans un club sportif ; ils ne sont plus que 42% à 18 ans. Cette diminution est plus accentuée chez les filles.
Alors que la mission initiale des associations sportives est centrée sur la pratique compétitive, il existe aujourd'hui une réflexion du mouvement associatif sportif – et notamment de certaines fédérations - pour proposer une offre de loisirs non compétitive, ouverte au plus grand nombre et plus en accord avec les attentes de socialisation et de pratique-plaisir des adolescents. Si l'encadrement reste largement le fait d'éducateurs bénévoles, on assiste ces dernières années à une diminution du nombre de clubs au profit d'un regroupement au sein de structures plus grosses. Ceci pourrait favoriser une professionnalisation de l'encadrement (titulaires d'un brevet d'état) et une implication plus large des clubs en dehors des heures traditionnelles de pratique (souvent limitées aux soirées, mercredis et week-end). Les collectivités territoriales jouent un rôle primordial dans le fonctionnement des associations sportives par la mise à disposition d'équipements ou par le biais de subventions directes.
Les associations sportives scolaires (USEP et UNSS) occupent une place à part. Encadrées par les professeurs des écoles et les professeurs d'EPS principalement le mercredi, elles touchent 20% des élèves avec, comme pour l'ensemble des APS encadrées, une fréquentation plus importante des garçons que des filles, une variabilité avec l'âge et le type d'enseignement (27% de pratique au collège, 18% en lycée général, 13% en lycée professionnel) et un moindre recrutement dans les milieux sociaux les moins favorisés[13]. Au collège et au lycée, les activités dans le cadre des associations sportives scolaires concernent principalement des élèves qualifiés de sportifs (avec pour 80% d'entre eux la pratique d'au moins une activité sportive en dehors du cadre scolaire) ; les trois quart des élèves inscrits en UNSS font de la compétition, ce qui est considéré par la majorité des enseignants comme l'une des finalités essentielles de ces associations.
Nous manquons de données concernant la pratique globale d'APS encadrées pendant les vacances scolaires. On constate néanmoins une offre de séjours à dominante sportive conséquente et l'existence d'une association, l'UCPA (Union des centres sportifs de plein air) qui propose des séjours sportifs (60 activités différentes) aux jeunes de 6 à 17 ans et intervient également comme opérateur pour les collectivités dans le domaine des loisirs sportifs (par la création d'espaces sportifs mobiles). On connaît par ailleurs la fréquentation des séjours de vacances pour mineurs, tous types d'activités confondus : en 2007, environ 17 000 enfants de 4 à 6 ans, 450 000 enfants de 7 à 12 ans et 660 000 jeunes de 13 à 17 ans.[14]

2.3. Les activités physiques ou sportives libres

Les activités physiques ou sportives libres correspondent à l'activité physique spontanée et régulière non encadrée, en dehors ou pendant les vacances scolaires. Près de trois jeunes sur 4, âgés de plus de 11 ans (80% des garçons et 66% des filles), déclarent avoir une activité physique ou sportive de pratique libre. Le pourcentage est stable pour les garçons des différentes classes d'âge, mais diminue progressivement chez les filles à partir de 14 ans. La pratique libre est facilitée par la disponibilité d'équipements accessibles en toute sécurité.

2.4. Activité physique au quotidien

Les données disponibles concernent principalement les déplacements actifs entre le domicile et les établissements scolaires. Moins d'un tiers des enfants et adolescents déclarent se rendre au collège ou au lycée à pied, à vélo ou en rollers au moins de temps en temps, et à peine 20% déclarent utiliser exclusivement ces

[13] Image du sport scolaire et pratiques d'enseignement au collège et au lycée 2005-2006. Les dossiers enseignement scolaire. Education nationale 2007
[14] Chiffres clés de la fréquentation des séjours de vacances de 1998 à 2007. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Bureau des vacances et des loisirs des mineurs, avril 2008

moyens de déplacement. Le temps de trajet quotidien moyen lorsqu'il est réalisé à pied, à vélo ou en roller est de 20 à 30 minutes pour l'ensemble des trajets. Les élèves habitant en milieu rural utilisent moins souvent un mode de transport actif pour se rendre à leur établissement scolaire que les élèves habitant une région urbaine.

3. Obstacles et facteurs favorisant la pratique

3.1. Freins à la pratique[15]

- La décision de pratiquer ainsi que le choix de l'activité et de la structure d'accueil dans laquelle les jeunes s'engagent sont liés à leur milieu socio-culturel ainsi qu'au niveau de diplôme et aux revenus de leurs parents.

- Le manque de temps (devoirs, autres sollicitations sociales), l'éloignement et de façon plus générale les problèmes liés à l'accessibilité des activités et des équipements sportifs (distance, transport, créneaux horaires d'ouverture et de pratique, nécessité d'être accompagné par un parent, sécurité, coût) sont les freins les plus souvent rapportés par les enfants et leurs parents. L'éloignement est plus souvent plus cité par les jeunes habitant une zone rurale que par ceux habitant une zone urbaine comme les empêchant de faire plus d'APS.

- L'absence d'efficacité personnelle perçue est rapportée par un grand nombre de jeunes ne pratiquant pas d'APS de loisirs. On peut en rapprocher l'obligation, réelle ou perçue, d'une pratique compétitive dans le cadre des associations sportives scolaires ou des clubs sportifs et des contraintes (temps, organisation) qui lui sont associées. Cet obstacle est également souvent souligné par les parents.

- Le manque de convivialité des installations et de l'accueil (rapporté notamment par les adolescentes).

- La saturation dans certains territoires des équipements sportifs disponibles pour la pratique d'APS de loisirs ou dans le cadre de l'enseignement scolaire.

3.2. Facteurs favorisant la pratique

- Le plaisir associé à la pratique et le caractère ludique des activités, l'aspect convivial, la rencontre avec des amis sont des motivations souvent citées pour la pratique d'APS de loisirs et son maintien à l'adolescence.

- La pratique d'une activité physique par les parents et plus globalement la représentation positive que ceux-ci ont de la pratique d'APS (au regard de la réussite scolaire par exemple) sont associées positivement à la pratique d'activités physiques de loisirs par les jeunes. Les parents ont une influence d'autant plus grande sur la pratique sportive de leurs enfants que celui-ci est jeune. Comme pour toutes les autres, la pratique d'APS des enfants est favorisée par l'imitation d'un modèle parental mais aussi par la façon dont les parents valorisent l'activité sportive de leur enfant et l'encouragent et par l'investissement, en temps ou matériel, qu'ils mettent en œuvre pour soutenir sa pratique.

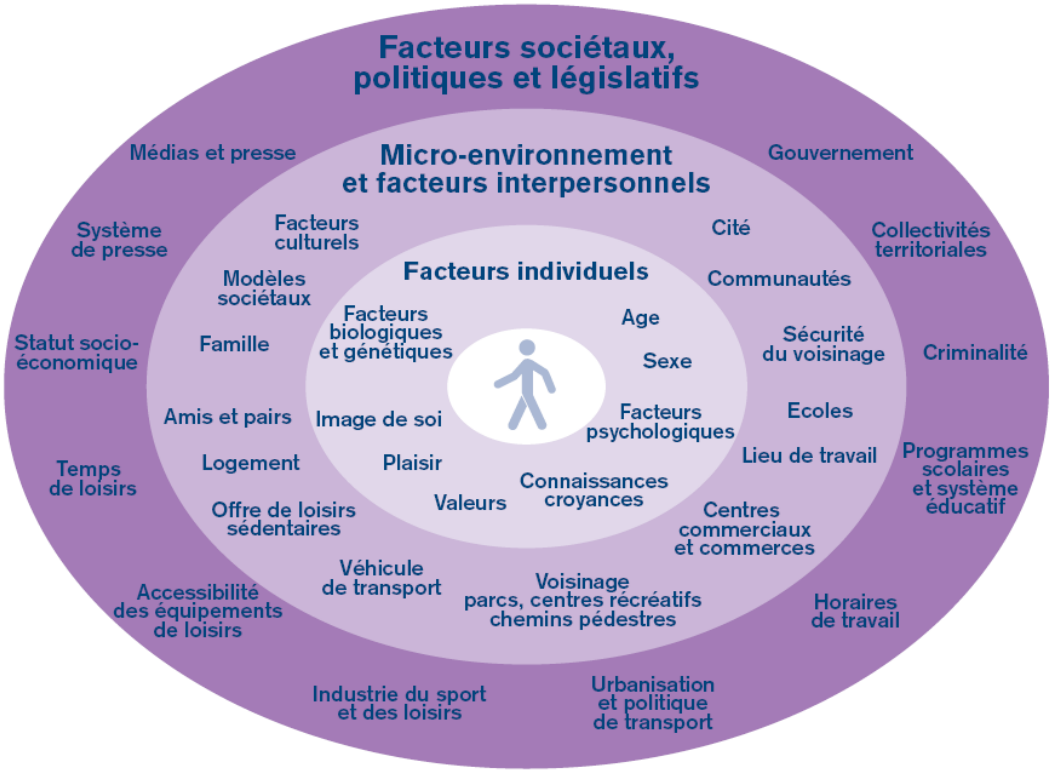
[15] Source : Enquête du ministère de la jeunesse et des sports, novembre 2001 in Le sport chez les jeunes de 12 à 17 ans

Malgré une offre globale d'activités physiques ou sportives relativement importante, que cela soit dans le cadre des établissements scolaires, du milieu associatif ou des centres d'accueil pour mineurs, un grand nombre d'enfants et d'adolescents ne pratiquent pas d'autre activité physique que celle proposée de façon obligatoire dans le cadre des programmes scolaires.
De façon globale la pratique d'activité physique à l'école et pendant les loisirs ne suffit pas à compenser l'effondrement des activités physiques dans la vie quotidienne.
Les principaux freins à la pratique sont une offre reposant encore trop souvent sur une pratique de type compétitive, le manque de temps, l'éloignement des lieux de pratique, la non disponibilité des parents pour accompagner leur enfants, et le manque de sécurité perçue.

4. COMMENT PROMOUVOIR LES APS CHEZ TOUS LES JEUNES

Leçons des stratégies de prévention nationales et internationales[16]

- Au cours des dernières années, de nombreuses données sont venues souligner l'influence de l'environnement sur le mode de vie des individus[17]. Les facteurs personnels qui conditionnent l'activité physique ne peuvent être considérés de façon isolée mais s'intègrent dans un réseau complexe de facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux. Plus spécifiquement la nécessité de prendre en considération le contexte social, culturel, physique et organisationnel – la niche écologique – dans lequel le jeune évolue (Figure 1) est aujourd'hui largement reconnue [12].



[16] Van Sluijs EM, British Medical Journal, 2007
[17] Document PNSS, 2005. Activité physique et santé: arguments scientifiques, pistes pratiques.

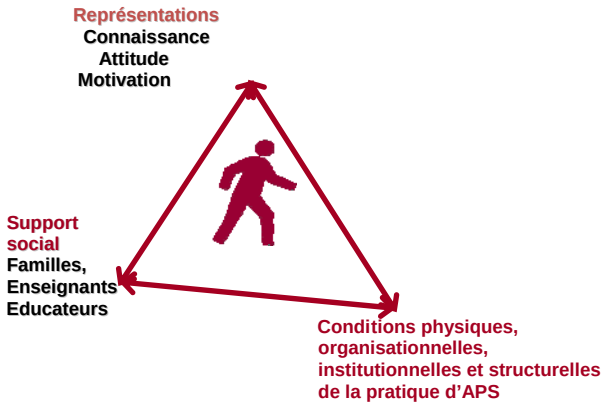
Figure 1 : Modèle écologique des facteurs influençant l'activité physique et les comportements sédentaires (d'après Booth) [12]:[18]

[18] Booth SL *Nutr Rev*; 2001.

À cet égard, le modèle socio-écologique indique que les stratégies d'intervention qui ont le plus grand potentiel pour modifier les habitudes d'activité physique dans le long-terme sont celles qui agissent simultanément sur les 3 niveaux d'action :

- *Les connaissances et les représentations de l'activité physique, les attitudes et la motivation* vis-à-vis de la pratique d'APS, par des actions de sensibilisation nationales, régionales et locales mais aussi par l'accès à des APS variées, attractives et conviviales permettant l'acquisition des compétences nécessaires à la pratique.

- *L'environnement social* des jeunes afin qu'il relaie l'information, favorise et soutienne les changements de comportements : familles, enseignants, éducateurs,…



- *Les conditions physiques, institutionnelles et structurelles de pratique* d'APS, en allant au devant des obstacles afin que les jeunes puissent mettre en pratique les compétences acquises.

Basée sur une stratégie de ce type, l'intervention ICAPS (Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité)[19], menée de 2002 à 2006 auprès de près de 1000 élèves de 8 collèges français, a permis de démontrer qu'il est possible de faire bouger les adolescents pour améliorer leur état de santé. Au terme des 4 années de l'étude, le programme de promotion de l'activité physique a induit une augmentation de l'activité physique de loisirs encadrée de près d'une heure par semaine et une diminution du temps passé quotidiennement devant la télévision. Il s'est accompagné d'une prévention du surpoids avec, pour les enfants de poids normal au début de l'étude, une diminution de moitié du risque d'être en surpoids à la fin de l'étude.

- Les établissements scolaires représentent un point d'ancrage privilégié des actions de promotion de l'activité physique chez le jeune pour plusieurs raisons. Tout d'abord, et avant tout, les établissements scolaires sont un moyen unique d'accéder à l'éducation de tous les jeunes, y compris ceux des milieux socio-économiquement moins favorisés, dont on sait qu'ils sont particulièrement vulnérables en termes d'inactivité physique et d'état de santé. D'autre part, les établissements scolaires offrent de nombreuses occasions d'activité physique qui ne se limitent pas aux cours d'EPS obligatoires mais incluent les intercours, les récréations et les périodes périscolaires, autant d'occasions de proposer des activités variées sur le site scolaire, les rendant ainsi facilement accessibles.

- De telles stratégies « multi-niveaux » nécessitent une transversalité des actions et une implication complémentaire de nombreux acteurs : équipes administratives et pédagogiques des établissements scolaires, associations, club sportifs, collectivités territoriales, famille…

[19] Successful overweight prevention in adolescents by increasing physical activity: a 4-year randomized controlled intervention. C. Simon, International Journal of Obesity, 2008.

Les stratégies de prévention qui ont le plus grand potentiel d'efficacité chez le jeune sont les stratégies multi-niveaux qui ciblent à la fois les connaissances et les représentations de l'activité physique d'une part, les conditions physiques et organisationnelles d'activités physiques ou sportives d'autre part.
L'objectif est que tous les jeunes puissent acquérir les aptitudes nécessaires à la pratique d'activité physique et que l'existence de nombreuses opportunités d'activités variées, attractives et facilement accessibles lui permette de mettre en œuvre les compétences acquises, favorisant ainsi le maintien des changements de comportements à long-terme.
Les établissements scolaires représentent un point d'ancrage privilégié pour de telles stratégies, qui nécessitent par ailleurs une approche transversale et la collaboration synergique de différents acteurs.

III. Propositions

Présentation d'ensemble

Conformément à ces constats et aux leçons issues des stratégies de promotion de l'activité physique ciblant l'enfant et l'adolescent et ayant montré leur efficacité au plan national ou international, les recommandations visent à :

- faire évoluer les représentations des activités physiques ou sportives des jeunes et de leurs parents ;

- créer un environnement social, organisationnel et structurel qui diminue les obstacles à la pratique les plus fréquemment rapportés et favorise la pratique d'activités physiques ou sportives:

  - pendant le temps scolaire, dans le cadre des programmes scolaires mais aussi en dehors de ceux-ci (temps de pause et de récréations),

  - en périscolaire, pendant les loisirs et les vacances scolaires, grâce à une diversification de l'offre d'activités physiques ou sportives de loisirs, basée sur le plaisir et la convivialité, localisée sur le site scolaire et en dehors de celui-ci ,

  - sous forme d'activités non encadrées et pour les déplacements quotidiens, notamment entre le domicile et l'école ;

- favoriser par des incitations financières l'accès du plus grand nombre à la pratique physique ou sportive, notamment familiale.

Les mesures proposées veillent à cibler particulièrement la pratique des jeunes des milieux les moins favorisés au plan social et à éviter le désengagement à l'adolescence et plus spécifiquement celui des adolescentes.

1. Faire évoluer **les représentations des activités physiques ou sportives et promouvoir leur pratique par les jeunes** grâce au relais des campagnes nationales par des opérations de promotion régionales et locales ciblant plus spécifiquement le jeune et ses parents.

Justification

L'objectif est d'informer sur les différentes formes de pratique et changer l'image de l'activité physique trop centrée pour beaucoup sur la compétence et la pratique compétitive.
Les campagnes devraient également permettre de valoriser sa pratique dans le cadre des programmes scolaires (vis-à-vis des autres matières) et en dehors de ceux-ci. Les cours d'EPS sont ceux pour lesquels les excuses parentales sont les plus fréquentes et la pratique d'activités physiques ou sportives de loisirs est encore trop souvent la première activité supprimée face à des résultats scolaires jugés insuffisants.

Exemples d'actions

- En complément des campagnes médiatiques nationales de promotion de l'activité physique en général, développer des opérations de promotion évènementielles nationales et régionales en direction des jeunes et de leur parents, telles qu'une journée nationale « Sport en Famille » selon le modèle de la journée du patrimoine et des compétitions locales en relais multisport (type Vitryathlon associant course, natation, patinage) ou de sport collectifs requérant plus la participation conviviale que le haut niveau technique.

- Informer sur l'intérêt de l'activité physique en terme de santé dans le carnet de santé

- Sensibiliser les acteurs des média à l'importance de l'image de l'activité physique et des sportifs qu'ils véhiculent auprès des adolescents.

2. **Sensibiliser les personnes en contact, dans leur métier, avec les enfants et les adolescents aux bénéfices santé de l'activité physique chez le jeune** et les inciter à avoir une attitude proactive vis-à-vis d'elles.

Justification

Les professionnels dont l'activité est en lien direct ou indirect aves les jeunes (à l'école, pendant les loisirs, pour assurer leur garde, dans le système de santé, dans les administrations…) sont des rouages essentiels de la mise en activité des enfants et des adolescents, que cela passe par leur rôle dans la modification de l'offre d'activités, ou plus directement par une attitude proactive vis-à-vis de leur pratique.

Exemples d'action

- Informer et sensibiliser sur l'importance des activités physiques ou sportives chez les jeunes l'ensemble des professionnels dont l'activité est en lien avec les jeunes : éducateurs sportifs et animateurs (associations ayant un but sportif ou non), équipes pédagogiques (quelle que soit leur discipline) et administratives des établissements scolaires, personnels des collectivités territoriales (administratifs en charge de l'enfance mais aussi personnels de cantine…), nourrices et personnels en charge de la garde des enfants après l'école.

- Proposer avec l'INPES des guides ciblant plus spécifiquement les différents professionnels.

- Envisager pour certains de ces professionnels l'intégration d'un module spécifique à ces aspects dans le cursus de formation.

3. Sensibiliser les professionnels pour que chaque enfant réalise effectivement **les temps d'activités physiques ou sportives prévus dans les programmes** scolaires et favoriser aussi toute pratique dans le cadre scolaire, hors des cours d'éducation physique et sportive proprement dits.

Justification

Les horaires prévus dans les programmes scolaires ne sont pas toujours respectés (temps d'activité réelle inférieurs aux temps officiellement dédiés du fait, par exemple d'une perte de temps dans les déplacements vers les lieux de pratique parfois éloignés, d'une hétérogénéité de la pratique réelle des élèves au sein du groupe, dispenses de pratique, …).

La pratique APS d'intensité moyenne à élevée – primordiale chez le jeune en termes de bénéfice santé - n'est pas toujours favorisée ni réalisée pendant un temps suffisamment important. Bien que les conditions de pratique soit le plus souvent réunies, des freins subsistent quant à l'adéquation entre l'offre d'éducation physique et sportive et les attentes et motivations de certains élèves, ce qui favorise le désengagement.

Exemples d'actions

- Sensibiliser l'ensemble des professeurs du 1er et 2ème cycle aux bienfaits de l'activité physique sur l'état de santé et le développement des jeunes (cf recommandation 1).

- Encourager les équipes administratives et pédagogiques des établissements scolaires à tout mettre en œuvre pour que l'organisation des cours d'EPS (horaire, localisation, contenu) fasse que chaque enfant 1) réalise effectivement les temps d'activités prévus dans les programmes scolaires, 2) ait une pratique d'intensité modérée ou intense pendant un temps suffisamment long au cours de chaque séance, 3) acquiert les compétences nécessaires à l'adoption d'un mode de vie actif.

- Mener une réflexion sur la diversification et le caractère attractif des activités physiques développées lors des cours d'éducation physique et sportive au collège et au lycée afin de mieux répondre aux attentes de tous les jeunes et notamment celles des élèves les moins compétents et des adolescentes.

- Faire évoluer les représentations de l'activité physique auprès des jeunes et de leurs parents afin de démontrer que l'intégration de l'activité physique à son mode de vie est une valeur importante à l'école, limiter les dispenses médicales ou parentale et favoriser la pratique à long-terme (recommandation 1).

- Favoriser la promotion et la pratique d'APS pendant le temps scolaire, en dehors de cours d'éducation physique et sportive, dans les cours de récréations. Dans cette perspective, l'aménagement des cours de récréations (dessin de jeux au sol ...) et l'encadrement des activités afin de favoriser le jeu ont montré leur intérêt (écoles élémentaires et collèges). Ceci peut passer par un assouplissement des règlements intérieurs des écoles et des établissements afin par exemple d'autoriser les ballons et balles en mousse, les cordes à sauter, etc, ou de permettre un encadrement conjoint avec des associations ou clubs sportifs.

4. Faire des établissements scolaires un point d'ancrage privilégié des actions facilitant la pratique d'activités physiques ou sportives **hors temps scolaire,** grâce à une **offre d'activités variées et conviviales** s'appuyant sur une synergie entre éducation nationale, associations, clubs sportifs, accueils collectifs de mineurs (ACM) et collectivités territoriales.

Justification

Temps, éloignement, non disponibilité des parents pour accompagner leur enfants, sécurité, pratiques de type compétitif sont de fréquents obstacles à la pratique d'activités physiques ou sportives. Apporter les activités sur le site scolaire ou organiser les transports vers les lieux de pratique dans la continuité des cours permet de limiter ces obstacles, d'aller au devant des jeunes qui ne vont pas spontanément vers une pratique sportive en dehors de cours obligatoires, de leur mettre le pied à l'étrier et ainsi de leur redonner l'estime de soi et les compétences nécessaires à la poursuite de l'activité.

L'offre d'une large palette d'activités conviviales et facilement accessibles, en dehors des heures traditionnelles de pratique (actuellement limitées aux soirées, aux mercredis et aux week-end), devrait permettre de toucher plus facilement les jeunes qui ne pratiquent pas traditionnellement dans les associations et dont la pratique est rendue plus difficile par une motivation plus faible, de moindres aptitudes ou une absence d'implication familiale. Elle devrait notamment favoriser la pratique des jeunes issus des milieux socialement défavorisés, des filles (notamment les adolescentes) et des jeunes qui ne souhaitent pas faire de compétition.

Elle nécessite de créer des passerelles entre les différents systèmes d'offres (associations sportives scolaires, clubs et associations sportives, centres d'accueil pour mineurs, collectivités territoriales…) et de trouver des sources de financement pérennes.

Exemples d'actions

- Offrir le matin avant les cours, entre midi et deux heures, pendant les inter-cours, le soir immédiatement après les cours des activités physiques variées et attractives, encadrées par un animateur sportif ou par les associations sportives scolaires sur le site scolaire.

- Faciliter le transport après l'école afin qu'un plus grand nombre de jeunes puisse effectivement participer aux activités.

- Si les activités ne sont pas proposées sur le site scolaire, organiser l'accompagnement et, si nécessaire du fait d'un trop grand éloignement, le transport des jeunes de l'école vers les lieux de pratique.

- A titre d'exemple on peut:

  - encourager et favoriser le développement du volet activité physique dans le cadre de l'accompagnement éducatif ;

  - proposer une animation du temps de garderie le midi ou le soir sous forme de bouquet de services, intégrant une aide aux devoirs adaptée et une pratique d'activité physique encadrée. Cette formule permettrait à tous les enfants de bénéficier des heures libérées du samedi matin ;

  - déclarer le temps entre midi et deux heures en temps d'accueil pour mineurs et y intégrer un temps d'activité physique ;

- proposer des activités physiques non structurées, encadrées pendant les temps de pause et en alternative aux heures de permanence ;

- réserver des temps d'activité physique pour les internes au même titre que des temps d'étude dans l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci.

- La mise en place et le développement de ces mesures nécessitent une **action concertée entre les équipes administratives des établissements scolaires, les associations sportives (scolaires ou non), les ACM et les collectivités territoriales**, intégrant une réflexion sur les aspect réglementaires et les responsabilités.

- Elles seront facilitées par la nomination d'un référent mobilité active dans les municipalités par exemple.

- Elles seront favorisées par des actions de sensibilisation et de formation des personnels en charge des jeunes en périscolaire (personnels de cantine, animateurs des associations et des centres, éducateurs sportifs,…) mais aussi des personnels administratifs (établissements scolaires, associations, collectivités territoriales) : cf recommandation 2.

5. Encourager et favoriser la **diversification de l'offre d'activité physique ou sportive par les associations et les clubs**, en accord avec l'attente des jeunes ne souhaitant pas faire de compétition, et à proposer des activités associant les jeunes et leurs parents.

Justification

La pratique compétitive est un frein à la pratique d'activités physiques ou sportives pour un nombre non négligeable de jeunes, qui ont plutôt des attentes de pratique plaisir et de socialisation. D'un autre côté la pratique d'activités physiques en famille a démontré son impact et son attrait auprès des plus jeunes. La prise en compte de ces éléments – de façon complémentaire à l'offre existante – devrait permettre de toucher un plus grand nombre d'enfants et d'adolescents.

Exemples d'actions

- Favoriser le virage initié par le **mouvement sportif visant à proposer une approche non compétitive**, à côté d'une pratique préparant à la compétition, répondant ainsi aux attentes de certains jeunes et de leur parents.

- Aider et inciter les associations à proposer une offre d'activité conjointe mais distincte pour l'enfant et son accompagnant.

- Inciter les associations à proposer un accueil des jeunes qui aille au delà de la simple pratique sportive et à proposer un accueil et/ou des activités pour leurs parents pendant les séances.

- Explorer les freins au niveau organisationnel et associatif à une **approche multisports** qui pourrait faciliter la découverte et l'initiation à la pratique d'activités physiques ou sportives.

- Inciter les municipalités à **utiliser les lieux de pratique physique au sein des écoles**, libérés les samedis matins, compte-tenu des aménagements d'horaires dans les écoles primaires, pour les mettre à disposition des

associations sportives afin de proposer des APS variées et ludiques. Le maintien des transports scolaires pendant cette matinée pourrait favoriser la pratique d'un plus grand nombre de jeunes.

- Mettre en place une animation (éducateur municipal ou d'une association locale) d'accès libre dans les parcs, espaces de loisirs et autres lieux de vie municipaux.

6. Améliorer la mise à disposition et l'accessibilité en toute sécurité des équipements et lieux d'activités physiques ou sportives sur l'ensemble du territoire et ainsi contribuer à favoriser les différents types de pratiques, encadrées ou non.

Justification

Il est démontré que la proximité des installations et leur accessibilité favorisent la pratique d'un plus grand nombre, notamment des jeunes les moins favorisés.
Eloignement, absence de parent pour accompagner, horaires, sureté et sécurité, coût sont des obstacles souvent énoncés à la pratiques d'APS libres ou encadrées.
Le manque ou la saturation d'équipements de qualité dans certaines régions sont mis en avant par les associations et les établissements scolaires comme frein à la mise en place d'une offre diversifiée. Une inégalité existe ente zones rurale et zones urbaines.

Exemple d'actions

- Promouvoir une politique d'investissement active et de modernisation des équipements sportifs, y compris des petits équipements de proximité, sans oublier les aspects de sécurité.

- Promouvoir la réalisation de voies pédestres et cyclables et l'aménagement des parcs et squares afin de favoriser la pratique de loisirs.

- Ouvrir l'accès aux équipements scolaires (cours, gymnases) en dehors des heures de cours (soirée, week-end).

- Renforcer la coordination entre l'ensemble des acteurs du sport et mettre en cohérence les projets locaux, départementaux et régionaux d'équipements sportifs.

- Créer un label « ville active » (à l'instar des « pavillons bleus ») reposant sur les aménagements des municipalités favorisant la pratique d'activités physiques ou sportives des jeunes: accès aux écoles, aires de plein air, équipements sportifs, ou intégrer ces recommandations dans les labels existants

7. Développer **des plans de déplacements actifs entre le domicile et l'école** s'appuyant sur un référent « activité physique ».

Justification

Les activités de la vie quotidienne peuvent représenter une composante majeure de la dépense énergétique liée à l'activité physique totale. Elles ont un intérêt

particulier dans une perspective de maintien de changements des comportements.

Exemple d'actions

- Développer des plans de déplacements actifs entre le domicile et l'école grâce à une démarche interactive avec les établissements scolaires, les enfants et leur parents et les municipalités.

- Renforcer la mise en place et l'utilisation de ces plans par :

  - la nomination d'un **référent « mobilité active »** ;

  - des actions sur l'environnement structurel et physique aux abord des écoles afin d'inciter les déplacements actifs et les sécuriser : définition d'un périmètre scolaire piétonnier aux heurs d'entrée et de sortie des classes, création de voies pédestres ou cyclables sécurisés, lieux de dépose excentrés de l'école ;

  - l'encadrement des déplacements actifs vers l'école (pédibus, carapatte et vélobus) depuis le domicile ou les lieux de dépose excentrés ;

  - Des actions de sensibilisation (recommandation 1).

8. Mettre en place **des incitations financières** facilitant l'accès du plus grand nombre à la pratique physique ou sportive, notamment familiale

Justification

Il s'agit ici de réduire les inégalités sociales de pratique par une ouverture à tous les publics et de favoriser la pratique familiale. A titre d'exemple, au Canada, un crédit d'impôt « pour la condition physique des enfants », est accordée aux famille pour les frais d'inscription de leur enfant à un programme d'activité physique, jusqu'à concurrence de 500 $.

Exemples d'actions

- Moderniser et rationaliser les dispositifs d'aides financières à la pratique sportive des enfants et des adolescents (« **chèque actif** », coupon sport, chèque sport, aides des caisses d'allocations familiales…).

- Proposer une **réduction fiscale** pour la pratique d'APS de loisirs encadrée des jeunes comme cela est réalisé au Canada.

- Déduction fiscale, locale ou nationale, du coût de la licence, ou prise en charge par la collectivité territoriale dans son périmètre associatif selon les cas et le public défini prioritairement dans le plan régional de santé publique (PRSP).

- Favoriser la dimension familiale de la pratique en incitant les associations et clubs à la prendre en compte pour leur tarifs d'inscription et en créant une **licence familiale**.

UNIVERSITÉ
PROMOTION DES ACTIVITES PHYSIQUES OU SPORTIVES EN LIEN AVEC LA SANTE

Coordinateur
Paul Alart

Groupe de travail
Vincent Hazebroucq
Arnaud Mangin
Claudie Solly
Magali Tezenas du Montcel

Autres contributeurs et auditions
Dr Joana Rouvier
Dr Christian Reigner
Dr Michèle Argillet
Dr Corinne Lesueur-Chatot
Dr Yveline Deguisne
Gilles Durand
Eric Lerat
Brigitte Friang
Robert Dalmas
Françoise Bontemps
Bertrand During
Jean-Pierre Rousset
Michel Berthelot
Philippe Demare
Corentin Duprey
Mélanie Collet
Rémy Mas
Marion Clerc
Ombeline Mlynarczyk
Philippe Lamblin

I. Synthèse

1. Objectif

Le passage à l'université constitue une brève charnière de 3 à 5 ans qui se situe entre un monde scolaire très encadré et l'autonomie de la vie adulte. Il convient d'aménager cette transition pour accroître les connaissances en santé des étudiants et leur donner les moyens de les appliquer par une pratique physique appropriée.

Le but est de saisir l'opportunité du passage des jeunes à l'université pour faire évoluer leur vision des activités physiques ou sportives, afin de les amener à redécouvrir, pratiquer et intégrer les APS comme un outil majeur de leur santé.

La réflexion menée au sein des universités montre qu'à l'échelle nationale quelques actions spécifiques ont déjà été menées à ce jour visant à renforcer la relation entre APS et Santé et qu'elles ont un potentiel de développement important.

2. Le Programme UNIVER'SANTE

Notre proposition repose sur la création d'un nouveau programme spécifique clairement identifié : **UNIVER'SANTE** qui sera à la fois la porte d'entrée et la référence pour les étudiants et personnels de toute recherche d'information dans ce domaine.

Il s'agit de regrouper sous une même appellation l'ensemble des informations et des actions qui seront entreprises dans ce domaine au sein des universités françaises. Il s'articulera sur une relation nouvelle à créer au niveau local entre les 2 acteurs principaux de cette démarche que sont les services universitaires des APS et les services de médecine préventive sur la base d'actions coordonnées par un pilotage national.

Les 12 propositions que nous faisons ont pour objectif de préciser la forme et les contenus de ce nouveau programme.

3. Propositions principales

1. Lancer en 2009 les premiers « Etats Généraux Activités Physiques ou Sportives pour la Santé à l'Université »
2. Créer à la rentrée 2009-2010 une commission UNIVER'SANTE dans chaque Université
3. Associer dès 2009 les Services Universitaires des APS (SUAPS) aux actions organisées par les Services Interuniversitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPSS) sur les thématiques de santé
4. Valoriser et développer les nouveaux moyens de transport urbain en faveur des étudiants
5. Faire évoluer le contenu des Unités d'Enseignement (UE) Sport
6. Créer des UE APS Santé complémentaires des UE Sport
7. Mettre en place un test d'évaluation de la forme ATHLETEST pour l'ensemble des étudiants

II. Contexte

Parmi les 2 millions d'adultes de 18 à 25 ans, les étudiants représentent 1 400 000 Français dont 10 à 20% seulement pratiquent une activité physique ou sportive. Deux rapports ont récemment abordé cette question : le rapport WAUQUIEZ sur la santé des étudiants et le rapport AUNEAU-DIAGANA sur le développement du sport à l'université. Notre démarche aborde ces 2 questions sous un angle complémentaire.
La santé des étudiants est un enjeu majeur de santé publique parce qu'elle conditionne la réussite des études et la santé des individus au delà du parcours universitaire. Les enquêtes réalisées par les services de médecine préventive et par les mutuelles étudiantes confirment l'ampleur de certaines souffrances psychiques et le niveau des conduites à risque (tabac, alcool…).

La relation entre APS et santé pose un certain nombre de questions:

Comment lutter contre l'inactivité de cette jeune population ?
Comment sensibiliser les étudiants sédentaires à la pratique d'une activité physique ou sportive ?
Comment les mobiliser ?
Comment faire évoluer les comportements ?

Elle ouvre aussi des pistes intéressantes puisque la population des étudiants est encadrée par des professionnels de la médecine et de l'activité physique, qui ne travaillent pas encore main dans la main.
Précisons tout d'abord quelques éléments portant sur le fonctionnement et les acteurs de ce secteur à l'université.
À leur arrivée à l'université les étudiants recherchent une information centrée sur leurs besoins. Trois attitudes les distinguent face aux APS et à la santé :

Ceux qui aiment le sport et l'activité physique sont souvent ceux qui le pratiquent déjà ou qui voient l'opportunité de pratiquer une nouvelle discipline. Ils s'adressent au SUAPS pour s'inscrire dans les activités mises en place par ce service et encadrées par les enseignants.

Ils représentent environ 10% des effectifs en région parisienne et jusqu'à 20% en province, et s'inscrivent aux APS pour 2 raisons principales :

- **en formation qualifiante (FQ)** pour une pratique qui entre dans la formation initiale de l'étudiant et organisée sous forme d'UE Sport ou d'enseignements optionnels. L'étudiant qui la choisit valide des crédits européens (ECTS) qui entrent dans la validation de son diplôme. En moyenne les APS valent 3 ECTS sur un total de 30 nécessaires pour valider un semestre dans le cadre du LMD.
- **en formation personnelle (FP)** pour une pratique facultative que l'étudiant choisit en fonction de ses goûts et de ses envies, mais qui n'entre pas dans son cursus. Les possibilités offertes à l'étudiant sont uniquement dépendantes de l'offre proposée par les SUAPS et de l'adéquation avec son emploi du temps.

Ceux qui ont un problème de santé et qui s'adressent aux SIUMPPS pour bénéficier de conseils et de soins adaptés face aux problèmes rencontrés : sevrage tabagique, troubles du comportement alimentaire, prévention …

Ceux qui considèrent qu'ils vont bien (les trois-quarts environ[20]) et qui ne vont vers aucune de ces structures. Ils identifient le SUAPS comme le service *du sport ou de la compétition* et le SIUMPPS comme la structure à consulter s'ils sont malades. Ils ne sont concernés ni par l'un ni par l'autre et ne sont pas informés des bénéfices liés à une pratique saine des APS.

Les étudiants sont nombreux à abandonner toute pratique physique faute de temps, argument le plus souvent exposé, mais aussi faute d'avoir pu obtenir les bonnes informations au bon moment.

Ce constat montre le potentiel de cette population étudiante qui gagnera à être informée, guidée et suivie. Il ouvre aussi des pistes intéressantes puisque les universités disposent de professionnels de la médecine et de l'activité physique, qui mènent chacun de nombreuses missions spécifiques, mais peu d'actions coordonnées. Le rapprochement de ces 2 entités sera la clef de voûte des projets APS et Santé menés en milieu universitaire.

1. Les services en charge des APS et de la santé à l'université

Actuellement dans l'université, deux services distincts se partagent les pôles Activités Physiques et Santé : le SUAPS qui a pour mission d'organiser et gérer la mise en place des pratiques d'APS et le SIUMPPS en charge des problèmes de santé.

1.1 Le SUAPS : Service Universitaires des Activités Physiques et Sportives. 85 services sont présents dans les universités françaises et regroupés dans une instance nationale : le GNDS, Groupement National des Directeurs de Suaps. Ils gèrent l'organisation et la mise en pratique des Activités Physiques et Sportives au sein des universités. Cette gestion est fortement tributaire des installations disponibles ce qui explique la disparité de pratique entre Ile-de-France (10%) et régions (20%). Les missions des Suaps sont à la fois l'enseignement pour tous et l'animation, la compétition et les enseignements intégrés c'est-à-dire l'organisation et la mise en place des UE (Unités d'Enseignement) Sport.

Ces services communs fonctionnent avec des enseignants d'EPS titulaires et des vacataires en charge des APSA, appellation qui recouvre l'ensemble des Activités Physiques Sportives et Artistiques enseignées à l'université.

1.2 Le SIUMPPS : Service Inter Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé. C'est un service interuniversitaire composé d'équipes pluridisciplinaires (infirmières, médecins, psychologues et secrétaires) à la disposition des étudiants et des élèves de l'enseignement supérieur. Outre la visite médicale obligatoire des primo-inscrits prévue par le décret du 3 mai 1988, ses missions actuelles s'étendent à tous les champs de la prévention. En particulier, il mène et organise des campagnes d'information, de prévention et de promotion de la santé avec le souci permanent d'une participation active des étudiants.

Le SIUMPPS assure un accueil permanent et personnalisé des étudiants qui souhaitent demander conseil, contrôler leur état vaccinal, obtenir un certificat médical, etc. Il propose également quelques consultations spécialisées (nutrition, tabac), des consultations psychologiques. En outre, il possède un centre de

[20] Observatoire de la santé des étudiants, Grenoble 2008

documentation. Son but est d'assurer au mieux le bien-être physique, psychique et social des étudiants tout au long de leurs études avec des actions telles que : information tabac, troubles du comportement alimentaire, obésité, prévention des hépatites, ou du sida, troubles psychologiques, aide aux étudiants handicapés, lutte contre les comportements à risque et addictions. Ces services convoquent 55% des étudiants dont 35% se présentent à la consultation.

2. Les étudiants

Ils sont les premiers concernés par les démarches à entreprendre, en particulier les élus de l'université ou des associations, qui seront directement associées aux projets mis en place.

2.1 Les syndicats étudiants

Très actifs sur le terrain et très impliqués dans tout ce qui touche à la vie de l'étudiant. Les deux principaux: la Fédération des Associations Générales des Etudiants et l'Union Nationale des Etudiants de France constatent des insuffisances dans le domaine de la pratique et font état de leur inquiétude par rapport aux problèmes de santé des étudiants. Ils sont prêts à se mobiliser sur les questions de contenus liés à l'éducation à la santé.

2.2 Les associations étudiantes

Sous des appellations variées (Bureau des Etudiants, Amicales, Associations Sportives, Corpo, …) elles existent dans toutes les universités, ont une grande vitalité, sont bien organisées et impliquées dans de nombreux domaines. Une ligne budgétaire spécifique sur le budget de l'université (FSDIE : Fond Social de Développement des Initiatives Etudiantes) leur ouvre la possibilité de mettre en place de nombreux projets. Ces structures regroupent des étudiants actifs au sein de chaque université et permettent un dialogue de pair à pair, gage d'efficacité.

2.3 La CEVPU

La Conférence des Etudiants Vice-présidents d'Université regroupe les étudiants élus dans les universités au poste de Vice-président. Elle est un carrefour important des informations qui viennent du terrain et une force de proposition très intéressante dans la mise en place d'informations à destination des étudiants.

3. Les partenaires de l'Université

3.1 Le CNOUS

Présent sur tout le territoire grâce à ses 28 antennes régionales (les CROUS) et ses 500 restaurants universitaires (55 millions de repas servis annuellement), le CNOUS est un partenaire déjà impliqué dans des initiatives nationales ou locales : semaine du bien être, journée sans tabac, petits déjeuner santé, …

3.2 Les mutuelles étudiantes

Très engagées, présentes et actives dès l'inscription des étudiants, elles sont à l'initiative d'actions et projets en relation avec les SIUMPPS (ex : semaine du bien-être). Elles mènent des enquêtes régulières sur la santé des étudiants (problèmes d'addiction, tabac, alcool…) mais le problème de la dépense d'énergie quotidienne n'est pas encore clairement abordé.

III. Détail des propositions

1. Lancer en 2009 les « Etats Généraux Activités Physiques et Sportives pour la Santé à l'Université».

Il est nécessaire de commencer par un temps fort pour focaliser l'attention des différents acteurs du monde universitaire, présidents, enseignants, médecins et étudiants sur cette initiative nouvelle.

Ces Etats Généraux auront un double objectif :

- **Informer tous les acteurs de l'université** de l'importance de cette nouvelle mission afin de favoriser l'implication des personnels concernés. Partant des conclusions du rapport INSERM sur l'importance de la pratique des APS dans leur rapport avec la santé, ils permettront d'expliquer à chacun des acteurs pourquoi et comment ils vont pouvoir collaborer à la mise en place de ces projets d'un type nouveau. Pour illustrer cette collaboration, quelques unes des meilleures actions déjà menées dans ce domaine seront présentées (voir §3). Il s'agira de mutualiser les expériences et d'envisager les moyens nécessaires pour les reproduire ou les développer.
- **Mettre en place le comité national** de pilotage du programme UNIVER'SANTE chargé de coordonner les actions entreprises sous ce label et d'élaborer les divers programmes et outils de communication qui vont les accompagner, d'organiser régulièrement des réunions qui permettront de faire état des expériences mises en place au plan local, de les confronter les unes aux autres, de les bonifier, d'impulser de nouvelles initiatives, de réactualiser les données nouvelles médicales ou sportives.

2. Créer à la rentrée 2009 / 2010 une Commission UNIVER'SANTE dans chaque université.

Pour pérenniser ce programme, il faut une structure spécifique en charge de ce type d'action dans chaque université : la Commission UNIVER'SANTE regroupera autour d'une même table : les enseignants du SUAPS, les équipes médicales des SIUMPPS et les représentants étudiants (élus, associations). Cette commission de pilotage local aura pour mission de définir et mettre en œuvre les actions concrètes spécifiques sur la thématique « Activités Physiques ou Sportives pour la Santé ». Il faudra associer à cette commission les partenaires naturels déjà impliqués dans ce type de démarche, que sont les CROUS et les mutuelles étudiantes, et laisser la possibilité en fonction des régions d'adjoindre des partenariats locaux avec les collectivités territoriales ou des acteurs de santé.

3. Faire connaitre et rassembler les initiatives APS-Santé déjà existantes dans le concept commun UNIVER'SANTE

Un effort important de communication doit être entrepris dans ce domaine sur les sites des universités, tant sur la page d'accueil que sur les sites des SIUMPPS ou du SUAPS (qui ne doivent pas refléter que la préoccupation Sport de compétition)

De nombreuses expériences, disséminées dans toute la France, ont déjà été mises en place sur la relation APS-Santé. Elles sont menées par les SUAPS et les SIUMPPS, avec le soutien des organisations étudiantes et des partenaires comme les CROUS, les mutuelles, la FAGE… avec des appellations variées. Voici des exemples d'actions montrant que cette route est déjà ouverte dans plusieurs régions :

- Semaine du Bien Être / SIUMPPS et SUAPS Paris
- Semaine No Stress / Paris Assas
- Expérience « univer'santé » / Rennes 2
- Pole des Activités physiques et Santé / Grenoble
- Programme « Active ton bien être » / ANESTAPS
- Bouger, bien manger : la recette pour mieux réussir / Université d'Artois
- Forme et bien-être à l'université / Franche Comté

Ce type d'action pourrait servir de base à la mise en place du premier programme national UNIVER'SANTE. Le partage entre tous les acteurs concernés de ces expériences déjà mises en place dans l'hexagone est une source importante d'informations, de suggestions et de partenaires potentiels, qui permettront une déclinaison rapide et concrète.

4. Faire évoluer les initiatives existantes en y associant les APS-Santé pour les faire entrer dans le concept commun UNIVER'SANTE

Il s'agit ici d'élargir des initiatives existantes et centrées essentiellement sur la nutrition ou les problèmes de santé des étudiants en y apportant des compléments sous forme d'atelier d'activités physiques, pour compléter les messages diffusés lors de ces actions.
Exemple : aux Petits Déjeuners Santé organisés par les SMEREP en collaboration avec le CROUS, associer des activités physiques variées à vocation de réveil musculaire : stretching, yoga, jogging… Cette proposition supplémentaire serait facultative et ouverte à tous ou pourrait être une pratique validante dans le cadre d'une UE APS-Santé.

5. Associer dès 2009 les SUAPS aux actions organisées par les SIUMPPS sur les thématiques de santé

Cette démarche sera le premier pas de la collaboration future. Collaboration qui existe déjà dans certaines universités, comme à l'Université Pierre et Marie Curie où elle est réelle depuis 4 ans sur les assises de la santé, les groupes anti-tabac et plusieurs autres manifestations. Or elle est facile à mettre en place rapidement et demande peu d'investissements car elle concerne des services communs qui existent dans toutes les universités. Elle serait un premier pas concret, pratique et direct qui impulserait une dynamique dans la relation entre ces deux entités.

6. Créer un support APS - UNIVER'SANTE pour toutes les opérations de promotion communes SUAPS – SIUMPPS

Pour faciliter la mise en œuvre rapide de cette collaboration nous proposons de créer un dossier type « Activités Physiques et Sportives et Santé » élaboré et financé nationalement qui servira de référence commune et sera mis à disposition des SUAPS et SIUMPSS pour ces manifestations. Il contiendra des documents d'information spécifiques et des informations sur les modalités de mise en place d'ateliers pratiques : test d'évaluation des capacités cardiovasculaires sur ergomètre, test de force, de puissance, de détente, de souplesse, …

7. Lancer un appel à projets entre associations étudiantes dans le domaine « Activités Physiques ou Sportives pour la Santé »

Une subvention serait attribuée pour récompenser l'association étudiante la plus imaginative et la plus active dans ce domaine. Les associations étudiantes, qui fonctionnent parfaitement bien en toute autonomie, peuvent être sensibilisées et mobilisées directement par rapport à cette démarche. Charge à eux de solliciter leurs pairs, souvent plus sensibles à leurs arguments qu'à ceux des adultes, mais aussi les services Suaps, Médecine préventive, Vie étudiante ou les Collectivités locales, qui sont de la même collectivité. Un premier pas a été fait par l'association des étudiants en STAPS, ANESTAPS, qui a lancé en 2008 une campagne « Active ton bien être ».

8. Augmenter l'offre de pratique APS durant le week-end

Il s'agit d'augmenter l'offre et la variété des propositions au moment où les étudiants ont le plus de disponibilité. Cette démarche concerne à la fois les grandes villes et tous les grands campus de province, car les étudiants qui ne rentrent pas chez eux sont plus disponibles à ce moment de la semaine, où l'offre d'APS n'est pas la plus forte.

Dans cette optique on pourra augmenter l'offre de cours ciblés « Activités Physiques et Santé » : yoga, musculation, stretching, Taï chi chuan, stretching et relaxation, mais également mettre en place des activités de plein air : sorties vélo ou roller, randonnée pédestre, VTT…

9. Valoriser les moyens de transport urbain de type mobilité active

Il s'agit d'inciter les étudiants à avoir recours à ces modes de transport pour la majorité de leurs déplacements. Cette proposition se décline en 2 axes complémentaires :

- faire prendre en charge tout ou partie de l'abonnement vélo dans les villes, de plus en plus nombreuses, où ce type de transport est implanté (Vélib, Vélov, Vélodi et autres Cyclocités) et créer des emplacements spécifiques au contact ou dans les universités pour faciliter la prise en main et le retour des vélos.
- soutenir le développement de ce type d'initiative, en s'inspirant d'actions telles que Vélocampus (associations étudiantes qui prêtent et entretiennent gratuitement un vélo pour une adhésion annuelle de 20 à

40 euros sur certains campus (Nantes, Dijon, Aix, Saint Etienne). D'autant plus que ces associations sont aussi force de proposition de sorties, ballades, rallyes ou manifestations.

10. Faire évoluer le contenu des Unités d'Enseignement Sport

Qu'elles deviennent obligatoires dans le parcours Licence ou qu'elles restent optionnelles, nous proposons d'inclure un large volet d'information sur la relation « Activités Physiques ou Sportives pour la Santé » dans toutes les UE Sport pour que tous les étudiants aient une fois dans leur cursus des informations précises et concrètes sur les effets des APS sur la santé.

Cette évolution est déjà en place dans certaines universités mais des contenus spécifiques APS-Santé élaborés en concertation entre médecins et enseignants d'EPS sur la base de l'expertise collective INSERM et mis à disposition de toutes les universités pourraient être rapidement en place dans un grand nombre d'autres.

11. Créer des UE « Activités Physiques ou Sportives - Santé » complémentaires des UE Sport

Cette proposition permettra d'attirer vers les APS des étudiants qui n'ont pas fait de sport depuis longtemps ou qui n'osent pas aller vers les UE Sport qu'ils pensent trop marquées du sceau de la compétition.

Basée sur des contenus pratiques et théoriques spécifiques, cette initiative existe déjà dans certaines universités (Pierre et Marie Curie, Paris) et pourrait être largement développée dès la rentrée 2009/2010.

Ce sont souvent des cours qui permettent de redécouvrir la diversité des activités qui peuvent être pratiquées à des fins de bien être : marche, course aérobie, stretching, renforcement musculaire…

12. Mettre en place un test d'évaluation de la forme : ATHLETEST

Intégré à l'UE « Sport » et à l'UE « APS-Santé », le passage de l'ATHLETEST, méthode d'évaluation de la forme pour tous les publics porté par la Ligue Nord - Pas de Calais d'athlétisme, permettra d'avoir un indicateur commun de l'état de forme à l'ensemble de la population étudiante française. Ce test permet de répondre à des questions simples mais primordiales : suis-je en forme ? Quels sont mes points forts ? Comment je me situe par rapport à ma tranche d'âge ? Ce test dispose d'un protocole largement expérimenté et validé qui en facilitera la mise en œuvre et qui permettra éventuellement de l'étendre par la suite à l'ensemble des entrants à l'université.

IV. Relations avec le rapport « Sport à l'Université » de MM. G. AUNEAU et S. DIAGANA

Toutes ces mesures sont articulées avec le rapport Auneau - Diagana, et plus particulièrement avec le chapitre III « Les mesures clés et dispositifs afférents à appliquer pour un développement ambitieux des pratiques physiques et sportives à l'université » qui recommande de « construire et mettre en œuvre des contenus de formation liés à la santé » et de « construire et mettre en œuvre une campagne de lutte contre la sédentarité des étudiants ».

Nos propositions sont aussi liées directement à 5 autres préconisations du rapport qui auront un impact direct sur les nôtres, une fois adoptées:

Paragraphe I : Créer une UE activités physiques et sportives obligatoire. La notion d'obligation augmentera considérablement le nombre d'étudiants qui vont s'inscrire dans l'UE Sport et nécessairement dans l'UE APS-Santé.

Paragraphe II : Valider un droit sport obligatoire. C'est un point clef du rapport qui conditionne l'offre qui sera faite aux étudiants tant en qualité qu'en quantité. Si ce droit sportif est adopté, il permettra aux SUAPS de mieux répondre aux demandes des étudiants.

Paragraphe III : Mettre en œuvre un plan « Marshall » de la rénovation des installations. Cette mesure vise à répondre aux besoins immédiats, en mutualisant l'utilisation des installations sportives existantes, publiques et privées, à les utiliser dans les périodes creuses, à cibler l'offre en fonction des possibilités existantes et de l'environnement.

Paragraphe VI : Créer un guichet unique : le Département des Activités Physiques et Sportives. Il a pour objet de rassembler tous les acteurs de l'université dans une même structure pour clarifier et faciliter la lecture des APSA à l'université. Cette mesure facilitera autant la diffusion des informations Sport que des informations « APS - Santé » et offrira un encrage encore plus clair au plan UNIVER'SANTE.

Paragraphe VII : S'ouvrir aux acteurs du monde sportif, économique et social. La recherche de partenariats et financement extérieurs sera là aussi un levier très favorable à nos propositions. Les industriels du monde de la santé (industrie pharmaceutique, compagnies de prévoyance et d'assurance, …) pourraient être des partenaires potentiels.

L'ENTREPRISE
VECTEUR DE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ
PAR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE

Coordinatrice
Tézenas du Montcel Magali

Groupe de travail
Solly Claudie
Hazebroucq Vincent
Meyer Jean-Pierre
Magnin Arnaud
Ménard Colette
Picard John

Autres contributeurs et auditions
Eycken Benoit
Descamps Tanguy
Mme Leprout
Liogier Christian
Ronzière Pascal
Traineau Stéphane
Tanchoux Pascal
Dr Légeron
Mialocq Sandrine
Dufour Xavier
Cazals Véronique
Mr Le Cren
Mme Coudurier
Troost Marguerite
Lamure Elizabeth
Jambon Michel
Comte Michel
Correa de Sampaio Vannina
Levrel Sabine
Bessy Frédéric
Mr Paoletti
Mr Deschamps
Bouhy Alain
Mossenta Marc
Mr Négroni
Cadi Myriam
Mr Comte
Guet Christian
Charton Michel
Leducq Séverine
Ricard Jean-Michel
Turcas François
Pellet François
Mr Obeniche
Mr Cimetière
Durand Claude
Perrut Bernard
Guerin Bernard
Gérault Jacques
Bigot Sandrine
Toussaint Gérard
Dr Martin
Dubuis Maître
Lamblin Philippe

I. Synthèse

Le contexte et les enjeux : pourquoi impliquer le monde de l'entreprise dans un plan national de prévention santé par l'activité physique et sportive (APS) ? La pratique de l'APS, n'est certainement pas la clef de tous les maux qui menacent les entreprises et leurs salariés, mais elle a fait la preuve de son efficacité dans les études scientifiques sur plusieurs critères révélateurs d'une bonne santé des salariés en entreprise et de l'entreprise elle-même. L'offre d'APS via l'entreprise pourra répondre en partie à la demande de bien-être et d'équilibre au travail tant recherché par les salariés. Le cadre de l'entreprise est légitime et pertinent pour favoriser l'APS auprès de la moitié de la population française de plus de 15 ans, ce qui s'inscrit dans la volonté et la responsabilité de l'entreprise de veiller à la bonne santé de ses salariés.

1. Etat des lieux de l'existant en France et dans le monde

L'activité physique est absente des représentations du mieux être au travail même s'il existe quelques démarches pionnières actuellement en France, qui peut être comparées aux expériences du Canada, de la communauté européenne ou de l'organisation mondiale de la santé.

2. Les acteurs

L'ensemble des acteurs internes (direction générale, salariés, management, partenaires sociaux, direction des ressources humaines, médecine du travail, service communication) et externes (collectivités territoriales, CRAM, monde sportif, secteur privé et institutions) peuvent se saisir de ces propositions et considérer le sujet dans sa globalité.

3. Propositions principales

Les recommandations visent à mobiliser les acteurs internes et externes à l'entreprise, tirer parti de la composante environnementale de l'entreprise, lever les freins, considérer la contrainte « temps », profiter des opportunités et des dynamiques en cours, veiller à s'adapter au type de métier et à la taille de l'entreprise.

Des 42 recommandations émises, la commission considère prioritaires les mesures suivantes :

1. Sensibiliser les acteurs internes aux entreprises (les salariés, le management, les DRH, les partenaires sociaux) à l'intérêt d'utiliser l'activité physique ou sportive comme « fil rouge » dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de vie en entreprise.

2. Intégrer l'APS en entreprise au titre de la prévention secondaire du stress tel que le recommande le rapport Légeron.

3. Créer un référentiel qualité d'intervention en entreprise référençant les apports possible des acteurs externes à l'entreprise.

4. Sensibiliser et former les médecins du travail à la prescription et au suivi des APS.

5. Impliquer les collectivités territoriales en particulier pour aider les PME et TPE.

6. Passer d'une politique de prévention du risque à une démarche santé / bien-être.

7. Sensibiliser les conseillers CRAM à la démarche APS en entreprise.

8. Utiliser l'entreprise dans sa composante environnementale (locaux, environnement direct, plan de déplacement d'entreprise, responsabilité sociale d'entreprise).

9. Intégrer l'APS dans le document unique formalisant l'évaluation des risques professionnels et les mesures de prévention.

10. « Retrouver la forme en 3 escaliers » est un exemple de campagne d'intervention simple à mettre en place et ayant démontré son efficacité en terme

de santé publique. L'objectif est de monter 3 étages 3 fois par jour, soit moins de 10 minutes intégrées dans une journée normale de travail.

II. Contexte et Propositions

1. Enjeux : pourquoi impliquer le monde de l'entreprise dans un plan national de prévention santé par l'activité physique ou sportive (APS) ?

1.1. Intérêt de la démarche sport santé en entreprise

- **Le temps est l'un des facteurs limitants** de la pratique d'activités physiques ou sportives. Le manque de temps ainsi que les contraintes familiales et professionnelles sont parmi les premiers freins cités par les français. Compte tenu du temps quotidien passé en entreprise, on perçoit l'opportunité de développer la pratique d'activité physique ou sportive en l'intégrant dans le temps total d'une journée de travail, incluant les transports.

- **Les actifs représentent par ailleurs, un public captif** qu'il est plus facile d'atteindre de façon continue et personnalisée. L'entreprise offre un cadre idéal à des actions de proximité qui sont l'un des facteurs clefs de succès des programmes de prévention ou de promotion de la santé.
  D'après la dernière enquête INSEE [21], 25,6 millions de français occupent un emploi, ce qui représente 52% de la population de plus de 15 ans. 90 % sont salariés, 74% appartiennent au secteur tertiaire, 15% à l'industrie, 7% au secteur de la construction et 3% à l'agriculture. L'entreprise représente un vecteur considérable mais hétérogène puisque 59% des entreprises ne comptent qu'une seule personne, 40% moins de 50 et 1% plus de 50 salariés.

- **Les salariés sont demandeurs, en particulier les jeunes générations, d'un mieux être au travail**. Dans les enquêtes qui ciblent les interventions possibles de l'entreprise sur la santé, le fait de rendre l'environnement plus sain et moins pollué d'une part et d'aider ses salariés à acquérir une meilleure hygiène de vie d'autre part sont cités en premier [22]. Les entreprises en développant globalement le bien-être de leur salariés ont tout à gagner : chacun, tant l'individu que l'entreprise, y trouve un bénéfice pour sa santé. Ainsi, le développement de l'activité physique ou sportive, vecteur de santé physique, psychique et sociale s'inscrit dans un objectif plus global de **bien-être au travail.**

- **L'activité physique ou sportive véhicule des valeurs** de dynamisme, de mouvement, de performance, d'équipe qui en font un sujet très attractif et synergique pour l'entreprise dans ses dimensions managériales et compétitives.

- **Les entreprises prennent de plus en plus conscience de leur rôle en matière de santé**, celle de leurs consommateurs ou clients et celle de leurs salariés. Le « désir de santé » des français a été compris par un nombre croissant d'entreprises et intégré dans leur politique interne et externe.

1.2. Eléments de santé au travail

[21] Enquête emploi INSEE 2007
[22] Baromètre Santé BVA Protéines 2006

Il ne s'agit pas ici de faire un bilan exhaustif sur le sujet mais de relever les sujets préoccupant le monde des entreprises et pour lesquels la pratique d'une activité physique peut apporter une réponse partielle.

Preuves de l'efficacité de l'activité physique sur le climat social, l'absentéisme, la productivité d'entreprise, l'image ou l'attractivité

Des études ont démontré, sur ces différents critères, l'intérêt de l'APS ou de programmes plus larges visant à développer des habitudes saines.

Demande d'amélioration du climat social et de bien-être

Le bien-être est souvent compris comme un équilibre entre vie privée et vie professionnelle, toute action facilitatrice durant la journée de travail contribue à améliorer la qualité de vie globale, y compris personnelle ou familiale, tant recherchée aujourd'hui.

Face à un contexte général dégradé, les salariés sont ainsi en demande d'amélioration du climat social comme de bien-être au sein des entreprises. D'après une étude portant sur 90 000 salariés à travers le monde, 29% des salariés européens et 22% des français estiment que leur direction générale se soucie peu de leur satisfaction et de leur bien-être[23]. Seulement 23% des salariés français et 29% des européens déclarent que leur direction s'adresse à eux de manière franche. 99% des entreprises déclarent que le bien-être des salariés est un enjeu important pour l'entreprise ; pourtant, 58% d'entre elles déclarent ne pas avoir mis en place de mesures concrètes pour prévenir une dégradation de la qualité de vie[24].

Les PAE (programmes d'aide aux employés, dispositifs de conseil, soutien thérapeutique, activité de prévention et de promotion de mieux-être au travail) se développent actuellement. Leur mise en œuvre s'accompagne d'une réduction de l'absentéisme, d'une amélioration du climat social, d'une diminution des conflits, d'une performance accrue pour des salariés en meilleure santé psychologique.

Aujourd'hui, seul 1,5% des salariés français ont accès à ces services. Une solution virtuelle a même été développée en particulier pour les petites entreprises qui ne sont ainsi pas exclues de ce concept, certaines ayant même désigné des responsables « bien-être ».

Productivité

Des études québécoises ont montré que chaque montant investi dans des programmes destinés à améliorer les habitudes saines et l'environnement du salarié rapporte 2 à 3 sa valeur en gain de productivité sur les 5 années suivantes, sans compter les coûts de santé publique épargnés. Par ailleurs, un employé physiquement actif est 12% plus productif qu'un employé sédentaire [25].

Absentéisme : éliminer un seul des facteurs de risque à la santé diminue l'absentéisme de 2% et augmente la productivité de 9%[26]. Plusieurs études ont montré l'efficacité de l'activité physique ou sportive sur la réduction de l'absentéisme. Certaines études montrent l'intérêt particulier de programme d'APS spécifiquement destinés aux salariés sédentaires.

Troubles musculo-squelettique : l'intérêt de l'APS est démontré dans la réduction de morbidité des TMS en particulier chez les salariés sédentaires qui montrent un gain net de morbidité sur le mal de dos.

[23] Global Workforce Study, Towers Perrin, 2007
[24] Malakoff-Médéric et AGSE, 2007
[25] Santé Canada 2006
[26] Pelletier

Image et attractivité de l'entreprise : le fait que l'entreprise soit active en interne et en externe sur la santé a un impact positif sur son image : 81% des personnes interrogées en 2006 disent avoir dans ce cas une meilleure image de l'entreprise et 73% sont davantage tentées d'utiliser les produits et services qu'elle propose. L'implication en santé influence aussi dans une moindre mesure l'attractivité de l'entreprise, tant en terme de recrutement que de souscription à ses actions.

L'absentéisme, premier critère de santé au travail

L'absentéisme a connu une forte augmentation à la fin des années 90, s'est stabilisé en 2003 et diminue depuis[27]. Mais son impact en termes d'organisation et de coût demeure lourd. Le coût de l'absentéisme était de 7,4 milliards d'euros en 2003 dont 5,4 à la charge de l'assurance maladie. L'absentéisme touche les ouvriers (pathologies ostéo-articulaire, maladies cardiovasculaires, troubles liés au stress…) comme l'encadrement (pathologies cardiovasculaires, stress…).

Peu d'entreprises ont intégré ces données dans leurs stratégies de prévention. La santé au travail est encore essentiellement perçue comme la prévention des risques professionnels et pas encore dans une dimension plus globale de bien-être physique, moral et social.

D'après une étude de la commission européenne en 2002, **le stress au travail** aurait provoqué plus de 50% de l'absentéisme. Le récent rapport Légeron remis à Xavier Bertrand, ministre du travail, met bien en évidence l'ampleur de ce phénomène et classe le stress comme premier risque psychosocial.

La pratique de l'APS, n'est certainement pas la clef de tous les maux des salariés et de l'entreprise, mais elle a fait la preuve de son efficacité dans des études scientifiques sur plusieurs critères révélateurs d'une bonne santé des individus et de l'entreprise elle même. L'offre d'APS en entreprise peut répondre en partie à la demande de bien-être et d'équilibre au travail tant recherché par les salariés. Ce cadre est légitime et pertinent pour favoriser l'APS auprès de la moitié de la population française de plus de 15 ans. Faciliter cette pratique peut s'inscrire dans la volonté et la responsabilité de l'entreprise de veiller à la bonne santé de ses salariés.

[27] CNAMTS/EPIB

2. Etat des lieux de l'existant en France et dans le monde

2.1. L'activité physique absente des représentations du mieux être au travail

Encore trop peu d'entreprises sont réellement engagées dans une démarche s'appuyant sur l'activité physique ou sportive de façon holistique.

- D'après l'enquête BVA, réalisée en 2006 pour l'INPES et l'ANPAA auprès de 811 DRH, la santé au travail, dans le cadre de leur entreprise évoque avant tout pour eux des préoccupations en termes de prévention des risques professionnels (34% dans les entreprises de plus de 50 salariés, 24% dans les TPE), de respect des règles de sécurité (respectivement 24% et 21%) puis de santé du personnel et de bien-être des salariés (22% et 18%).
- Dans les entreprises de plus de 50 salariés, 81% des DRH déclarent avoir déjà mis en place des actions sur différentes thématiques liées à la santé ; les initiatives sont cependant moins fréquentes dans les petites entreprises (40%).
- Les initiatives prises portent prioritairement sur la consommation de tabac (36% à 37%), la prévention des risques professionnels (36% à 37%). La consommation d'alcool est évoquée dans 35% des cas par les DRH d'entreprises de plus de 50 salariés (20% dans les TPE). La prévention des accidents du travail est une préoccupation commune (25% dans les PME, 28% dans les TPE). Le mal de dos et les lombalgies sont davantage mentionnés dans les TPE (29% contre 21%) et les TMS dans les PME (16% contre 5%)
- Les actions sur la nutrition ne sont évoquées que dans 3% des cas ; l'activité physique quant à elle n'est jamais évoquée.
- En ce qui concerne l'avenir, le tiers (38%) des DRH d'entreprises de plus de 50 salariés (68% pour les TPE) déclarent ne pas souhaiter aborder d'autres sujets que ceux précédemment traités. Le stress au travail ressort en première position parmi les thèmes attendus.

2.2. Démarches pionnières actuellement en France

Certaines entreprises mènent des projets d'actions tels que par exemple :

- Echauffement des compagnons sur les chantiers, dont le but est d'éviter les accidents survenant souvent dès les premières heures de travail. Les entreprises de BTP ayant mis en place de tels programmes ont vu ainsi le nombre d'accidents du travail diminuer de façon significative.
- Organisation d'événements telles que des journées ou semaines « santé et bien-être ».
- Opérations de sensibilisation et d'accompagnement via les intranet ou les revues internes.
- Certaines entreprises associent aussi les enfants de salariés dans leurs opérations, en organisant des journées spécifiques.
- Implantation de salles de sport au sein de l'entreprise, ceci est souvent réservé aux grandes entreprises qui gèrent ou sous traitent le plus souvent à des prestataires externes ces activités.
- Des cours de relaxation, de yoga sont parfois proposés lorsque l'entreprise dispose d'une salle à cet effet.
- La participation et surtout la préparation physique à des événements sportifs (marathons, courses…) peuvent être proposées.

- Des campagnes d'affichage et de diffusion de documents sur les modes de vie sains sont réalisés.
- Certaines entreprises évaluent leur état de forme en confiant à des prestataires cette évaluation qui peut se faire in situ ou via le web.
- Des solutions de « coaching » individuel peuvent être facilitées par l'entreprise.
- Enfin, on peut aussi voir se développer des espaces bien-être proposant des APS.

Les initiatives sont extrêmement variées et dépendent du type de métier et de la taille de l'entreprise. Par ailleurs, il faut noter que l'évaluation de ces programmes est encore peu réalisée.

2.3. Références à l'étranger

La France possède un certain retard en matière de programmes de santé et d'APS en entreprise, en particulier vis-à-vis du Canada, pionnier en la matière, et même d'autres pays européens. Certaines initiatives ainsi que les recommandations émises par des organismes internationaux, en particulier l'OMS et le mouvement « Move Europe » peuvent être mises en évidence.

2.3.1. Canada

- programme « Escaliers vers la santé » :

o Monter les escaliers est une activité simple, ne nécessitant pas d'équipement particulier donc accessible à tous et qui a fait la preuve de son efficacité sur bon nombre de critères tels que la réduction du risque de mortalité à partir de 55 étages par semaine, soit à peine 8 par jour [28], la condition physique et capacité aérobique, la densité osseuse chez les femmes post-ménopausiques [29], le taux sanguin de HDL (« bon cholestérol ») dans le sang [30] ou la musculature des jambes, ce qui s'avère important dans la prévention des blessures causées par les chutes [31].

o L'objectif de 30 minutes quotidiennes d'activité physique peut être en grande partie atteint grâce à l'utilisation des escaliers [32]. Les interventions augmentent habituellement le taux d'utilisation de l'escalier de 6 à 15 %. Compte tenu de la faible utilisation des escaliers aujourd'hui le moindre changement d'habitude pourrait entraîner des gains considérables sur le plan de la santé publique.

o Le programme « Escalier en santé » est un modèle du genre qui met à disposition tous les outils pratiques nécessaires à sa mise en place grâce à un site extrêmement complet (http://www.phac-aspc.gc.ca/sth-evs/francais/index.htm). Il existe des fiches pour la mobilisation des salariés, pour la conception et la mise en sécurité des escaliers, des outils d'évaluation, de conception de budget, de mobilisation du management, du matériel (affiches), des partages d'expérience (« Histoires à succès »).

- Label « Entreprise en santé » du Québec :

[28] Paffenbarger et al. 1993
[29] Coupland et al. 1999
[30] Wallace et Neill, 2000
[31] Allied Dunbar Survey, 1992
[32] Kerr, 2001

Le bureau de normalisation du Québec (BNQ) et le groupe de promotion pour la prévention en santé (GP2S) ont présenté début 2008 une norme dont le but est d'améliorer durablement la santé des personnes dans le milieu du travail. Il s'agit pour les entreprises d'apporter des actions favorisant « l'acquisition de saines habitudes de vie et le maintien d'un milieu du travail favorable à la santé ».

Quatre thèmes sont considérés : les habitudes de vie (parmi lesquelles la lutte contre la sédentarité et les programmes de sensibilisation à l'activité physique), l'équilibre travail - vie personnelle, l'environnement de travail et les pratiques de gestion. Un travail de certification est en cours. Car le deuxième objectif de cette norme est de reconnaître les efforts des entreprises. Afin d'être accessible par toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, il existe deux niveaux d'engagement possible.

Cette norme a été récemment présentée en France à différents organismes tels que l'INPES et l'ANACT.

2.3.2. Grande Bretagne : principales recommandations du NICE

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) a récemment émis des recommandations (mai 2008) auprès des entreprises afin que celles-ci encouragent l'activité physique de leurs employés. Le NICE considère aussi le milieu du travail comme une opportunité de toucher une partie importante de la population.
On peut résumer leur travail en trois grands sujets :

- La mise en place d'une réelle politique de développement de l'APS dans un cadre plus large d'amélioration de la santé ;
- Encourager les employés à utiliser des modes de transports alternatifs à la voiture lors de leurs trajets entreprise / domicile ;
- L'aide de l'entreprise pendant la journée de travail, grâce à des conseils sur l'APS et l'encouragement à monter les escaliers.

2.3.3. Les recommandations européennes et mondiales

Le sujet de l'APS en milieu du travail fait l'objet de recommandations, de groupes de travail et de réseaux au niveau européen et mondial. Tant l'Europe, via le programme "Move Europe" et l'European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont déjà émis un certain nombre de recommandations de « best practices ».
On notera les principales recommandations de l'OMS :

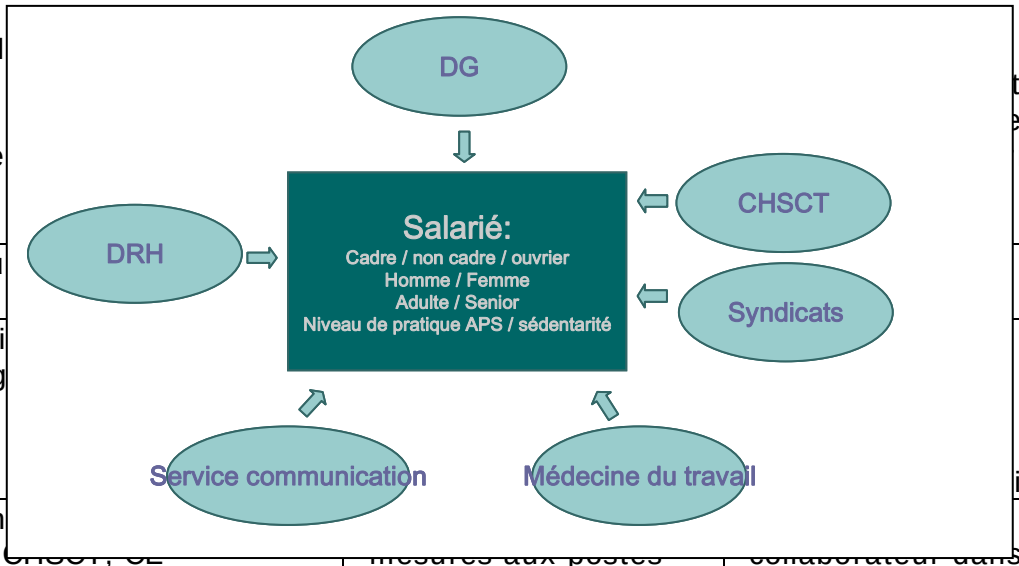
- définition d'objectifs clairs ;
- lier les programmes avec des objectifs de « business » ;
- fort soutien du management ;
- communication efficace ;
- implication des employés à tous les stades du programme ;
- créer un environnement favorable ;
- adapter le programme aux normes sociales ;
- envisager l'utilisation de mesures d'incitation auprès des employés ;
- approche impliquant de nombreux acteurs ;
- intérêt du suivi et de l'évaluation des programmes.

3. Identification et rôle des différents acteurs

La demande de bien-être des salariés dépend de critères tels que l'âge, le sexe, le cycle de vie dans l'entreprise, le niveau initial d'activité ou de sédentarité ou le style de vie du salarié. Pour y apporter une réponse concrète et pertinente, l'entreprise peut compter sur de nombreux acteurs dont le rôle est essentiel au développement de l'APS.

3.1. Acteurs internes

➢ Cartographie des acteurs au sein de l'entreprise



▪ Rôl
Il est tervenir
dans er pour
l'entre me.

Acteu		
Directi Manag		ise
Parten Élus, CHSCT, CE	mesures aux postes et à la demande	collaborateur dans l'entreprise Minimiser les risques
Direction Ressources Humaines	Coordonnateur possible	Climat social favorable Motivation des collaborateurs Attractivité de l'entreprise Fidélisation des collaborateurs
Médecine du travail	Définition du cadre scientifique. Pertinence des adaptations	Santé Bien-être Minimiser les risques
Service communication	Facilitateur Coordonnateur possible Diffuseur et amplificateur des messages	Créer du lien social Communication interne sur des valeurs fortes fédératrices

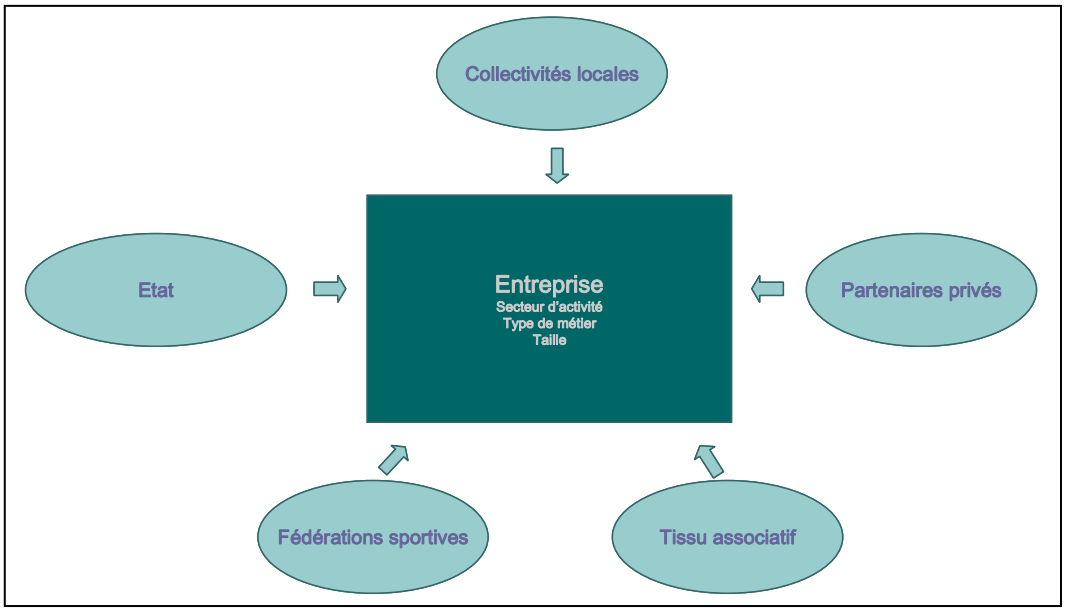
Chacun de ces maillons a un rôle à jouer et des intérêts convergents vers un même objectif. La situation idéale est d'avoir chacun d'entre eux impliqué dans un volet du programme d'intervention commun sous coordination unique. Il s'agit d'un facteur clef de succès, pourtant rarement présent, car les interventions sont souvent isolées, initiatives d'un service particulier voire d'un individu ne faisant pas l'objet d'un réel projet. Afin d'atteindre l'objectif final de changement de comportement, il convient de mettre en place un projet transversal dans l'entreprise qui requiert un groupe incluant les salariés et la mise en place d'un processus impliquant le management .

Il faut par ailleurs noter que bon nombre de ces acteurs n'ont pas encore suffisamment connaissance de l'intérêt que peut avoir dans leur fonction l'intégration de programme de développement d'APS.

3.2. Acteurs externes

Il existe en dehors de l'entreprise des acteurs qui proposent déjà des solutions pour développer l'APS.

- Cartographie des acteurs externes à l'entreprise



- Offre en terme d'APS, ce que chacun peut apporter, intérêt de la démarche

Acteur	**Rôle**	**Intérêt**
Collectivités locales Commune Communauté de Communes et EPCI (Établissements Publics de Coopération Intercommunale) Département Région	Aide aux PME/TPE Mise à disposition d'encadrants et d'infrastructures, Aménagements des espaces verts et des voies d'accès aux abords des entreprises Transport vers les infrastructures ou lieux de manifestations sportives (parcours de santé…) Financement de la formation	Développement économique Attirer les entreprises (implantation sur des sites attractifs, exonération de charges ou de la taxe professionnelle) Valorisation du patrimoine Développement durable Lien social Meilleure santé
Etat Institutions	Documentation Campagnes d'information Thématique interministérielles	Diminution des dépenses de santé publique Amélioration des conditions de travail Diminution de l'absentéisme et des accidents du travail Bien-être de la population
Fédérations sportives et Associations	Activités spécifiques répondant aux besoins des salariés Encadrement qualifié Conseil et expertises Évaluation des bénéfices de l'APS (pour le salarié et l'entreprise) Formation de salariés à l'encadrement d'une APS Mise à disposition d'infrastructures sur certains créneaux horaires	Nouveaux adhérents et licenciés Offre correspondant à la demande sociale Gain de notoriété Lien social
Partenaires privés Fournisseurs d'actions ou de programmes en lien avec les APS Mutuelles Assurances	Élargir l'offre d'APS Participation au financement pour les entreprises adhérentes (aménagements dans l'entreprise, formation dans le cadre de la FPC, supports d'information…) Mutuelles : élaboration de programmes visant à sensibiliser aux bienfaits de la pratique régulière d'APS	Fidélisation des entreprises adhérentes Valorisation d'image Différenciation / Concurrence Bienfaits pour la santé, économie sur les soins à long terme

4. Propositions pour un plan de développement des APS en milieu du travail

4.1. Objectifs et stratégie d'action

- Il s'agit de :
  - créer un environnement favorable et dynamisant au sein et autour de l'entreprise,
  - afin de motiver le plus grand nombre de salariés à mettre en place ou développer une activité physique favorable à leur santé,

- Afin d'atteindre cet objectif, il paraît indispensable de suivre les axes stratégiques suivants :
  - utiliser tous les leviers possibles afin de sensibiliser et motiver les acteurs internes à l'entreprise,
  - activer l'implication ou développer l'engagement des acteurs externes,
  - envisager l'entreprise dans sa dimension environnementale,
  - identifier et lever les freins à la démarche,
  - tirer partie des opportunités identifiées,
  - veiller à ne pas faire de recommandations excluant les PME et TPE,
  - développer une stratégie de communication adaptée,
  - créer un référentiel,
  - positionner l'APS dans une problématique de bien-être au quotidien

4.2. Motiver les acteurs internes à l'entreprise

- Directions générales, management et ressources humaines

R1 : Sensibiliser la direction et les DRH à l'intérêt de développer une démarche vertueuse de Prévention, Santé Active et Bien-être
Un programme de sensibilisation sera mis en place auprès des organismes représentatifs de la profession (Medef, CGPME, CJD, Chambres de Commerce, Chambres des Métiers et de l'Artisanat) afin de mettre en évidence l'intérêt de l'activité physique des salariés.
Comme pour le management, il convient de mettre en place des actions de sensibilisation à l'APS auprès des DRH, en utilisant les leviers de formation et communication de la profession (associations, club, congrès) ainsi qu'auprès des futurs managers.

R2 : Mettre en place des mesures incitatives pour les entreprises modèles
Différentes possibilités peuvent être envisagées : crédit de formation, crédit d'impôt, diminution de la taxe d'apprentissage, réorientation des aides des CRAM vers la prévention santé par l'APS, avec un système particulièrement motivant pour les TPE afin de ne pas les exclure du processus.

R3 : Proposer des solutions clefs en main aux managers sur la base d'un référentiel qualité
Compte tenu de la faible pénétration de ce type de programme dans les entreprises, il convient de faciliter l'approche par la création d'un référentiel validé et d'inclure un état des lieux de l'offre à destination des entreprises, en particulier pour les PME/TPE qui ne disposent pas de ressource interne pour gérer ce type d'opération.

Le site Internet du programme canadien « Escalier vers la santé » est un modèle d'outil facilitateur pour les entreprises, très simple à mettre en place[33].

R4 : Valoriser l'entreprise modèle et favoriser le partage d'expérience

L'obtention d'un label « Entreprise en forme » doit pouvoir être attribué lorsque les recommandations du référentiel établi sont appliquées ; il comprend plusieurs niveaux afin de ne pas exclure les plus petites entreprises.

Un certain nombre de concours existent déjà, mis en place par des sociétés privées ou des institutions. Il faudrait envisager un partenariat afin de réaliser un concours commun auquel il pourrait être donné plus de visibilité et d'écho afin de valoriser et de favoriser le partage d'expérience.

Enfin, la forme de l'entreprise ou les actions mises en place doivent être intégrées dans les différents classements existants de type « Great place to work ».

R5 : Favoriser la mise en place d'évaluation

Il est essentiel que les programmes d'intervention soient évalués sur des critères quantitatifs et qualitatifs qui seront définis dans le cadre du référentiel. Au-delà des critères d'absentéisme, des échelles de stress, ou des enquêtes auprès des salariés, il peut être intéressant de réaliser un bilan de forme au sein de l'entreprise (de type Athlétest®). Cette opération peut à la fois entrer dans les critères d'évaluation (état initial et suivi régulier) mais elle se présente aussi comme un excellent outil de sensibilisation des salariés et de pérennisation de l'intervention.

- Partenaires sociaux

Ils doivent être impliqués dès le début dans le développement d'une démarche de santé active au sein des entreprises. Les différentes centrales syndicales sont concernées en premier lieu par le bien-être des salariés et si la santé liée au risque professionnel est un objectif fondamental, la démarche de prévention commence seulement à apparaître. Afin de sensibiliser ces partenaires au développement de l'APS en entreprise, il conviendrait de :

R6 : Réunir les principales centrales syndicales autour du sujet du bien-être en entreprise incluant l'activité physique

Les centrales ont pour la plupart un interlocuteur spécifique sur le sujet santé ou conditions de travail avec lequel la mise en place d'opérations de développement de l'APS peut s'envisager dans le cadre général du bien-être en entreprise incluant la formation des membres des CHSCT aux bienfaits de l'activité physique ou sportive. Les organismes d'expertise agréés par le ministère du travail doivent intégrer l'approche Sport et santé dans leurs recommandations. En tant que formateurs des membres de CHST, ils auront pour rôle de sensibiliser et former aux programmes APS Santé en entreprises. L'INRS, l'ANACT et l'INPES joueront également un rôle important dans cette formation.

Les membres des CE qui ont initié des démarches favorisant la pratique d'APS en entreprise doivent aussi être intégrés à ces recommandations, en tenant compte de leur objectif de service et d'équité auprès des salariés. Pour les TPE où manquent CE et CHSCT, on peut envisager l'accès de cette information par les branches professionnelles.

[33] http://www.phac-aspc.gc.ca/sth-evs/francais/index.htm

- Médecine du travail

Son implication est un des facteurs clefs de succès. Il n'y a pas d'entreprises ayant développé un programme réussi sans la participation active de son service de médecine du travail. L'objectif est d'intégrer la notion d'APS dans le mouvement général de transformation d'une démarche de gestion du risque professionnel en une stratégie de prévention.

R7 : Inclure l'activité physique ou sportive dans l'approche prévention / bien-être et l'évolution actuelle de la médecine du travail
La médecine du travail évolue et intègre de plus en plus les options de prévention offrant un cadre favorable à l'intégration de l'APS dans l'entreprise. Le CISME doit être associé à cette démarche afin de s'assurer d'un relais effectif auprès des services interentreprises de médecine du travail.

R8 : Sensibiliser et former les médecins du travail à la prescription d'APS
Comme pour les autres spécialités, la formation des médecins du travail à l'intérêt de l'APS en santé publique est insuffisante. Il convient donc d'effectuer un travail de sensibilisation au rôle que le médecin du travail peut jouer pour développer et favoriser la pratique d'APS.
A l'issue de la formation, le médecin du travail sera en mesure de prescrire des APS en fonction du sujet et de son activité professionnelle mais aussi de son cycle de vie dans l'entreprise. Il convient en effet de favoriser l'APS mais aussi d'éviter son abandon à des moments clés de la vie d'un salarié : entrée dans l'entreprise, maternité, changement de poste ou de métier ou lors de la préparation à la retraite.
Cette sensibilisation et cette formation devront se faire en collaboration avec le CISME, fédérateur des services inter-entreprise de santé au travail et l'INRS qui touche, par sa publication DMT, l'ensemble des médecins du travail.

R9 : Impliquer les infirmières dans la démarche
Les infirmières du travail ont souvent une relation de proximité forte avec les salariés de l'entreprise. Elles devront être associées à cette démarche car peuvent représenter un levier de communication, de conviction et de suivi individuel très puissant.

- Services de communication

Les recommandations précédentes s'appliquent aussi au service communication des entreprises mais celui-ci peut avoir un rôle supplémentaire à jouer dans un programme de développement de l'APS. En effet, pour atteindre un objectif de changement de comportement les messages utilisés sont essentiels par leur contenu, leur fréquence, leur résonance et leur pérennité. Le service communication a donc un rôle majeur à jouer pour ce type de programme dont il peut aussi tirer un contenu dynamisant tant pour l'individu que pour l'entreprise.

R10 : Développer des contenus attractifs
Afin que les services de communication soient motivés pour s'impliquer dans ce type d'opération, il convient de développer des outils de communication adaptés tels que des fiches d'information sur santé et APS, des kits d'affichage pour les locaux ou encore des événements (sportifs ou conférences). Il existe déjà des éléments réalisés entre autre par l'INPES, il conviendra de regrouper tous les éléments existant sur un site commun alimenté régulièrement afin de favoriser la pérennité des actions entreprises.

4.3. Acteurs externes à l'entreprise

- Les collectivités territoriales

La commission recommande d'impliquer fortement les différents échelons du territoire dans la démarche car ils sont le lieu de rencontres des différents acteurs indispensable à une démarche holistique : les communes ou agglomérations et les communauté de communes, les conseils généraux de département et les conseils régionaux.
Il existe déjà de nombreuses initiatives mises en place à ces différents échelons.
Certaines collectivités sont déjà très demandeuses car elles voient le potentiel que peut représenter le développement d'APS soit dans le cadre de la promotion du sport / santé, soit comme outil de réappropriation du patrimoine (marathon découverte d'une ville ou d'une région par exemple) ou encore comme action participant au développement durable (transport et mobilité active).

R11 : Analyser l'existant
Faire un état des lieux des plans (entreprise et autres) mis en place dans chaque région afin de remonter les bonnes pratiques et d'intervenir là ou les actions ne sont pas encore lancées.

R12 : Les collectivités ont un rôle à jouer pour aider les PME et TPE
Les collectivités territoriales peuvent aider les PME et TPE dans cette démarche. Elles peuvent par exemple :
- faciliter la mise à disposition d'installation sportives sur les créneaux libres à l'heure du déjeuner ou
- organiser des activités inter entreprises pour les TPE.

R13 : Créer au sein des collectivités locales des postes de responsable de projet santé / bien-être
Le succès du programme EPODE (Ensemble Prévenons l'Obésité des Enfants) mis en place dans le cadre du PNNS, a bien mis en évidence le rôle essentiel des collectivités dans leur capacité à mettre en place sur le terrain des actions coordonnées au plan national. L'une des clefs est la présence d'un chef de projet motivé et performant. Leur position au sein de la collectivité n'est pas aujourd'hui clairement définie. La commission recommande la désignation d'un coordonateur de projet chargé de gérer les projets santé, bien-être et prévention incluant l'APS, préalable à la mise en application de directives nationales qu'elles concernent les entreprises ou d'autres groupes de travail de ce rapport.

- Les CRAM

Au delà de leur rôle de contrôleur, les techniciens des CRAM ont de plus en plus un rôle de conseil, très apprécié des entreprises et de leur DRH. Les recommandations de mise en place de programmes d'APS en entreprises doivent être intégrées aux interventions des conseillers CRAM.

R 14 : Sensibiliser et former les conseillers CRAM et l'intérêt de développer l'APS en entreprise
La sensibilisation et la formation des conseillers CRAM pourra se faire via l'INRS responsable de leur formation.

- Le monde sportif

Il est essentiel que le monde sportif participe à ces projets en raison de son expertise, de sa volonté d'avancer dans cette nouvelle direction qui pourront aider les entreprises dans leur démarche.

R 15 : Rapprocher le tissu associatif sportif local et le monde de l'entreprise
Rapprocher les entreprises du tissu associatif participe d'un échange de bon procédé. En effet, les clubs sportifs sont souvent en demande de financement auprès des entreprises. Cette aide financière devrait se faire en échange de la mise à disposition d'installation sur des créneaux peu occupés (déjeuner) ou de professionnels d'activité physique mis à disposition au sein de l'entreprise. Les entreprises peuvent créer des espaces « forme et bien-être » mais ont besoin qu'ils soient animés par des professionnels de l'APS.
Le milieu sportif a donc un rôle important à jouer permettant de fournir aux entreprises des intervenants compétents et adaptés au milieu du travail.
Cette collaboration se fait souvent par l'intermédiaire du CE dans les grandes entreprises. Elle pourrait certainement être favorisée par les collectivités locales dans le cas de plus petites entreprises.

R 16 : Inciter les fédérations sportives à développer une offre spécifique pour les entreprises
Certaines fédérations (en particulier multisport) développent déjà des offres d'interventions variées pour les entreprises. La FFSE (Fédération du Sport en Entreprise) organise de son côté plutôt la partie événementielle grâce aux différentes compétitions dont elle a la charge.
Certaines fédérations ont une commission entreprise mais elles sont dans une logique de compétition ou de relation avec les entreprises partenaires et non pas de sport / prévention santé. La commission recommande d'organiser un regroupement d'offre de la part de certaines fédérations (Athlétisme, Natation, Gymnastique, Cyclotourisme, Randonnée, FFEPGV FFEPMM…).
Deux options sont possibles : mutualisation de toute l'approche qui impliquerait une licence commune « Sport Santé » ou mutualisation de la partie sensibilisation et promotion avec ensuite une offre différenciée, évitant le sujet complexe d'une licence commune.
Ce travail commun devra se faire avec l'appui du CNOSF et en collaboration avec l' association nationale des DTN.

- Le secteur privé

De nombreux acteurs du secteur privé peuvent aider à la mise en place de la démarche sport / bien-être en entreprise, sous des formes extrêmement variées : sociétés d'assurance et leur fédération, mutuelles, sociétés de prévoyance, prestataires de programmes de coaching santé / bien-être en entreprise, clubs de remise en forme ou fondations.

R 17 : Réaliser un état des lieux de l'offre disponible
Faire un état des lieux des offres aux entreprises afin de les aider à choisir leurs prestataires en fonction de leur objectif, leurs moyens, leur taille dans le cadre du référentiel. Afin qu'une intervention en entreprise soit efficace elle doit respecter un certain de nombre de conditions que les entreprises doivent connaître et intégrer au moment de choisir leur plan d'action et leur prestataire.

➢ Les institutions

Différentes institutions peuvent jouer un rôle de relais, de formation, de communication ou d'intermédiaire auprès des cibles identifiées comme essentielles à la mise en place d'un processus efficace.

R 18 : Définir le rôle de chacune de ces institutions dans la mise en place du plan d'action
L'annexe 2 montre comment l'INPES peut contribuer à l'accompagnement des entreprises [34]. Il devra en être fait de même avec l'ANACT, l'INRS et le ministère du travail compte tenu de leur rôle essentiel de formation et d'information de la médecine du travail, des conseillers CRAM ou des partenaires sociaux. Le ministère du travail peut jouer un rôle important dans le cadre de modifications réglementaires pouvant favoriser le développement de l'APS en entreprise.

4.4. Utiliser l'entreprise dans sa composante environnementale

Comprendre les interactions entre l'individu et son environnement permet de mieux percevoir les leviers permettant les changements de comportement, comme l'a montré par exemple l'expérience canadienne. Afin de traiter le sujet dans sa globalité, l'entreprise doit être considérée avec sa composante environnementale qui constitue une grande opportunité de développer l'APS.

➢ Utilisation de l'espace intérieur de l'entreprise

Les locaux et le manque d'espace disponible sont souvent décrits comme un frein à la mise en place d'APS au sein de l'entreprise. Pourtant bon nombre de recommandations ne demandent que peu de moyens. Pour celles nécessitant un budget spécifique, un retour sur investissement positif peut être calculé.

R 19 : Favoriser l'utilisation des locaux de l'entreprise pour développer l'APS
Les entreprises doivent entreprendre une réflexion globale sur l'utilisation de leurs locaux pour le bien-être de leurs salariés.
La commission recommande d'accroître l'utilisation des escaliers tels que décrit au travers de l'expérience québécoise « Escaliers vers la santé ».
De plus, les entreprises peuvent chercher ou concevoir des espaces disponibles. En fonction des ressources disponibles, l'entreprise peut bénéficier de prestataires externes pour animer cet espace et le gérer.
Il peut s'agir parfois aussi de simples couloirs permettant d'organiser des parcours de santé dans l'entreprise. On peut envisager l'installation d'espaliers accompagnés de consignes pour des exercices spécifiques en vue de pauses-détente.

Il semble indispensable de considérer la présence de douches dans les entreprises afin de permettre l'activité physique dans la journée. L'absence de douches est un facteur limitant l'activité physique le matin sur le parcours domicile / entreprise ainsi qu'à l'heure du déjeuner.

[34] Cf Annexe 2

➢ Utilisation de l'environnement extérieur direct

L'environnement direct des entreprises est très hétérogène. Certaines implantations bénéficient d'un cadre naturel plus propice à l'organisation d'activités extérieures. Lorsque les conditions sont réunies elles peuvent facilement être optimisées.

R 20 : Développer une réflexion sur l'utilisation de l'environnement direct visant à favoriser l'APS

Des parcours de santé peuvent être intégrés dans le périmètre de l'entreprise. Des séances de marche active de 30 à 45 minutes peuvent être organisées au départ de l'entreprise. Il en est de même pour des parcours à vélo, plus ou moins sportifs, avec mise à disposition de vélos par l'entreprise et sécurisation des itinéraires.

➢ Favoriser l'accessibilité aux locaux :

Le plan de déplacements entreprise (PDE) est un ensemble de mesures visant à optimiser les déplacements liés aux activités professionnelles en favorisant l'usage des modes de transport alternatifs à la voiture individuelle. Certaines mesures prises dans le cadre de PDE peuvent générer un niveau d'activité physique supplémentaire très bénéfique. Il s'agit par exemple de la promotion du vélo ou de l'encouragement à l'utilisation des transports publics. La promotion du vélo peut consister à mettre des vélos à disposition pour les déplacements de service, faciliter un stationnement sécurisé, ou mettre des douches à disposition.

R 21: Favoriser la réalisation du PDE dans les entreprises en y intégrant le déterminant APS

Le PDE n'est pas obligatoire. On pourrait envisager qu'il le soit en tant que démarche responsable et citoyenne ayant un intérêt économique, social et environnemental. Ceci est envisageable dans la mesure où les aides existent sur le plan technique et financier. L'ADEME et ses délégations régionales accompagnent le projet et participent au financement. Par ailleurs, les conseils en mobilité des collectivités locales ainsi que les CCI (Chambre de Commerce et d'Industrie) sont facilitateurs et peuvent favoriser le regroupement pour des plans inter-entreprises destinés aux PME.

Le déterminant activité physique n'apparaît jamais dans les PDE. Il n'est évidemment pas le premier objectif du plan mais s'inscrit tout à fait dans une démarche commune. La contribution du PDE à la lutte contre la sédentarité et au développement de l'activité physique devrait être valorisée auprès des employés et des entreprises.

➢ Développer l'APS dans le cadre du développement durable

La Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE), déclinaison du concept de développement durable au niveau de l'entreprise, est une porte d'entrée dans l'entreprise à privilégier pour l'approche sport / santé. En effet de nombreuses directions générales et direction des ressources humaines sont très sensibilisées au développement durable. La citoyenneté d'entreprise passe entre autre par la « santé durable » non seulement de ses clients mais aussi de ses employés.

R 22 : Intégrer la démarche APS en entreprise dans le cadre de la responsabilité sociale d'entreprise

Ce positionnement est essentiel afin que les programmes de développement de l'APS en entreprise ne restent pas au niveau de « gadget » mais soient bien intégrés dans une politique volontaire, globale et durable ayant pour objectif le bien-être des salariés dans le cadre plus large de leur environnement.

Les interventions APS doivent être réfléchies avec les autres projets transverses de l'entreprise. Pour ne pas être perçu comme un programme supplémentaire imposé par la direction générale, le développement de l'APS peut être utilisé comme une ressource, un « fil rouge » à la mise en place d'une vision plus large porteuse d'autres projets.

4.5. Lever les freins, considérer la contrainte « temps »

- Temps disponible pour l'activité physique

Les principaux freins à la pratique sportive sont les problèmes de santé (41%), l'âge (25%), le fait de ne pas aimer (25%), les contraintes professionnelles et scolaires (14%) et les contraintes familiales (13%) [35].

Par ailleurs, l'expertise INSERM 2008 a bien mis en évidence l'importance du facteur temps dans la pratique d'APS. Le temps est une contrainte certaine et un frein à la pratique d'APS, mais au-delà, c'est plutôt la capacité à gérer et organiser son temps qui détermine ces activités et leur fréquence.

L'entreprise doit faciliter la gestion du temps de ses salariés afin de leur permettre d'intégrer au quotidien la demi-heure préventive pour la santé. C'est un temps de détente, un temps régulateur qui permet de retrouver le potentiel pour le bien-être de l'individu et l'optimisation de son activité professionnelle et personnelle ultérieure.

- Temps de travail

L'environnement professionnel a un rôle à jouer sur ce facteur qui peut s'avérer déterminant.

R 23 : Intégrer les contraintes liées au temps de travail

Le temps dans sa composante disponible pour l'APS doit être étudié avec beaucoup d'attention et faire l'objet d'une concertation générale.

Différents niveaux sont possibles :

a. les temps d'échauffement dans les postes physiques,
b. les temps de pause pour les gestes et postures contraints,
c. la souplesse horaire pour permettre la pratique d'APS à l'intérieur comme à l'extérieur de l'entreprise.

- Les aspects concernant les risques potentiels encourus par les salariés lors de la pratique en entreprise devront être mesurés et rapportés aux bénéfices attendus pour déterminer le type d'activité le plus pertinent (favorisant le vélo plus que le saut à l'élastique par exemple). Ce point a une relation directe avec le temps de travail. Une non prise en compte de ce risque peut s'avérer un frein éventuel pour l'entreprise.

[35] Enquête Insee « Pratique culturelle et sportive chez les plus de 15 ans », 2003

➢ Quelques règles à respecter

Au-delà de la question prioritaire du temps, il faut aussi tenir compte de règles qui feront l'objet de recommandations aux entreprises souhaitant intégrer la démarche de prévention - sport - santé :

- Respect du volontariat
- Professionnalisme des intervenants
- Fixation d'objectifs clairs
- Adaptation et personnalisation aux salariés
- Implication du management et de la médecine du travail
- Discours constructif sur la notion de bien-être individuel et collectif
- Positionnement du salarié au centre de la demande
- Implication des salariés dans leur propre programme par des groupes de travail au sein des entreprises.

4.6. Tirer parti des dynamiques en cours

➢ Utiliser le cadre réglementaire :

Un certain nombre de procédures offre un cadre favorisant le développement de l'APS : le document unique, la fiche d'entreprise et le plan de déplacement d'entreprise.

R 24 : Intégrer l'APS dans la rédaction du document unique
D'après le code du travail, il incombe à l'employeur de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs. Le document unique formalise l'évaluation des risques professionnels Cette disposition prévoit outre l'identification des risques, la mise en œuvre de mesures de prévention. Le développement de l'APS n'apparaît pas dans les documents. Une réflexion doit être menée afin d'envisager comment ce document obligatoire pour les entreprises pourrait être un vecteur de sensibilisation à la mise en place de mesures préventives via l'APS.

R 25 : Intégrer la prévention par l'APS dans la fiche entreprise
La même réflexion s'applique à la fiche d'entreprise, document émis par le service de santé au travail pour la direction générale.

R : Plan de déplacement d'entreprise (PDE)
Ce sujet a déjà fait l'objet d'une recommandation dans le chapitre sur le cadre environnemental.

➢ Favoriser la synergie avec le PNNS

D'après le rapport d'activité du comité de pilotage du PNNS, le chantier activité physique fait partie des propositions 2008-2009. Il a pour objectif de redynamiser les actions spécifiquement orientées vers la promotion et la pratique de l'AP. Il compte parmi les stratégies spécifiques à mettre en œuvre l'incitation du monde du travail par une concertation avec les organisations syndicales.

R 26: Capitaliser sur l'expérience et le savoir faire du plan national nutrition santé, trouver les synergies d'actions

Le développement de l'APS est un des neuf repères promus dans le cadre du PNNS. Il conviendra d'étudier avec le comité de pilotage du PNNS dans quelle mesure certaines dispositions déjà mises en place peuvent être utilisées pour développer le repère APS. Les leviers de la campagne nutrition, dont font partie les entreprises ou les collectivités locales, sont identiques à ceux qui peuvent être activés pour l'APS. Toutes les synergies d'action devront être envisagées afin de gagner en efficacité.

Des chartes peuvent être signées avec certaines entreprises du secteur agro-alimentaire, un exemple de synergie pourrait consister à intégrer dans ce type de charte les efforts destinés à développer l'APS en interne.

De plus dans un objectif de simplification, les interlocuteurs concernés au sein des entreprises apprécieront une approche complète incluant à la fois l'APS et la nutrition.

La commission recommande de favoriser le développement d'un programme de type EPODE dont l'ingénierie a prouvé son efficacité grâce à une coordination nationale performante au service d'acteurs de proximité dans les collectivités locales.

- Profiter de la dynamique du rapport Légeron sur les risques psychosociaux.

Afin de remédier au problème du stress, il convient de mettre en place des actions de prévention primaire concernant les sources de stress (organisation du travail et style de management) ainsi que des actions de prévention sur les individus afin de renforcer leurs capacités de résistance au stress.

La pratique de la relaxation et d'exercices physiques, voire de la sieste, sont recommandés dans le rapport, au titre de la prévention secondaire du stress en entreprise. Le rapport propose aussi d'activer les acteurs de l'entreprise qui recouvre aussi recommandations du PNAPS. Les synergies d'action existent afin d'établir une dynamique commune et de ne pas multiplier les actions auprès des mêmes interlocuteurs. Ceci milite pour l'intégration de l'APS dans une approche plus globale visant une meilleure hygiène de vie et des activités n'induisant pas de stress supplémentaire.

R 27 : Synergie avec les actions mises en place par le ministère du travail

Il conviendra d'étudier avec le ministère du travail, commanditaire du rapport Légeron, les possibilités d'introduire la pratique d'APS dans les actions prévues.

R 28 : Former les managers à la santé au travail

Le manque d'entreprises françaises modèles dans la lutte contre le stress est en partie dû à l'inexistence de formation des managers sur la santé au travail.

Le sujet « Bien-être, santé et stress au travail » a été inclus pour la première fois dans une formation continue en ressources humaines à l'école SciencesPo, Institut d'Études Politiques de Paris. Ce type de formation devrait être proposé de façon plus large dans toutes les écoles de management ainsi que dans les cursus universitaires concernés.

R 29 : Choisir avec discernement le type d'APS afin de ne pas surajouter au stress existant

Il est essentiel de considérer le type d'APS ainsi que l'état d'esprit dans lequel les programmes d'intervention seront mis en place afin de ne pas reproduire un autre cycle de performance générant des contraintes supplémentaires. La nature de l'activité, le temps qui lui est nécessaire, ainsi que son intégration dans le

temps de la journée de travail doivent être étudiés afin d'atteindre un objectif de réel bien-être et non d'une nouvelle course contre la montre.

- Valorisation des sportifs en entreprise

Dans les standards développés à l'issue du référentiel, pourrait être incluse une recommandation sur l'intégration de sportifs de haut niveau en reconversion, ou sur la valorisation au sein de l'entreprise de ses propres sportifs (niveau confirmé). Créer dans l'entreprise un référent APS, légitime par son engagement passé ou présent, afin de crédibiliser l'approche.

R 30 : Impliquer les sportifs en entreprise
Les sportifs identifiés en entreprise peuvent être impliqués comme relais moteur, vecteur de communication ou formateur d'APS. Cette recommandation peut s'appliquer aussi aux sportifs de haut niveau qui peuvent se voir confier une mission particulière de relais.

- Pôle d'entreprises partenaires

Le monde de l'entreprise doit être impliqué dans la mise en place des opérations. Les entreprises doivent participer à la création du référentiel. Il s'agit d'une condition importante pour s'assurer de la faisabilité des actions et du soutien d'un groupe qui pourra se faire ensuite le porte parole du projet. De plus le « bench mark », les « best practice » sont des maîtres mots en entreprise. Plus que des directives nationales, l'exemple qui apporte la preuve de son efficacité est un vecteur fort pour la généralisation de notre campagne.

R 31 : Mettre en place un groupe d'entreprises partenaires
Il serait important de créer un groupe d'entreprises avec deux objectifs : pilote et partenaires du Plan National de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives.
Ces entreprises seraient impliquées dans le projet dès l'initiation (référentiel), appliqueraient les standards préconisés, feraient l'objet d'une évaluation et serviraient ensuite d'ambassadrices de la cause sport / santé auprès de l'ensemble des entreprises françaises.
Des entreprises à forte notoriété devraient être impliquées aux côtés de TPE et PME très impliquées dans la vie quotidienne de la population, dans le but d'assurer la visibilité et la proximité de la campagne. Les opérations menées dans ces entreprises pourraient servir de pilote pour le plan national ce qui permettrait de faire évoluer et améliorer le concept avant le déploiement national.
Par ailleurs, la commission recommande la mise en place d'un partenariat privé public avec ces entreprises partenaires du plan national de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives.
Ces entreprises devraient répondre à une charte les engageant à développer l'APS dans le cadre d'un projet bien-être chez leurs salariés. Elles pourraient bénéficier de la mise en application du référentiel et de certains avantages à définir en échange d'une contribution au financement du plan national.
Le choix des entreprises devra se faire sur leurs valeurs et leur engagement sociétal afin d'établir un partenariat qui leur permette d'avoir un retour en terme d'image.

4.7. S'adapter aux métiers et à la taille de l'entreprise

Les recommandations précédemment émises peuvent être suivies assez aisément par de grandes entreprises disposant de structures managériales importantes. L'application de ces recommandations par des petites ou très petites entreprises, qui font l'essentiel du tissu de l'entreprenariat français, est beaucoup moins évidente. Afin de donner accès à des programmes d'APS à toutes les entreprises, il convient de trouver des relais efficaces permettant de définir une démarche commune simplifiée et de mutualiser les ressources.

R 32 : Mettre en place des relais pour les PME et TPE
Les mairies, les communautés de communes ou les départements peuvent développer des programmes pour les commerçants locaux, les artisans et l'ensemble des petites entreprises de leur territoire afin qu'elles ne se voient pas exclues du plan national. C'est certainement dans la proximité que ces entreprises trouveront le meilleur soutien logistique. Les branches professionnelles peuvent aussi jouer ce rôle de facilitateur. Des contacts seront pris auprès de l'Union Professionnelle de l'Artisanat (UPA) ainsi que des chambres des métiers et de l'artisanat.

R 33 : Intégrer la problématique TPE/PME dans les actions et programmes
Il conviendra par exemple d'inclure des petites entreprises dans le pôle d'entreprises ou de métiers partenaires.
Le référentiel devra pouvoir leur être appliqué avec une adaptation à la taille de l'entreprise. Ceci est rendu possible car il existe déjà des offres de services du secteur public et privé qui peuvent convenir à ces petites structures. Il s'agit par exemple d'offres virtuelles, via internet , d'évaluation de sa forme ou encore des chèques « Santé active », « Sport Santé » ou « Sport et Bien-être », qui aident à la pratique externe à l'entreprise qui n'a pas de CE pour l'organiser, ou enfin des offres d'intervention de fédérations multisport telles que la FFEPGV ou la FFEPMM. Cette adaptation nécessitera la création de programmes clef en main pour les petites entreprises.

4.8. Communiquer

Les grands principes à respecter dans la communication auprès des entreprises et de leurs employés :

- Considérer deux niveaux de communication : les salariés et les autres acteurs internes et externes de l'entreprise.

R 34 : Positionner le salarié au centre de la demande
Les collaborateurs des entreprises devront ainsi être impliqués dans la démarche de l'entreprise en participant à des groupes de mise en place du programme d'intervention. L'objectif est avant tout un objectif de prévention santé pour l'individu. De cet objectif primaire découle aussi la santé collective de l'entreprise. Il est essentiel de respecter l'ordre des choses sous peine de rejet total des employés et de manque d'efficacité. En effet la démarche est avant tout individuelle même si elle doit être réalisée dans un environnement favorable. De ce fait, cela implique le respect du volontariat, en aucun cas une participation obligatoire ne sera constructive. La capacité à personnaliser l'intervention sera l'un des facteurs clefs de succès.

R 35 : Activations spécifiques aux fonctions et rôle de chacun des acteurs internes et externes

Les étapes indispensables au succès d'une opération en entreprise sont tout d'abord de pouvoir réunir les acteurs internes autour d'un projet commun puis de concevoir des solutions adaptées. Afin d'impliquer à la fois les DRH, les services communication, le management, la médecine du travail et les partenaires sociaux, il convient d'activer ces différents leviers de façon spécifique avec des argumentations adaptées aux besoins de leur profession.

Quant aux acteurs externes, les collectivités locales, l'état par ses ministères concernés, les institutions, le monde sportif et associatif, les partenaires privés, ils doivent être parallèlement activés afin d'être en mesure d'apporter une réponse aux entreprises engagées dans la démarche. Chacun de ces acteurs aura un intérêt propre à développer ou favoriser la démarche en entreprise, une argumentation spécifique doit être développée.

- Placer l'APS au cœur d'une offre « Bien-être en entreprise »

Stratégiquement, il apparaît opportun de considérer l'activité physique ou sportive, dans le cadre plus large du « bien-être en entreprise » qui correspond à la demande des salariés. Certains d'entre eux sont demandeurs de sport en entreprise mais il s'agit pour la plupart de sportifs qui pratiquent déjà par ailleurs. L'intérêt en terme de santé publique est de changer les comportements des non sportifs et sédentaires. Chez ces personnes, la notion de bien-être général est plus en adéquation avec leur demande.

Au sens de l'OMS et de la charte de Bangkok, la notion de santé est très large. Elle inclut l'activité physique pour une recherche de bien-être physique, psychique et sociale. De plus entre dans cette exigence de bien-être, une hygiène de vie incluant une bonne nutrition, un équilibre de vie personnelle et professionnelle, un moindre stress.

R 36 : Communiquer sur l'axe Activité Physique et Bien-être

Si l'on ne veut pas que les programmes d'APS en entreprises ne soient que des « patchs », ils doivent s'inscrire dans une démarche holistique. Si les APS sont par exemple facilitées mais que les audits sociaux sur le stress sont éludés, le gain en santé publique sera bien moindre.

Par l'implication des différents acteurs de l'entreprise, le développement de l'APS doit être considéré dans un cadre plus large intégrant la réalité quotidienne d'organisation du travail et une offre préventive plus large.

R 37 : Passer d'une politique de prévention du risque à une démarche santé / bien-être

Aujourd'hui la santé au travail est surtout assimilée à la gestion du risque professionnel. De nombreux progrès ont récemment été réalisés avec la prise en compte des problématiques des troubles musculo-squelettiques ou des troubles psychosociaux. Les stratégies de prévention apparaissent désormais dans l'entreprise qui reproduit à petite échelle un cadre idéal pour impulser et mettre en place des changements de comportements individuels à l'aide du collectif.

➢ Les cibles des programmes

Dans le cadre professionnel différents groupes peuvent être considérés selon différents critères, en fonction :

- o du niveau d'activité physique ou de sédentarité
- o du sexe et de l'âge
- o de la situation familiale
- o du lieu d'habitat par rapport au lieu de travail
- o du type de métier
- o du cycle de vie dans l'entreprise
- o du style de vie et de la relation avec la santé.

R 38 : Analyse de la population de l'entreprise sur les critères discriminant d'APS
L'entreprise doit avoir une vue claire de la répartition de ses employés dans les différentes catégories, à l'exception de la dernière, rarement étudiée.
Après analyse de la répartition dans les différentes catégories et fixation des objectifs en début de programme, des populations cibles seront déterminées et des choix d'actions faits afin de s'adapter aux cibles prioritaires et à leurs besoins exprimés.

R 39 : Mise en évidence des groupes prioritaires ou à risque
Aucune discrimination ne devra être faite, le programme devra s'adresser à tous mais avec des adaptations et des orientations dépendants des points précédents.
L'accent peut être mis sur des populations « à risque ». Lorsque l'on parle de population à risque ce sont les groupes qui ont un niveau d'activité physique ou sportive nul ou en dessous du seuil de bénéfice ainsi que les populations actives avec un fort risque d'abandon de l'APS.

- les métiers à forte sédentarité
Certains métiers engendrent par leur nature une activité physique intense. Les populations les exerçant ont pas ou peu d'APS en dehors de leur activité professionnelle, mais leur activité physique est suffisante pour avoir une action bénéfique pour la santé. Au contraire des populations ayant un travail très sédentaire qui malgré une activité sportive le week-end, n'atteignent pas un niveau favorable pour la santé.

- les métiers qui requièrent un niveau élevé d'APS entraînant un risque important de troubles musculo-squelettique.
- des moments de vie en entreprise sont particulièrement propices à l'abandon d'une APS. Il s'agit de phases de vie personnelle ou professionnelle engendrant des contraintes supplémentaires venant en concurrence avec le temps jusqu'alors octroyé à l'APS. Ceci fait l'objet d'une recommandation spécifique.

R 40 : Eviter l'abandon de l'APS à certains moments clefs de la vie en entreprise
Les moment de vie concernés sont :

- o l'entrée des jeunes en entreprise, qui ont souvent du mal à poursuivre leur APS face à de nouvelles contraintes ;
- o la maternité pour les femmes qui doivent faire face à une nouvelle contrainte familiale, surajoutée à leur activité professionnelle ;
- o les changements de poste entraînant une implication supérieure momentanée ou durable et donc une nouvelle contrainte ;
- o la retraite, qui peut être le début d'une diminution notable de l'APS.

L'entreprise devra inclure une sensibilisation à l'intérêt de poursuivre l'APS, dans les stages d'intégration de jeunes collaborateurs, les accompagnements sur certaines évolutions de poste ou encore lors des stages de préparation à la retraite.

R 41 : Impliquer les conjoints et enfants des salariés
Plusieurs campagnes en entreprises ont été étendues aux conjoints ou aux enfants des salariés. Ce type d'initiative peut être recommandé dans la mesure où le cadre de l'entreprise s'ouvre et profite à d'autres publics ne faisant pas forcément l'objet de sensibilisation. Ceci permet de démultiplier le message de sensibilisation à l'APS et d'insister sur la notion d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle tant souhaité. Cette option peut être déclinée dans un deuxième temps.

- Les messages et le ton des campagnes

R 42 : La campagne de communication devra déployer un message très impactant :
  - émanant d'un groupe de travail pluridisciplinaire adapté au contexte économique et social de l'entreprise ;
  - validé et testé au préalable par les employés afin de répondre à leur demande et n'étant pas le fruit d'une communication unilatérale de la direction générale ;
  - cohérent avec les valeurs de l'entreprise, soutenu et partagé par le haut management qui doit se montrer impliqué et modèle ;
  - éloigné de tout discours moralisateur mais constructif sur la notion de bien-être individuel et collectif ;
  - vecteur de dynamisme pour l'individu et donc l'entreprise ;
  - nécessitant une pérennité et donc une appropriation totale par le service communication.

5. Conclusion

La réflexion du groupe de travail a permis d'émettre un certains nombre de recommandations d'ordre général et d'autres recommandations plus spécifiques aux entreprises. L'ensemble des propositions consistent à :

Motiver les acteurs internes à l'entreprise
Sensibiliser les directions et les DRH à l'intérêt d'une démarche Activité Physique ou Sportive / Santé / Bien-être
Sensibiliser les responsables syndicaux autour de la prévention et du bien-être en entreprise, incluant l'Activité Physique ou Sportive
Favoriser la mise en place d'évaluation
Inclure l'activité physique ou sportive dans l'approche prévention - bien-être et l'évolution actuelle de la médecine du travail

Mobiliser les acteurs externes
Renforcer la participation des collectivités dans le domaine Activité Physique ou Sportive / Santé / Bien-être, notamment vis à vis des PME et TPE
Sensibiliser les conseillers CRAM à la démarche APS en entreprise
Rapprocher le tissu associatif et sportif local du monde de l'entreprise
Inciter les fédérations sportives à développer une offre spécifique

Utiliser la composante environnementale
Favoriser l'utilisation des locaux de l'entreprise pour développer l'APS
    Exemple d'action : « Retrouver la forme en 3 escaliers »
Initier une réflexion sur l'utilisation de l'environnement direct

Favoriser la réalisation du Plan de Déplacement en Entreprise en y intégrant le déterminant APS
Intégrer la démarche APS en entreprise dans le cadre de la responsabilité sociale d'entreprise

S'intégrer dans les dynamiques en cours
Intégrer l'APS dans la rédaction du document unique
Capitaliser sur l'expérience du Plan National Nutrition Santé
Synergie avec les actions mises en place par le ministère du travail
Formation des managers à la santé au travail, incluant l'APS

S'adapter aux métiers et à la taille de l'entreprise
Développer une spécificité TPE/PME dans chaque programme
Mise en place un groupe d'entreprises partenaires

Communiquer
Considérer la demande des salariés au centre de la démarche
Adapter les relais aux fonctions et au rôle de chacun des acteurs
Insister sur l'articulation activité physique / santé
Mettre en évidence des populations prioritaires ou à risque

Le déploiement de ces recommandations devrait suivre le plan suivant :

1. Profiter des opportunités et des dynamiques en cours Q1 2009
2. Créer un référentiel et des programmes standards. Q1 2009
3. Mettre en place un pilote avec un pôle d'entreprises impliquées ou non dans le PNSS. Q2 Q3 2009
4. Générer un groupe pluridisciplinaires d'ambassadeurs. Q2 Q3 2009
5. Déployer au niveau national l'ensemble des recommandations. Q4 2009, 2010

Références

- Expertise Inserm Mars 2008

- Van Amelsvoort LG, Spigt MG, Swaen GM, Kant I. Leisure Time Physical Activity and Sickness Absenteeism; A Prospective Study. Occup Med (Lond). 2006; 56(3): 210-2

- Jacobson BH, Aldana SG. Relationship Between Frequency of Aerobic Activity and Illness-Related Absenteeism in a Large Employee Sample. J Occup Environ Med. 2001; 43(12): 1019-25

- Hildebrandt VH, Bongers PM, Dul J, Van Dijk FJ, Kemper HC. The Rela-Tionship Between Leisure Time, Physical Activities and Musculoskeletal Symptoms and Disability in Worker Populations. Int Arch Occup Environ Health. 2000; 73(8): 507-18.

- Bernaards CM, Jans MP, Van Den Heuvel SG, Hendriksen IJ, Houtman IL, Bongers PM. Can Strenuous Leisure Time Physical Activity Prevent Psy-Chological Complaints in a Working Population? Occup Environ Med. 2006; 63(1): 10-6

- O'Donnell MP. Employer's Financial Perspective on Workplace Health Pro-Motion. In O'Donnell MP, Ed. Health Promotion in the Workplace, Toronto, Delmar Thomson. Learning, 2002: 23–46.

- Renaud L, Kishchuk N, Juneau M, Nigam A, Tétreault K, Leblanc MC. Implementation and Outcomes of a Comprehensive Worksite Health Promo-Tion Program. Canadian Journal of Public Health, 2007.

- Chapman LS. Meta Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Re-Turn Studies. The Art of Health Promotion, 2003, 6(6):1-16.

- Thomassin C, Gilibert JM, Le Désir de Santé, Eyrolles, Editions d'Organisation, 2008.

- www.nice.org.uk/ph013

- Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. A Framework to Monitor and Evaluate Implementation. Geneva, World Health Organisation, 2007.

ANNEXE 1 : EXEMPLES D'EXERCICES A REALISER, ADAPTÉS AU CADRE DE L'ENTREPRISE

BUREAUTIQUE

L'agencement correct au poste de travail peut bénéficier d'une activité musculaire dynamique sous forme de mouvements simples en alternance avec des exercices réguliers d'étirement permet de détendre les muscles du dos et de la nuque.

Position correcte à adopter en position assise

Plaquez le bas du dos contre votre siège, jambes à angles droits et pieds parallèles au sol (espace de la largeur de votre bassin).
Pensez que votre tête est posée comme le point d'un « i » sur votre corps.

Pour entretenir les muscle de la nuque et la région scapulaire

Le plus souvent possible, et sans interrompre votre travail :

Sans forcer :

- Pencher la tête à droite et à gauche en regardant devant soi
- Puis en avant et en arrière (comme si vous disiez « oui »)
- Puis tourner la tête à droite et à gauche (comme si vous disiez « non »)
- Toujours en regardant devant soi, décrire avec le menton des petits cercles dans un sens puis dans l'autre

Toujours pour la nuque et la région scapulaire, imposez vous une pause horaire de quelques minutes pour exécuter les mouvements suivants :

Position de départ :

- Plier les bras
- Soulevez les coudes devant la poitrine
- Glissez les doigts serrés en arrière, dans le bas du cou (doigts à hauteur des dernières cervicales)

Exécution du mouvement :

- Massez lentement cette zone de chaque côté de la colonne
- Baisser lentement la tête en avant (le dos reste droit)
- Renverser la tête pour regarder le plafond

Mouvement à réaliser lentement cinq fois de suite.
Enchainez :

- Relâchez les bras le long du corps
- Soulevez les deux épaules en inspirant
- Les relâcher en expirant

Imaginez un poids dans chaque main ou prenez une petite bouteille d'eau dans chaque main pour mieux ressentir le mouvement.
5 répétitions ; puis terminer par des petits cercles d'épaules de l'arrière vers l'avant puis de l'avant vers l'arrière

Pour entretenir la région dorsale

Position de départ :
Toujours assis, dos droit, bras pliés, coudes collés au corps, mains devant les épaules
Fixer un point devant soi et ne pas le quitter des yeux durant le mouvement.
Exécution du mouvement :

- Tournez rapidement le buste à droite et à gauche
- Bassin fixe
- Epaules droites

Ce mouvement permet de détendre une zone parfois douloureuse

Position de départ :
Relâchez les bras le long du corps, mains dans le vide
Exécution du mouvement :

- Légère flexion du buste à droite et à gauche
- Bassin fixe
- Regarder devant soi

Ces flexions latérales sont à faire en alternance avec le mouvement précédent.

Pour entretenir la région lombaire

Micro-mouvements à exécuter souvent, en toute discrétion pour décontracter le bas du dos :

Sans bouger le haut du corps :

- Mobilisez le bassin
- Prendre appui sur une fesse puis l'autre (sans les décoller du siège)
- Bascule du bassin en arrière pour écraser le bas du dos contre le siège
- Se redresser

Répéter le mouvement une dizaine de fois
Inspirez lors du redressement, expirez lors de la bascule du bassin en arrière

Pour amplifier cet exercice et soulager les tensions au niveau lombaire :

Position de départ :

- Reculer votre siège
- Posez vos mains sur le bord du bureau, bras légèrement pliés
- Tenez vous dos droit au milieu du siège

Exécution du mouvement :

- Dos droit, épaules basses
- Basculez le bassin
- Plaquez le milieu du dos sur le dossier
- Enroulez les cervicales (menton / sternum)
- Redressez lentement
- Décollez la région dorsale du dossier
- Déroulez la colonne « vertèbre après vertèbre »
- Retour à la position de départ

A exécuter lentement 3 à 5 fois de suite.

Pour soulager tout le dos, mouvement complet

Mouvements assis

Position de départ :

- Bas du dos contre le siège
- Jambes et cuisses à angle droit
- Pieds parallèles sur le sol
- L'espace entre les pieds correspondant à la largeur de votre bassin

Exécution du mouvement :

- Doigts croisés derrière la tête, coudes ouverts
- Tête appuyée sur les paumes
- Tirez légèrement les coudes en arrière en inspirant
- Puis refermez lentement les coudes
- Enroulez votre colonne
- Amenez les coudes sur les genoux (dos rond)
- Décroisez les doigts
- Laissez tomber les avants-bras
- Continuez à enrouler votre dos
- Le bout des doigts touche le sol (tête et épaules totalement relâchées)
- Remonter lentement en déroulant progressivement votre colonne, « vertèbre après vertèbre », en inspirant

Fin du mouvement, position de départ.
Mouvement à répéter 3 à 5 fois.

Position de départ :

- Bas du dos contre le siège
- Jambes et cuisses à angle droit
- Pieds parallèles sur le sol
- L'espace entre les pieds correspondant à la largeur de votre bassin

Exécution du mouvement :

- Croisez les doigts devant la poitrine, coude à hauteur des épaules, inspirez
- Dos droit
- Expirez en montant les bras à la verticale, paumes vers le plafond, doigts toujours croisés
- Appuyer le haut du dos sur le siège
- Tirer vos bras vers l'arrière, votre dos se cambre légèrement
- Gardez quelques instants cette position, respiration libre
- Ramenez le dos à la verticale, décroisez vos doigts
- Gardez les bras parallèles dans un plan vertical
- Etirez un côté à la fois, le droit, le gauche comme si vous vouliez toucher le plafond

Mouvement d'étirement à exécuter dès que vous en ressentez le besoin.

Mouvements debout

Position de départ :

- Prendre appui sur un espalier, sinon sur le dossier de votre siège
- Posez les mains sur l'un d'eux (écart entre les mains : largeur des épaules)
- Reculez les pieds et descendre dos plat, parallèle au sol, l'écart entre les pieds correspondant à la largeur de votre bassin
- Regardez le sol, nuque dans le prolongement de la colonne vertébrale

Exécution du mouvement :

- Inspirez dans la position de départ
- Expirez longuement en arrondissant le dos (imaginez un sac de sable posé sur vos omoplates, que vous repoussez vers le plafond)
- Fesses et abdominaux se contractent, la tête se relâche
- Replacez vous lentement dos plat en inspirant, les vertèbres s'alignent jusqu'aux cervicales
- Retrouvez la position de départ

Mouvement à exécuter plusieurs fois lentement en rythmant la respiration sur le mouvement (dos plat / inspiration, dos rond / expiration)

<u>Ne pas se redresser brutalement</u>

- Dégager vos mains de votre appui
- Laissez les tomber mollement au sol en pliant légèrement les jambes, tête relâchée
- Gardez les mains sur le sol et sur une expiration tendre les jambes
- Les replier
- Déroulez lentement la colonne
- Se replacer dos droit

N'oubliez pas :

- Au bureau, ne restez jamais assis plus d'une heure sans vous lever et faire quelques pas
- Une pose de quelques minutes s'impose toutes les deux heures pour exécuter de façon plus complète certains exercices

L'usage de l'escalier est préconisé, soyez donc toujours bien chaussés.

MANUTENTION

Manipuler des charges lourdes nécessite un temps d'échauffement de 10 à 20 minutes chaque matin. La marche en fait partie mais le haut du corps doit être sollicité également. Voici quelques mouvements simples d'échauffement.

Pour le haut du corps

Position de départ :

- Debout, jambes légèrement écartées, largeur du bassin pieds parallèles, genoux au dessus des pointes de pieds
- Immobiliser le bas du corps à partir de la taille

Exécution du mouvement :

- Légère flexion latérale du buste une dizaine de fois
- Revenir au centre, toujours jambes pliées
- Coller les coudes au corps, bras pliés, mains devant les épaules
- Faire pivoter le buste rapidement à droite et à gauche
- La tête reste de face, le bassin ne bouge pas
-

Pour les cuisses

Toujours soulever de lourdes charges en pliant les jambes, d'où l'importance d'avoir des cuisses musclées et solides

Position de départ :

- Debout, jambes légèrement écartées, largeur du bassin pieds parallèles, genoux au dessus des pointes de pieds
- Immobiliser le bas du corps à partir de la taille
- Se pencher légèrement en avant, dos plat pour verrouiller le bas du dos
- Mains posées à mi-cuisses doigts posés à l'intérieur, coudes ouverts

Exécution du mouvement :

- Regarder à l'horizontale
- Plier les jambes
- Amener les fesses à la hauteur des genoux (dos bloqué)
- Remonter légèrement

Mouvement à exécuter par 3 séries de 12 mouvements.
Temps d'arrêt d'1 minute entre chaque série.

- Terminer en arrondissant le dos et en appuyant fort sur les cuisses (dos rond, menton / sternum, tête relâchée)
- Remonter lentement en déroulant la colonne

Position à adopter pour soulever une lourde charge

Position de départ :

- Jambes écartées et pliées
- Rechercher les meilleurs appuis, pieds décalés (pour sécuriser l'appui)
- Se pencher en avant, dos plat (jamais dos rond, vous verrouillez ainsi le bas du dos)

Exécution du mouvement :

- Prendre la charge en main (ne pas hésiter à plier davantage les jambes)
- La rapprocher de son buste
- Se redresser

Se reporter aux exercices d'étirement lorsque vous en ressentez le besoin

TRANSPORTS

Position correcte à adopter en position assise

Si votre travail vous contraint à faire de longs trajets en voiture, installez-vous confortablement sur votre siège.

Position de départ :
- Le dossier du siège doit être légèrement incliné vers l'arrière de manière à ce que le dos et les cuisses forment un angle légèrement supérieur à 90°
- Mains posées sur le volant avec les épaules relâchées

Exécution du mouvement :
- Exécuter des petits cercles avec vos épaules de l'avant vers l'arrière et de l'arrière vers l'avant (cela est possible sans déplacer les mains sur le volant)
- Rentrez le menton et avancer le plusieurs fois de suite pour décontracter votre nuque

Si vous voulez profiter de vos trajets pour muscler votre ceinture scapulaire :
- Mains sur le volant à mi-hauteur, coudes à la hauteur des mains; inspirez en vous grandissant et expirez en relâchant

Soulager la région lombaire est indispensable sur de longs parcours :
- Sans bouger le haut du corps, bougez votre bassin en déplaçant le poids du corps d'une fesse à l'autre
- Puis reproduire le mouvement d'avant en arrière

Ces micros-mouvements peuvent être exécutés en conduisant puisque le regard fixe un point à l'horizon.

Ne pas oublier de faire une pause toutes les deux heures ; en profiter pour marcher et s'étirer, mains sur le haut de la portière, alterner dos plat / dos rond.

ANNEXE 2 : L'INPES et l'APS

La promotion de l'activité physique ou sportive est une des composantes du programme nutrition de l'INPES, s'inscrivant plus largement dans le cadre et le soutien du programme national nutrition santé (PNNS). Dans ce cadre, différents outils ont été réalisés et diffusés notamment dans le milieu de l'entreprise :

En 2006, 35 000 kits dirigeants d'entreprises de plus de 50 salariés, comités d'entreprises et 7000 médecins du travail ont reçu un kit de communication destiné à sensibiliser leur personnel ou salariés aux recommandations du PNSS. Le kit comprenait une série d'affiches, dépliants, auto-colants « Bouger, c'est la santé », recommandant de pratiquer « au moins 30 minutes de marche rapide chaque jour.

En complémentarité de ces documents, l'Inpes édite également, à destination des professionnels de santé, un kit **«** Mal de dos, ouvrons le dialogue **»**, destiné à aider les médecins dans une démarche d'éducation et d'accompagnement de leurs patients à prendre soin de leur dos, qu'ils soient rachialgiques ou non. L'outil comprend :

• Un guide pour le médecin

• Une affichette A3 à mettre en salle d'attente ou dans le cabinet de consultation

• Un livret *« Pour faire le point »* destiné à amener le patient à faire le bilan (avec le médecin ou seul) des situations de la vie courante dans lesquelles il sollicite son dos ; les tests portent également sur l'intensité du mal de dos et ses conséquences sur la vie quotidienne du patient

• Une Échelle Visuelle Analogique (ÉVA) d'évaluation de la douleur.

• un livret *« Prendre soin de son dos »* encourageant concrètement, par le bais de propositions, le patient à faire régulièrement des exercices physiques d'endurance pour renforcer son dos, à mieux utiliser son corps dans la vie quotidienne et à mieux se gérer face à la douleur.

Dans l'avenir, l'INPES est prêt à :

- Soutenir et accompagner au niveau national et au niveau régional la mise en œuvre de programmes intégrés de promotion de la santé dans les entreprises contribuant notamment à l'intégration des activités physiques ;

- Promouvoir la démarche de promotion de la santé au travail en diffusant largement une information sur les activités susceptibles d'être mises en œuvre et les bénéfices que l'entreprise et ses employés peuvent en retirer;

- Participer avec les partenaires concernés à la mise au point d'une norme en matière de prévention, de promotion de la santé, et de pratiques de gestion favorables à la santé[36] adaptée à la situation française. Ces spécifications pourraient constituer un cadre de référence pour des programmes volontaires qui intégreraient notamment des actions relatives aux modes de vie (nutrition, activité physique), à l'équilibre travail / famille, à l'environnement de travail et aux pratiques et organisations ayant un impact sur la santé. Elle devrait être adaptée aux besoins des petites, moyennes et grosses entreprises ;

[36] La première norme Entreprise en santé au niveau international a été publiée en 2008 par le bureau de normalisation du Québec.

- L'application de ces spécifications pourrait ouvrir droit à un label « Entreprise en santé » ; label fondé sur le respect d'une charte élaborée en partenariat. Ce label pourrait être adossé à un prix « Promotion de la santé en entreprise », remis annuellement, et qui permettrait de valoriser et de reconnaître l'action des entreprises les plus actives dans ce domaine.

- Participer à l'organisation dans chaque région d'un accompagnement pour les entreprises désireuses de s'engager dans un processus de labellisation « Entreprise en santé ».

- Mettre à disposition des professionnels de santé au travail les outils méthodologiques adaptés à l'éducation et à la promotion de la santé en entreprise ;

- Participer au développement de formations de Promotion de la santé au travail destinée aux responsables de la santé et de la sécurité en entreprise et aux professionnels des équipes pluridisciplinaires des services de santé au travail (médecin, infirmier, psychologue, ergonome..)[37].

- Soutenir des études d'impact de l'efficacité de ces programmes.

[37] L'homologue suisse de l'INPES a mis au point une formation de ce type.

ACTIVITES PHYSIQUES OU SPORTIVES DES SENIORS

Coordinateur
Remoleur Thomas

Groupe de travail
Barthélémy Lucette
Bréchat Pierre-Henri
Faivre Jeannine
Fouillot Jean-Pierre
Dantoine François
Le Cren Frédéric
Perdrizet Brigitte
Pin Stéphanie
Rivière Daniel

Autres contributeurs et auditions
Meyer Stéphan
Lamy Elizabeth
Lonsdorfer Jean
Treppoz Hervé
Vuillemin Anne
Bourdessol Hélène

I. Synthèse

Objectif : Encourager la pratique des activités physiques et sportives des seniors en toute sécurité pour contribuer à améliorer leur endurance cardiorespiratoire et musculaire, leur force et leur souplesse, leur équilibre et leur qualité de vie

1) Évaluer la condition physique et encourager la pratique lors de sessions de préparation à la retraite ou de visite de pré-retraite, associé à une information de prévention (éducation à la santé) ou lors d'une consultation d'aptitude physique.

2) Promouvoir les APS et les APA au sein des maisons de retraite et EHPAD en les intégrant dans le projet d'établissement

3) Elaborer des guides de bonnes pratiques pour l'évaluation et la prescription des APS pour les seniors

4) Former les professionnels de la santé et des APS à la prescription et au suivi de la pratique d'APS spécifique aux seniors

5) Former les aidants à domicile

6) Favoriser la création de réseaux de santé régionaux « sport-santé-senior »

7) Mettre en place des campagnes de communication, locales et nationales, à destination des seniors sur la bonne pratique des APS

8) Créer un « observatoire » de la pratique des APS pour les seniors

SOURCES DE FINANCEMENT

9) Mettre en place un crédit d'impôt incitatif pour la pratique sportive des seniors

10) Créer des partenariats avec les assurances maladies obligatoires et complémentaires ainsi qu'avec les caisses de retraite

II. Contexte

Introduction

Le vieillissement de la population est un défi majeur de santé publique. Les seniors de plus de 60 ans devraient constituer le tiers de la population française en 2040 (21 millions). Les plus de 80 ans, âge à partir duquel le taux de dépendance augmente rapidement, devraient alors être plus de 7 Millions.

La promotion de la santé par les activités physiques ou sportives (APS) des seniors peut contribuer à un vieillissement réussi et à limiter ses accélérations pathologiques. Elle est associée dans cette tranche d'âge à une amélioration de la qualité de vie, à une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé, sans incapacité ni dépendance, et à une diminution de la mortalité des patients atteints de pathologies chroniques (hypertension artérielle, le diabète de type II ou l'ostéoporose). Elle participe au maintien de l'autonomie, à la diminution des hospitalisations et des consommations médicamenteuses et retarde la dépendance.

La pratique d'une APS par les seniors doit être adaptée à chacun. En effet, les seniors peuvent être valides ou dépendants, sportifs, actifs ou sédentaires, vivre à domicile ou en institution… Nous détaillerons les propositions permettant aux seniors de pratiquer une APS en considérant l'adaptation nécessaire à chacune de ces catégories.

La pratique sportive régulière permet de restaurer une partie des capacités fonctionnelles mobilisables à l'exercice et de retarder certains processus délétères liés au vieillissement. Le maintien des capacités physiques apparaît alors essentiel pour conserver l'autonomie et préserver la qualité de vie au cours de l'avancée en âge. La promotion de la santé par les activités physiques et sportives par des actions de prévention chez les seniors et les personnes âgées doit prendre en compte l'ensemble des changements comportementaux favorables à la santé, l'environnement physique et social des personnes âgées et leur spécificité. Même chez le sujet âgé fragile, l'activité physique présente un intérêt sur le plan de la mobilité, de l'équilibre, de la souplesse et de la force musculaire et dans la prévention des chutes (qui peuvent entraîner jusqu'à 4500 décès par an chez les seniors).

L'impact des APS sur la santé est une donnée prise en compte au sein de la Commission européenne via le *Livre blanc sur le sport* [38] : « La Commission recommande que le renforcement de la coopération entre les secteurs de la santé, de l'éducation et du sport soit encouragée au niveau ministériel dans les États membres dans le but de définir et d'appliquer des stratégies cohérentes de lutte contre la surcharge pondérale, l'obésité et les autres risques pour la santé. Dans ce contexte, la Commission encourage les États membres à examiner la manière de promouvoir un mode de vie actif par l'intermédiaire des systèmes nationaux d'éducation et de formation ». Dans son expertise collective, l'INSERM a également émis des recommandations spécifiques pour l'adulte au-delà de 65 ans et chez le patient atteint de maladie chronique de plus de 50 ans ; des recommandations spécifiques complétant les précédentes ont été publiées et mises à jour en 2007 par le Collège américain de médecine du sport et l'Association des cardiologues américains.

[38] COM (2007) final du 11.7.2007

Les recommandations en termes de durée et fréquence sont identiques à celles préconisées pour l'adulte jeune : réaliser des activités d'intensité modérée de type aérobie (en endurance) pour un minimum de 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ou de forte intensité 20 minutes par jour, 3 jours par semaine.

Cependant, deux points sont mis en exergue. D'une part, l'individualisation de l'intensité de la pratique d'APS est préconisée grâce à l'utilisation d'un paramètre simple : une échelle visuelle analogique (échelle de Borg). Sur une échelle de 0 à 10, si la position assise est de niveau 0 et un exercice extrême, 10, une activité modérée correspond à 5-6. Elle produit une augmentation franche de la fréquence cardiaque et de la respiration. Sur la même échelle, une activité intense, correspondant à une gradation de 7-8, entraîne une augmentation importante de fréquence cardiaque et respiratoire. Compte tenu de l'hétérogénéité des niveaux d'aptitude physique des sujets âgés, pour certains d'entre eux une activité d'intensité modérée correspondra à la marche normale, pour d'autres à la marche rapide.

D'autre part, l'accent est mis sur la diversification des activités et sur l'importance d'activer les différentes composantes de la condition physique: à l'endurance (ou exercice aérobie), il faut ajouter le renforcement musculaire (activité contre résistance), les exercices de souplesse, d'équilibre et de coordination pour un maintien des capacités fonctionnelles et une prévention efficace des chutes. Des combinaisons d'activités modérées ou intenses peuvent être effectuées. Toutefois, ces exercices doivent venir en supplément des activités de la vie quotidienne ou des exercices d'intensité modérée durant moins de 10 minutes (tâches ménagères, marche, bricolage, jardinage…).

Les sujets âgés doivent réaliser des renforcements musculaires (travail contre résistance) au niveau des principaux groupes musculaires à une fréquence minimale de deux fois par semaine avec un ou 2 jours de repos entre chaque séance. Ces exercices peuvent être réalisés en soulevant des charges. L'intensité de l'exercice peut être modulée (considérée comme modérée ou élevée) selon les sujets en utilisant l'échelle analogique précédemment mentionnée. Il est recommandé de faire travailler 8 à 10 groupes musculaires (avant bras, bras, épaules, quadriceps…). Pour chaque groupe musculaire, il convient de réaliser 10 à 15 répétitions.

Pour maintenir l'amplitude articulaire et la souplesse nécessaire aux activités de la vie quotidienne, les sujets âgés doivent réaliser des exercices de souplesse (cou, épaule, taille, hanche…) tous les jours de la semaine[39]. Des exercices d'équilibre sont également à préconiser sous couvert de l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques des APS (voir recommandations 4).

Pour maintenir leur capital santé, les sujets âgés doivent maintenir une activité physique tout au long de leur vie. Les sujets adultes sédentaires ne présentant pas de pathologie chronique doivent bénéficier d'un programme proposant une approche par paliers de niveau afin d'augmenter progressivement leur activité physique sur le long terme.
Les sujets adultes de plus de 50 ans et les sujets âgés présentant une maladie chronique pour lesquels une activité physique est incluse dans la thérapeutique, doivent pratiquer cette activité en respectant les règles de précaution inhérentes à leur maladie, s'adaptant selon le degré d'amélioration ou d'aggravation de celle-ci.

[39] Comité scientifique, Kino-Québec 2002, L'activité physique, déterminants de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus, Gouvernement du Québec

Grace à des APS adaptées et accessibles, les seniors pourront reprendre du plaisir et faire évoluer leurs modes de vie en y incluant des temps actifs. Plusieurs pays l'ont compris depuis déjà longtemps, comme les pays scandinaves ou le Canada. Dans la province du Québec, en parallèle du mouvement sportif traditionnel, existe depuis 1978, le programme Kino-Québec. Doté d'une coordination nationale, Kino-Québec est présent dans l'ensemble des régions de la province par son réseau de 35 conseillers régionaux. Sa mission consiste à promouvoir un mode de vie physiquement actif au sein de la population québécoise *via* deux stratégies : la première stratégie est de concevoir, mettre en œuvre et consolider des mesures appropriées, notamment des activités de communication grand public, pour qu'une plus grande partie de la population québécoise soit physiquement active. La deuxième est d'influer et de mobiliser les instances provinciales, régionales et locales de manière à ce qu'elles conçoivent et mettent en place des programmes et des mesures qui permettront de réduire les obstacles à la pratique régulière d'activités physiques.

Les risques cardiovasculaire et traumatologique résultant d'une pratique inadaptée ou trop intense requièrent une bonne formation des acteurs médicaux et des professionnels de l'activité physique ainsi qu'une bonne éducation à la santé de la population générale et des seniors en particulier. Les notions d'adaptabilité et d'accessibilité trouvent toute leur place ici : pour des sports collectifs et éminemment sociaux, modifier les règles du jeu, la taille et le matériau des balles, les temps de jeu sont autant de moyens efficaces pour permettre aux seniors de se dépenser en prenant du plaisir, tout en diminuant les risques spécifiques.

En France, deux plans nationaux prônent l'activité physique des seniors :
- Le Plan national nutrition santé comporte deux objectifs nutritionnels spécifiques pour les personnes âgées (améliorer le statut en calcium et en vitamine D ; prévenir, dépister et limiter la dénutrition) ; trois guides ont été édités et diffusés qui prodiguent des conseils sur l'alimentation et l'activité physique : « La Santé vient en mangeant et en bougeant. Le guide nutrition à partir de 55 ans », « La santé en mangeant et en bougeant. Le guide nutrition pour les aidants des personnes âgées » et le livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé.
- Le Plan Bien vieillir 2005-2008 comporte un axe destiné à « promouvoir une activité physique et sportive » chez les personnes âgées de 55 à 75 ans qui se déclinent en cinq mesures spécifiques : la réalisation d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors ; le soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors ; la formation des professionnels ; l'évaluation des aptitudes physiques des seniors ; la mise sur pied d'une journée « portes ouvertes » pour les seniors des fédérations.

Toutefois, si ces deux plans comportent des actions visant à promouvoir une activité physique et sportive, cette dernière reste relativement limitée et n'est pas développée pour elle-même contrairement à ce qui est fait dans d'autres pays.

III. Propositions détaillées

1. Les publics seniors

Pour amener les personnes âgées à pratiquer régulièrement des activités physiques ou sportives, libres ou encadrées, il convient d'établir préalablement le profil de ces personnes : cerner leur demande et préciser leurs besoins, connaître l'expérience passée d'activité, faire une évaluation appropriée de leur condition physique et de leur capacité fonctionnelle.

1.1. Seniors valides

Trois types de valides peuvent être retenus :

- Valides pratiquant une activité sportive (en excellente condition physique) qui peuvent suivre les tests d'évaluation des jeunes adultes et pratiquer les mêmes activités sportives
- Valides pratiquant une activité physique ou sportive de loisirs non encadrée (en bonne condition physique) qui peuvent suivre des tests d'évaluation classiques et pratiquer des APS conventionnelles
- Valides sédentaires qui, au delà de tests d'évaluation spécifiques tel que le *senior fitness test*[40], doivent recommencer progressivement leur pratique avec les conseils et le suivi éventuel d'un professionnel de l'activité physique.

1.2. Seniors en cours de fragilisation, en perte de capacité ou porteurs de polypathologies

Ces personnes se situent aux frontières de la dépendance. Il est approprié d'utiliser des tests spécifiques, développés pour mesurer l'étendue de leur capacité fonctionnelle ou leur aptitude, comme le test de Tinetti, le *senior fitness test*, le questionnaire modifié d'aptitude à l'activité physique (Q-AAP) élaboré par le Club APADOR[41], Health Assessment Questionnaire ou HAQ, OSWESTRY DISABILITY INDEX, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle ou *SMAF, Voorrips ou Modified Baecke Questionnaire*.
Ces outils évaluent, dans la majorité des cas, un ensemble de composantes reliées aux activités de base et aux activités utilitaires de la vie quotidienne. Ils sont adaptés pour être utilisés auprès de personnes en institution, de patients en période de réadaptation, voire de sujets résidant à leur domicile. L'activité physique doit alors être encadrée par un professionnel de l'activité physique et autres professionnels de la santé (kinésithérapeutes, infirmières, ergothérapeutes, éducateurs médico-sportifs, actiphysiciens …).

1.3. Seniors dépendants

Pour mesurer la capacité fonctionnelle des seniors non autonomes, on peut procéder soit à l'aide de questionnaires, d'entrevues, d'observations ou de tests mesurant la performance dans les activités de base de la vie quotidienne, en appréciant notamment la dextérité et la force de préhension (cf. tests pré-cités)
L'activité physique doit être encadrée par un professionnel (kinésithérapeute, EMS, actiphysiciens, ergothérapeute …).

Chacune de ces trois catégories peut vivre à son domicile ou en institution.

---

[40] Annexe 3
[41] Annexe 4

2. Principe général

Favoriser toutes les conditions qui permettent d'augmenter la pratique des APS des seniors et contribuent à améliorer leur endurance cardiorespiratoire et musculaire, leur force et souplesse, leur équilibre et leur qualité de vie

- JUSTIFICATION

Les enquêtes d'opinion montrent que les freins principaux à la pratique des APS à cet âge sont :

- la peur de se blesser,
- le sentiment d'être trop âgé,
- l'impression que leur santé ne le permet pas.

On constate une baisse de l'activité sportive après 60 ans, qui corrobore les freins exprimés ci-dessus. La pratique des seniors pourra donc être améliorée si les deux notions fondamentales que sont l'accessibilité et l'adaptabilité sont respectées : des changements de règles et de matériels permettront aux seniors de poursuivre leur activité physique sans se blesser et avec beaucoup moins d'appréhension.

Ainsi, les exercices proposés aux seniors doivent s'adapter à eux : les règles, le rythme, l'échauffement, le matériel doivent être adapté.

Dans ce parcours, il est primordial de :

- développer la socialisation et la convivialité,
- adapter la communication,
- respecter les capacités d'adaptation à l'effort physique et la récupération
- faire constater les progrès régulièrement,
- ne pas s'arrêter à « l'occupationnel » mais prévoir un programme de progression en vue d'une ouverture éventuelle sur l'extérieur (participation à la vie commune, du quartier…) et
- s'assurer des conditions de sécurité.

- ACTION

2.1 Valides pratiquant une activité sportive, encadrée ou pas

Les conseils de base en termes d'échauffement, d'hydratation, de respect des temps de repos et de conditions atmosphériques prodigués pour l'ensemble de la population sont ici plus importants encore. De nombreux accidents se produisent lorsque ces consignes ne sont pas respectées, entraînant l'arrêt de l'activité physique pour blessure avec une très haute probabilité de non reprise. Les risques de tendinite, accident musculaire, entorse et fracture sont plus fréquents et leurs conséquences plus graves en avançant en âge. Les ruptures du tendon d'Achille chez le tennisman de plus de 50 ans à la suite d'un mauvais échauffement sont l'un de ces exemples. Il est donc tout à fait crucial d'alerter les intervenants ainsi que les promoteurs des campagnes de communication sur ce fait.

Il est conseillé pour les seniors de prévoir le temps, le lieu et le matériel nécessaires pour ces différentes consignes :

- s'échauffer pendant 15 minutes avant un effort intense (tennis), surtout lorsque les températures extérieures sont basses (ski), comprenant des mouvements corporels ayant pour principal but une élévation de la température

interne (course lente, flexion-extension des membres inférieurs, mouvement des épaules et des membres supérieurs…),

- s'assurer que les conditions de visibilité sont correctes pour réduire les risques de chute,
- prévoir une hydratation suffisante ; boire avant, pendant et après l'effort,
- porter une attention particulière à son équipement. Par exemple, lors d'une randonnée en montagne, il est utile de prévoir des bâtons télescopiques pour la descente, qui diminuent par deux les contraintes sur les articulations du genou,
- inclure des phases de repos lors de l'exercice physique et en profiter pour s'alimenter et s'hydrater,
- prévoir un temps plus long et progressif pour effectuer un retour au calme en fin d'exercice.

2.2. Seniors en cours de fragilisation

De nombreux clubs de gymnastique et multisports affiliés à la FFEPGV, à la FFRS, ou à la FFEPMM sont répartis sur le territoire et proposent des activités physiques ou sportives adaptées (APSA) pour les seniors, suivant leur capacité physique. Cette population peut se voir également, tout comme la précédente, recommander la randonnée et la marche à pied : ces activités physiques s'adaptent parfaitement aux seniors fragiles : il faudra veiller particulièrement au chaussage, à la qualité du sol, aux matériels nécessaires pour leur repos, à la propreté et la sécurité du lieu.

2.3. Seniors dépendants

Ces personnes aussi peuvent pratiquer une APS en adaptant les règles et le matériel : une pratique dérivée du volley-ball avec une balle en mousse ou un ballon gonflable, de couleur vive, sans filet, sans marque au sol mais avec pour but, même pour des personnes en fauteuil, de s'adresser la balle, de la réceptionner puis de la renvoyer, permet de mobiliser les membres supérieurs, la coordination des ceintures, de faire travailler les réflexes tendineux, l'attention visuelle et les capacités de concentration… Les raquettes de plages permettent aux seniors dépendants de pratiquer une forme de tennis ludique debout ou assis. A noter toutefois qu'il est important de privilégier la station debout lorsque cela est possible : les vertus de la verticalisation ne sont plus à démontrer.

Peuvent également être proposés des exercices de gymnastique douce, un travail sur l'équilibre par des parcours d'obstacles, des programmes proposés par les fédérations citées ci-dessus permettent de prévenir les chutes et d'entretenir les capacités physiques des seniors.

Voici quelques exemples de programmes mis en place en France par les fédérations tels que FFEPGV ou FFEPMM :

> *Actigym'Senior*, pour les plus de 55 ans, permet de développer une bonne condition physique et conserver un capital santé grâce à des séances variées et régulières d'exercices dynamiques et de loisirs sportifs non compétitifs.
>
> *Gymmémoire*, pour la prévention des 65-75 ans, permet de stimuler les mécanismes intellectuels et de développer les facteurs optimisant la qualité durable de la mémoire.

Gym'équilibre, pour la prévention des 65-75 ans, est un concept ayant pour base la prévention des chutes et qui permet de s'adapter à différentes situations de déséquilibre et d'y répondre le plus efficacement possible en mobilisant ou en réactivant les mécanismes réflexes.

Gym'autonomie, pour l'autonomie des plus de 75 ans, se pratique dans un cadre institutionnel (maison de retraite, hôpitaux...) et permet aux résidents une meilleure qualité de vie à travers des exercices favorisant la motricité, la verticalisation, les transferts d'appui et la prévention des chutes.

GymSenior est destiné aux seniors autonomes qui veulent entretenir leur condition physique de façon optimale. Il inclut des exercices qui développent les différentes composantes de la condition physique : endurance aérobie, renforcement musculaire, souplesse, équilibre et coordination .

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D), destiné aux seniors autonomes ayant chuté ou préoccupés par les chutes, combine des activités physiques spécifiques et des séances d'éducation pour la santé ciblant les principaux facteurs de risque de chute.

Gym sur chaise : destiné aux seniors en perte d'autonomie, ce programme vise principalement le maintien des capacités fonctionnelles reliées aux activités de base et aux activités utilitaires de la vie quotidienne. Les aspects ludiques et de socialisation sont également mis en avant.

Recommandation 1 : Prévoir un temps pour l'évaluation de la condition physique et pour les conseils de pratique des APS:

A. lors d'une visite de pré-retraite

JUSTIFICATION
Le départ à la retraite est considéré par beaucoup de personnes avançant en âge comme une rupture avec, dans certains cas, la remise en cause de la place dans le monde "actif", dans tous les sens du terme, c'est-à-dire dans le monde du travail, mais aussi dans celui de la pratique physique ou sportive. Cela est d'autant plus regrettable que la retraite est pour la majorité des gens, la possibilité d'avoir plus de temps libre, d'une part pour pratiquer régulièrement une activité physique (ce qui n'était pas le cas pendant la vie professionnelle, du fait du manque de temps), mais également pour prendre conscience de problèmes de santé négligés, pour les mêmes raisons, pendant la vie professionnelle.
Deux objectifs : dépister les facteurs de risque, notamment cardio-vasculaires, et donner l'occasion d'une information sur les comportements favorables à un vieillissement réussi incluant les APS.

ACTIONS
Faire figurer dans le guide de la consultation à la préparation à la retraite, un chapitre consacré à la promotion des activités physiques pour la santé avec des informations concernant différentes possibilités de pratiquer une APS pour les personnes avançant en âge.

Cette consultation figure dans le plan « Bien vieillir ». Notre recommandation, outre le fait que nous appuyons cette mesure importante, propose d'inclure, lors de cette visite médicale, un volet non négligeable sur la promotion des APS.
Dans l'hypothèse où cette mesure du plan « Bien vieillir » ne serait pas concrétisée, il parait important que cette promotion des APS soit tout de même effectuée lors de consultations préventives comme le dépistage du cancer du sein, de la prostate…

Inclure dans cette consultation une évaluation des activités physiques et sportives. Elle regrouperait :

- un examen médical visant à dépister les contre-indications et définir les aptitudes ;
- un questionnaire sur la pratique d'APS pendant la vie professionnelle (qui pourrait servir de base au travail de l'observatoire des APS des Seniors) ;
- une évaluation de la condition physique avec des outils adaptés aux seniors ;
- une prescription d'activités physiques adaptées.

Il est important de noter également qu'une bonne orientation après consultation médicale des seniors souhaitant reprendre une APS peut constituer une recommandation intéressante : la recommandation 6 (Favoriser la création de réseaux de santé régionaux « sport-santé-senior ») vise à combler ce manque d'information du senior.

Le programme « Age en mouvement »[42] qui propose une ordonnance suite à des tests physiques s'inscrit dans cette lignée.

B. Lors d'une consultation de l'aptitude physique du senior ou de la prescription d'une APS ou d'une APA

JUSTIFICATION
Afin de proposer des programmes d'APS adaptés au niveau et au besoin de seniors autonomes de 50 ans et plus, il est important d'avoir un bilan initial de leur condition.
La consultation peut donner les moyens à chacun de prendre la décision d'adopter un comportement favorable à son autonomie et à sa qualité de vie en pratiquant régulièrement des APS tout en respectant des précautions. Par ses tests, la consultation permet de dépister des pathologies que seul l'effort maximal peut révéler. Cet acte médical est une sécurité et permet aussi d'optimiser un réentraînement physique, comme le programme d'entraînement personnalisé en créneaux, en l'adaptant aux possibilités énergétiques de chacun. Ce programme redonne au senior les capacités pulmonaires, cardio-vasculaires et musculaires nécessaires pour pratiquer des APS dans des conditions de plaisir et sans incident. Ainsi encouragé, la personne est à même de poursuivre une APS et gagne en qualité de vie et en autonomie. La consultation peut englober une évaluation médicale à orientation gériatrique ; une évaluation physiologique de l'aptitude physique ; un programme d'entraînement personnalisé; une orientation vers des associations pour poursuivre les APS [43].

ACTION
Une évaluation physiologique et une étude médico-économique sont en cours dans 3 régions pour connaître le gain en aptitude physique, l'adhésion et la part d'auto-participation des participants.

[42] Annexe 1
[43] Bréchat PH. Presse Med 2007 ; 36 : 379-380.

Recommandation 2 : Promouvoir les APS au sein des maisons de retraite et ehpad

JUSTIFICATION
De plus en plus de personnes avançant en âge fréquentent des établissements et maisons de retraites au sein desquelles les activités physiques ne sont pas une priorité.

ACTION
- Intégrer les APS dans le projet d'établissement.
- Intégrer les programmes d'APS dans l'évaluation, l'accréditation et le subventionnement de ces établissements.
- S'assurer de la présence d'installations spécifiques pour la pratique des APS : une salle claire, spacieuse et aérée contenant un minimum de matériels (ballon mousse, ballon de Klein, tapis, plots…) doit être prévue, ainsi que du matériel aménagé dans les espaces loisirs extérieurs (« jardins aménagés »);
-Proposer une incitation financière pour développer des activités physiques ou sportives visant principalement le maintien ou l'amélioration de la capacité fonctionnelle afin de demeurer autonome et jouir d'une meilleure qualité de vie. Pour les plus frêles et les non autonomes, l'objectif est plus spécifiquement de maintenir la capacité d'effectuer les activités utilitaires et de base de la vie quotidienne en privilégiant la verticalisation lorsqu'elle est possible.

Cela devrait être des interventions en petits groupes visant principalement des activités de force et d'endurance musculaire des membres inférieurs en priorité, de souplesse et d'amplitude articulaire, d'équilibre, de coordination, de mobilité des extrémités (chevilles, pieds et mains) et de motivation à la pratique.
Des professionnels des métiers de la santé ou du sport (actiphysicien, EMS, kinésithérapeute…) doivent intervenir dans ces établissements pour permettre la pratique d'APS dans les meilleures conditions de sécurité et d'efficacité.

Recommandation 3 : Élaborer des guides de bonnes pratiques pour l'évaluation et la prescription des APS pour les seniors
et
Recommandation 4 : Former les professionnels de la santé et de l'APS à la prescription et au suivi de la pratique d'APA spécifiques aux seniors

JUSTIFICATION
Les activités libres d'APS (jardinage, bricolage, jouer avec ses petits enfants, etc.) ou de déplacement (marche, bicyclette) permettent de retirer bon nombre de bénéfices pour la santé chez les seniors. Toutefois, elles peuvent être efficacement complétées par un encadrement professionnel.

ACTION
Dans ce contexte, il apparaît important qu'un professionnel des APS puisse prescrire un programme spécifique qui respecte les capacités fonctionnelles et les antécédents médicaux du senior. Il est important que soient précisées les composantes prioritaires de la condition physique à développer (aérobie, renforcement musculaire, souplesse, amplitude articulaire, équilibre, coordination) ainsi que leur fréquence, intensité et durée. Chaque programme spécifique (remise en forme générale, préparation à une activité sportive particulière, prévention des chutes ou de l'ostéoporose, etc) gagnera à être individualisé et mesurable (voir Annexe 4 et [2]).

3. Formation

Recommandation 5 : Former les aidants à domicile

- JUSTIFICATION
Les personnes dépendantes sortent très peu de leur domicile. Ainsi, en plus des visites familiales, les aidants à domicile, les infirmières et les kinésithérapeutes sont les intervenants les plus réguliers de ces seniors.
Il semble important que les aidants à domicile bénéficient d'une formation a minima concernant les bienfaits du mouvement sur la santé des personnes âgées pour qu'ils deviennent des relais efficaces auprès des seniors dépendants, leur rappelant régulièrement la nécessité de se déplacer, même en déambulateur, ou de se verticaliser. Cette formation pourrait leur indiquer des conseils simples pour aménager l'intérieur de l'habitation pour permettre, sécuriser et faciliter les déplacements des seniors.

- ACTIONS
Formation des aidants à domicile : niveau DEAVS (diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale) : inclure un module de formation sur la pratique physique : mouvements et sollicitations au mouvement, avec une recommandation très forte sur les dépendants.

Les éléments de bonnes pratiques, mentionnés ci-dessus, pour l'évaluation et la prescription des APS auprès des seniors pourraient être rassemblés (sous la forme d'un référentiel par exemple) et enseignés aux futurs professionnels. Il serait également intéressant de prévoir la valorisation d'acteurs de terrain ayant des formations initiales spécifiques (ex. Brevet Professionnel ou Licence professionnelle, Santé et vieillissement APA).

Recommandation 6 : Favoriser la création de réseaux régionaux "Sport Santé-Senior"

- JUSTIFICATION
Les offres de santé pour les seniors et les personnes âgées sont importantes mais au sein de dispositifs différents et avec des financeurs différents (Etat, assurance maladie, collectivités territoriales, etc.). Il est nécessaire, pour créer un continuum d'actions avec des professionnels mobilisés, de les aider à se concerter et à se former. Les acteurs fédéraux et associatifs ayant une longue expérience de terrain avec ces populations (FFEPGV, FFRS, Siel Bleu, FFEPMM) doivent y participer. Dans ce contexte, favoriser la création des réseaux de santé peut être une réponse intéressante.
Ces réseaux de santé pourront être intégrés parmi les priorités de santé publique régionales (PRSP, SROS) et nationale (Loi relative à la politique de santé publique).

- ACTIONS
Créer des réseaux de santé régionaux « sport santé senior » pilotés au sein des futurs pôles de prévention des agences régionales de santé avec l'aide des services jeunesse, sports et vie associative ; ce pourrait être un des rôles des médecins conseillers des DRJSCS pour encourager la collaboration de tous les acteurs (centres médico-sociaux, offices municipaux du sport, fédérations, etc…)

Recommandation 7 : Mise en place de campagnes de communication, locales et nationales, à destination des seniors sur la bonne pratique des APS

- JUSTIFICATION

De nombreuses actions locales promeuvent la pratique des APS par les seniors. En effet, sur tout le territoire, des associations, des clubs, des collectivités territoriales, des médecins, des paramédicaux, des professionnels des APS développent des actions efficaces, souvent peu coûteuses, et qui permettent aux seniors de retrouver leurs sens du mouvement pour leur plus grand plaisir. Toutes ces actions ont en commun deux notions déjà évoquées ci-dessous : adaptation et accessibilité. Le plus souvent, les seniors manquent d'informations plus que de structures pouvant les accueillir. « Les campagnes médiatiques avec forte visibilité qui suscitent l'intention de pratiquer une activité physique sont des interventions fortement recommandées et doivent être associées à des actions locales[44] ».

« Peu contraignantes et à la portée d'un grand nombre de personnes âgées, les activités physiques non structurées sont celles dont on doit d'abord faire la promotion dans le cadre de campa

gnes à grande échelle. La pratique d'activités libres est une bonne préparation à la pratique régulière d'activités plus encadrées. Il faut cependant rappeler que les activités libres ne permettent pas toutes de développer les qualités physiques comme le ferait un programme d'exercices spécifiques. L'idéal est donc d'allier aux activités physiques quotidiennes et de loisir, un programme d'exercices conçu et réajusté périodiquement par un spécialiste.

La pratique d'activités physiques et sportives libres permet de retirer de larges bénéfices. Il peut s'agir d'activités de la vie quotidienne (travaux extérieurs, jardinage) mais aussi d'activités de déplacement (bicyclette, marche), de loisir ou de conditionnement physique (aquagym, musculation avec appareils) [2].

- ACTIONS

Mettre en place de nouvelles campagnes de communication vers les seniors.

Délivrer des conseils et recommandations pour la pratique d'APS libre ou des informations augmentant et valorisant les programmes pour les seniors proposant des activités encadrées, et adaptées à leur niveau de pratique et à leur état, avec un soutien social et des moyens incitatifs.

Pour essayer de mieux cibler ces campagnes de communication, il est important de connaître les habitudes des seniors en matière d'APS.

[44] INPES « La santé de l'homme » n°387 janvier-février 2007. p18

Recommandation 8 : Création d'un « Observatoire » de la pratique des APS par les seniors permettant de mieux connaître les pratiques des APS chez les seniors, leurs changements de comportements, les freins les empêchant d'être actifs dans leur vieillissement.

- JUSTIFICATION

La promotion des activités physiques pour les seniors est en plein développement comme le montrent les nombreux plans et rapports publiés sur le sujet (*Plan Bien vieillir, EU Physical Activity Guidelines, Réseau Européen EUNAPAA, Projet PENSA, Projet Age en Mouvement).* Cependant, certains de ces projets s'enlisent ou ne répondent pas aux attentes. La question se pose de leur adaptation aux populations de seniors considérées, de leur évolution avec les modifications rapides de la société et de leur évaluation régulière afin de juger l'efficacité des mesures concernant les seniors et leurs pratiques et de permettre leur adaptation et leur développement.

- ACTIONS

Créer un observatoire des activités physiques et sportives du senior permettant de mesurer leur condition physique, le pourcentage de personnes bénéficiant de ces programmes, de suivre leur application sur le terrain et d'évaluer leur efficacité. Cet observatoire permettrait également le suivi des mesures proposées et leur adaptation permanente aux modifications de la population avançant en âge.

Une de ses missions serait d'élaborer des questionnaires d'APS spécifiques des différentes tranches d'âge en n'oubliant pas les plus de 80 ans et surtout la mise en place d'une banque d'outils pour la pratique qui permettrait une harmonisation des activités physiques chez les personnes avançant en âge.

Recommandation 9 : Prévenir les chutes

Il est nécessaire de s'adapter au profil des personnes âgées[45] : la sélection des personnes selon le niveau de risque apparaît comme un critère de succès des interventions : les programmes proposés doivent être, dans la mesure du possible, adaptés au profil des personnes âgées. Le groupe d'experts a ainsi identifié trois types d'intervention correspondant à trois niveaux de risque de chute.

1/ Un premier niveau d'intervention se réfère à la prévention primaire qui concerne toute personne âgée ne présentant pas de risque significatif de chute ; les programmes recensés dans ce premier niveau n'ont pas fait à ce jour la preuve de leur efficacité en terme de réduction de l'incidence des chutes, mais certains ont conduit à une amélioration générale de l'état de santé (amélioration de la qualité de vie, réduction des incapacités) ou à une réduction des facteurs de risque des participants. Des évaluations rigoureuses sont nécessaires pour comparer l'efficacité de différentes stratégies d'intervention (information seule, programmes collectifs d'éducation pour la santé, visites à domicile) en termes de réduction du risque de chute.

2/ Des programmes universels – on parle de « programmes multifactoriels non personnalisés » – devraient être réservés à des populations présentant un risque

[45] Pin Le Corre S. BEH thématique 37-38 / 2 octobre 2007

modéré. Ce type de programme est bien implanté dans les pays promoteurs, et en particulier en France, même si on manque à ce jour de visibilité sur les critères de recrutement et les profils des personnes admises : les programmes Equilibre développés par plusieurs caisses d'assurance maladie illustrent ce type d'intervention. Quelques initiatives se développent, qui tendent à réserver ce type d'actions à des personnes présentant un risque de chute, mais ne souffrant pas de fragilité majeure. La Fédération française EPMM Sports pour tous a adapté un programme québécois, le Programme intégré d'équilibre dynamique ou P.I.E.D [46]. Le développement de ce programme est intéressant à plusieurs titres : d'abord, il illustre la volonté d'appuyer l'action communautaire à partir de recommandations fondées sur des preuves. Ensuite, par rapport à la version originale du programme, plus générique quant aux critères de sélection des personnes âgées, les promoteurs ont notamment repris les deux étapes du repérage proposé dans le référentiel de l'INPES pour sélectionner les personnes qui présentent un risque modéré de chute.

3/ Enfin, pour des personnes plus fragiles, présentant plusieurs facteurs de risque (troubles de l'équilibre, pluripathologies, polymédication, dénutrition, etc), des programmes plus ciblés devraient être privilégiés, comportant notamment l'implication de professionnels de santé dès l'évaluation des facteurs de risque et tout au long de la prise en charge. Les consultations pluridisciplinaires de la chute proposées par plusieurs CHU ou centres de gérontologie en France illustrent bien ce type de programme.

Un certain nombre d'études ont d'ores et déjà démontré l'intérêt de l'activité physique dans la prévention des chutes[47,48,49,50]. Certaines activités physiques comme la pratique du Tai chi montrent également des résultats encourageants[51]. Cependant, ces activités bien qu'efficaces pour prévenir les chutes ne ciblent généralement que le risque associé aux capacités physiques d'un individu. Or la chute résulte de plusieurs facteurs de risque qui peuvent être classés en trois groupes[52,53]:
- facteurs de risque relatifs à l'état de santé de la personne (troubles de l'équilibre ; pathologies chroniques ou aiguës) ;
- facteurs de risque relatifs aux comportements (prise de médicaments, prise de risque au quotidien, type d'alimentation, niveau de sédentarité) ;
- facteurs de risque relatifs à l'environnement (aménagement du logement ou des abords extérieurs…).

Les interventions efficaces sont multifactorielles et ciblées.

<u>Recommandations Kino-Québec</u>

Avec les seniors, l'objectif n'est pas le développement maximal de certaines qualités, mais leur développement *optimal*, en tenant compte à la fois de l'efficacité et de la sécurité de leur programme d'exercice physique. Il s'agit d'améliorer leurs qualités physiques dans les meilleures conditions possibles. Les

[46] Fauchard T, La Santé de l'Homme, 2006, n°381, p.43
[47] Fauchard T, *Sciences et Sport*, 16 sept. 2008
[48] Barnett A, Age Ageing 2003; 32: 407-14
[49] Chang JT, BMJ 2004; 328.
[50] Castell S, J Am Geriatr Soc 2003; 51: 1685-92.
[51] Wolf SL. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 489-97
[52] Bourdessol H. Référentiel de bonnes pratiques. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Saint-Denis: Editions INPES; 2005.
[53] Pin Le Corre S. BEH thématique 37-38 / 2 octobre 2007.

différentes formes d'activités physiques n'ayant pas toutes les mêmes effets, il revient aux professionnels de définir clairement les objectifs à atteindre.
Les besoins des aînés différeront selon leur parcours de vie physique : la personne a-t-elle toujours été active ou non ? Les intervenants devront donc, dans une deuxième étape, affiner leur évaluation des besoins. Par exemple, si l'objectif principal est de prévenir certaines maladies cardiovasculaires, on conseillera, selon la condition physique de la personne, des activités aérobies; si l'objectif est d'améliorer la condition d'une personne dépressive ou souffrant d'isolement, on lui conseillera de participer à des jeux ou à des activités qui favorisent les rencontres sociales (danse, marche en groupe).

Recommandation 10 : Mettre en place un crédit d'impôt incitatif pour la pratique sportive des seniors et créer des partenariats avec les assurances maladies obligatoires et complémentaires ainsi qu'avec les caisses de retraite.

- JUSTIFICATION
Comme le précise le rapport 2008 portant sur la création des agences régionales de santé, des marges de manœuvres financières pourraient être laissées aux agences régionales de santé (ARS) [54]. Dans la Loi relative à l'assurance maladie de 2004, les assurances maladies complémentaires[55] ou les caisses de retraite peuvent participer au financement de politiques de santé ainsi qu'à des actions de prévention[56,57]. Des financements locaux pourraient être demandés auprès des mairies, des conseils généraux, dans certains contrats d'objectifs et moyens de certains SROS mais aussi dans l'une des prestations d'hospitalisation comme les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

- ACTIONS
Les GRSP et PRSP peuvent favoriser la création de partenariats financiers pour le développement de ces offres en faveur notamment des populations qui n'en bénéficient pas encore [58].

4. Conclusion

Les seniors sont à la fois désireux et parfaitement capables de pratiquer une APS si cette dernière leur est adaptée et si les conditions favorables à cette pratique sont réunies : les notions fondamentales d'adaptation, d'accessibilité, de socialisation et de plaisir doivent guider les intervenants auprès d'eux pour que le premier pas effectué dans la reprise d'APS entraîne un comportement favorable à la santé sur le moyen et long terme. Toutefois, cela n'est possible que si l'environnement global le permet : un travail collectif doit être entrepris par l'Etat, les collectivités territoriales, les assurances maladies, obligatoires et complémentaires, les professionnels de santé ou les caisses de retraite sans oublier les institutions hébergeant les seniors et les fédérations sportives non compétitives ayant une longue expérience dans la pratique des APS auprès d'eux.

[54] Bur Y. Rapport sur la création des agences régionales de santé. Paris: Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 2008.
[16] Chambaz F. Santé publique 2008 ; 3 : 269-274.
[55] Segouin C. Journal d'Economie Médicale 2006; 24: 241-7
[56] Bertrand D. Actualité et Dossier en Santé Publique 2005; 50: 38-9.
[57] Bréchat PH. Lancet 2006; 367: 1055-6.
[58] Bréchat PH. Santé publique, Déc. 2008

Annexe 1

EXEMPLES DE PROJET
1. « AGE EN MOUVEMENT »

L'activité physique après la retraite apporte un net bénéfice sur la qualité de vie. La nécessité d'inciter les plus de 60 ans à avoir une activité physique est un objectif primordial.

Parmi les sportifs qui continuent une activité physique après la retraite dans des associations sportives qu'ils fréquentaient du temps de leur activité, beaucoup se rendent compte qu'un complément d'activité leur est indispensable une fois la période professionnelle terminée. Ceux-ci n'ont pas besoin d'être convaincus, mais ils représentent une minorité de la population retraitée.

Pour la plupart des autres, l'idée même de débuter une activité physique après la retraite ne leur vient pas naturellement, d'où le projet *« Age en Mouvement »*.

Les activités physiques présentent l'avantage de pouvoir se pratiquer à la fois seul et en groupe, en salle et en plein air.

Donner le goût du mouvement aux retraités c'est :

- les inciter à sortir de leur isolement,
- leur faire redécouvrir l'usage de leur corps et leur faire prendre conscience de leurs possibilités, tout en acceptant leurs limites,
- les maintenir en état de vigilance et de disponibilité,
- les rendre moins vulnérables à l'épreuve du temps et de la maladie,
- les rendre utiles en sollicitant leur participation dans de nouveaux secteurs d'activités à caractère social,
- entretenir ou améliorer leur autonomie physique et leur indépendance sociale : demeurer un citoyen à part entière.

Pour préserver la santé de l'homme, l'exercice physique est certainement le plus naturel et le moins onéreux. Il s'applique à tous à condition d'être adapté, compte tenu des possibilités et des besoins de chacun.

Méthodologies du Projet

Par des manifestations de sensibilisation que ce soit par des conférences ou les médias, les retraités seront incités à venir tester leur forme. Prises en charge par des professionnels du mouvement, de la santé et de la forme, ils sont testés sur différents plans (cf annexe "Testez votre forme"): état cardiovasculaire, force, vitesse, souplesse, endurance, adresse, coordination, équilibre.

Les tests sont réalisés par des élèves de l'école de kinésithérapeutes de l'APSAH ou par des brevets d'état « sport pour tous ». Ils déboucheront sur un score de performance personnalisé qui s'améliore en fonction de l'activité physique choisie et pratiquée régulièrement. Le suivi de ces évaluations et du score de performance permet une analyse statistique de l'adéquation performance / autonomie.

À la suite de ce bilan, est proposée une ordonnance de mouvements, c'est-à-dire des activités physiques compatibles quel que soit leur état de santé. Les personnes sont orientées vers des associations sportives existantes telles que la gymnastique volontaire, les fédérations de tir à l'arc, de randonnée pédestre, de judo, qui les prennent en charge pour l'activité choisie.

La caution de la Jeunesse et des Sports garantit la faisabilité et l'expertise de l'action ainsi que la formation préalable des partenaires. L'engagement de nombreux partenaires cités en annexe est un atout essentiel à la réussite du projet.

Sur la durée, ces retraités ayant reçu une ordonnance de mouvements, bénéficient d'un suivi médical de leurs progrès sur tous les plans testés, ainsi que des cycles de conférence afin de les sensibiliser au *« bien vieillir »*.

Afin de servir d'exemple pour les autres, des manifestations communes sont organisées lors de journées de sensibilisation.

Les critères d'évaluation de cette action sont le nombre de personnes âgées incluses, le nombre de personnes âgées suivies, le nombre de sites investis et le nombre de fédérations sportives impliquées ; le bénéfice physique et sociologique ; l'indice de satisfaction des participants et de leurs proches ; le nombre de participants aux sessions d'information et de formation prévues.

Ce projet s'étale sur 24 mois, avec une manifestation inaugurale de sensibilisation, puis des consultations de tests, avec des réévaluations tous les 6 mois. La cotation des tests effectués au préalable, avec le choix d'une activité reconduite de 6 mois en 6 mois, permet de suivre les progrès de la personne et l'amélioration de ses performances d'autonomie. Les tests proposés sont autant d'indications de la progression en performance d'une personne retraitée selon ses possibilités psychiques, physiques et sociales. Après 12 mois, une manifestation « sensibiliser au bien vieillir » est programmée, puis d'année en année. La simplicité des tests proposés, l'ouverture sur un grand nombre d'activités et de loisir sont à la portée de la majorité des retraités soucieux du « bien vieillir ».

Le bilan d'activité, que ce soit en nombre de participants ou en amélioration des performances des personnes âgées, fait l'objet d'un rapport annuel.
Enfin, la création d'un site internet d'information sur l'action Age en Mouvement et relié aux différents sites des partenaires pourra à moyen terme assurer un recrutement permanent et une information sur le Bien Vieillir.

<u>Cette action se déroule sur toute la région Limousin en partenariat avec</u> :

Le Conseil général de la Haute-Vienne
la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports,
la Mutuelle Nationale des Hospitaliers,
la Mutuelle Nationale Territoriale de la Haute-Vienne,
la Mutuelle du BTP,
la Gymnastique Volontaire,
l'Association Promotion de la Gériatrie en Limousin,
l'Ecole de Kinésithérapie de l'APSAH.
la Mutualité de la Haute-Vienne
Acceptation de la ville de Limoges pour être partenaires pour la manifestation la fête du printemps « Printemps sportif ».

Annexe 2

2. Evaluation physiologique et médico-économique de la consultation de l'Aptitude Physique du Senior (CAPS) avec un Programme d'Endurance Personnalisé sur ergoCycle (PEP'C)

I – Une évidence

Puisque l'espérance de vie ne cesse de croître dans les pays occidentaux, les seniors doivent pouvoir bénéficier tout au long de ces années de la meilleure qualité de vie possible tant au plan psychologique que physiologique. L'aptitude à soutenir une activité physique constitue un fondement important de la vitalité de l'individu, elle est garante de sa place dans la société et dans sa famille.

Au cours de la dernière décennie est établie l'incidence de facteurs de risques tels que la surcharge pondérale, l'hypertension artérielle, l'état pré-diabétique, les troubles cognitifs, sur la santé et sur la qualité de vie des seniors. Prévenir ces risques repose sur deux actions : modifier les habitudes alimentaires et promouvoir une activité physique efficace. Le Plan National Nutrition Santé (PNNS) a consisté à diffuser une information nutritionnelle bien présentée et des actions rigoureusement montées, mais des incitations trop générales à reprendre une activité physique.

Pour être efficaces, les efforts physiques doivent augmenter l'endurance de la personne. Il s'agit de la capacité à effectuer des tâches d'intensité modérée à moyenne, répétées ou prolongées, à l'image d'une vie quotidienne active complétée par des déplacements ou des travaux parfois plus contraignants.
Au plan physiologique, l'endurance correspond à un effort prolongé mais de niveau nettement sous maximal durant lequel l'ajustement cardiorespiratoire est optimal et assure une énergétique musculaire totalement aérobie (c'est-à-dire en présence d'oxygène et sans production d'acide lactique).

II – Succès d'une étude pilote

L'analyse de l'action CAPS avec PEP'C chez 230 seniors accueillis durant 2 années cumulées confirme les objectifs suivants :

Après accord du médecin de famille la CAPS évalue l'état de santé et l'aptitude physique du senior ; une exploration fonctionnelle cardiorespiratoire à l'effort (EFCR) est réalisée.

Programme de remise en forme sur ergocycle
Pendant 2-3 mois un programme de remise en forme de 30 minutes : sans danger et adapté à chaque personne – grâce au bilan d'EFCR préalable – et régulièrement réajusté.

Encourager la poursuite de cette activité en collaboration avec le milieu associatif éducatif et sportif.

III – Précisions pratiques

Information et soutien

Ce programme a reçu le soutien des institutions : MGEN, MSA, REUNICA, Conseil Général d'Alsace. Fin 2007, le groupe ARPEGE-REUNICA-BAYARD en a fait un axe prioritaire de sa politique sociale de retraite en créant au sein du Pôle de Gériatrie le CAMES (Centre Alsacien pour le Mieux-Etre du Senior).

Organisation

L'accueil du senior dans le PEP'C nécessite la collaboration d'un médecin coordinateur qui s'implique à plusieurs niveaux :
Prise en charge globale, clinique, prescription et analyse des EFCR, collaboration avec le médecin de famille et les spécialistes (selon les antécédents).
Passage régulier lors des séances et concertation permanente avec le collaborateur paramédical.
Bilan de fin de PEP'C et orientation vers une structure associative dont il reste le correspondant régulier.
Analyse et publication des résultats cliniques, physiologiques, et médico-économiques.

Bilan d'EFCR

Les explorations fonctionnelles sont un préalable:
Echocardiographie puis test d'effort à charge croissante avec ECG et analyse des échanges gazeux (VO_2, VCO_2).
Cet examen détecte les risques et fournit 2 charges-cibles du réentraînement :

- l'intensité qui caractérise l'endurance de la personne (charge en Watts entre 40 et 50 % de ses possibilités maximales) ;
- l'intensité sous-maximale où débute une acidose sanguine décompensée (entre 60 et 80 % de la puissance maximale).

L'alternance pendant 30 minutes de pédalage de 4 minutes d'endurance (BASE) puis d'1 minute d'intensité sous-maximale (PIC) s'accompagne au bout de quelques séances d'une nette diminution de la fréquence cardiaque (FC). Ceci permet un réajustement des charges alternées (+10 % en moyenne) : ainsi à l'issue de la 18ème séance, la charge initiale d'endurance progresse de 30 %.
Le coût moyen d'un bilan EFR est de 170 €.

Coût

Ce programme comporte : 1 consultation spécialisée d'inclusion (23 €) ; un bilan EFCR (171 €) ; 18 séances de 30 minutes (EQRP001, 518 €) ; un bilan EFCR de contrôle (171 €) et 1 consultation spécialisée de contrôle (23 €), soit un coût total de : 906 €.

Toutefois trois modalités de suivi sont proposées selon le bilan clinique et l'EFCR de la personne : fragile, sédentaire, sportive.
Les dépenses liées à l'évaluation clinique et fonctionnelle sont inchangées (388 €) ; en revanche le nombre des séances – 1 séance 29 € - modulera le coût final.

Senior « fragile » très déconditionné, loin des moyennes d'EFCR, avec des antécédents médicaux stabilisés, mais souvent sceptique quant à ses possibilités d'amélioration : coût 906 €.

Senior « sédentaire» assez fatigable bien que plus proche des moyennes d'EFCR et motivé ; 562 €.

Senior « sportif » avec de bonnes valeurs d'EFCR, encouragé à compléter ses pratiques sportives habituelles ; 417 €.

Actuellement le prix de 6 € par séance réalisée dans les associations est facilement accepté par les adhérents.

IV - Perspectives

L'intégration au sein d'un CHU (ou d'un CHRG) d'un Centre d'accueil créé à l'initiative d'un groupe de partenaires, constitue une initiative innovante.

Elle associe les ressources médicales hospitalières – humaines et plateau technique – et la souplesse de financement et de gestion d'une structure associative soutenue par des assurances maladies complémentaires.

Cette réalisation valorise aussi les associations qui, dédiées aux activités physiques et sportives proposent aux seniors de poursuivre leur « remise en forme » afin de garder et d'augmenter leurs acquis.

En Alsace, Strasbourg, Mulhouse, Colmar et Wissembourg ont adopté ce plan

En Franche-Comté ce plan est appliqué à Baume-les Dames comme moyen de prévention primaire en Milieu Rural, avec le soutien de la MSA.

En Midi-Pyrénées le service des EFR propose ce plan, avec l'aide de la MSA, comme une structure de prévention primaire intégrée au CHU de Toulouse.

Une évaluation sur les 3 sites est en cours.

Deux indications peuvent être envisagées : la prise en charge de patient présentant des altérations cognitives suspectes de maladie d'Alzheimer ; et la stimulation à l'endurance des diabétiques de type 2, pour diminuer leur résistance à l'insuline et les contraintes thérapeutiques.

Annexe 3

COMITÉ SCIENTIFIQUE DE KINO-QUEBEC (2002)

Tableau 1 : Eléments de bonnes pratiques pour l'évaluation et la prescription des APS pour les seniors selon leur niveau de capacité fonctionnelle

Niveau de capacité fonctionnelle	But du programme	Eléments prioritaires du programme	Evaluations préconisées
BONNE CONDITION PHYSIQUE	Maintenir le niveau actuel de condition physique pour que la personne puisse profiter d'une vie active et autonome	. Force et endurance musculaires · Endurance cardio-vasculaire · Flexibilité · Amplitude de mouvement · Équilibre et coordination · Sécurité : ne pas en faire trop · Information et éducation sur des questions de santé	Tests d'évaluation de la consommation maximale d'oxygène, de la force et de l'endurance musculaires, de la souplesse et de l'agilité
AUTONOME	Maintenir ou améliorer la capacité fonctionnelle Permettre de demeurer autonome Prévenir la maladie, l'incapacité et les blessures pouvant mener à la fragilité	· Force et endurance musculaires · Aptitude aérobie · Flexibilité · Amplitude de mouvement · Équilibre · Coordination · Information et éducation sur des questions de santé	Tests adaptés d'évaluation de la capacité fonctionnelle "Senior Fitness Test"
FRELE	Maintenir ou améliorer la capacité d'effectuer les activités de base et les activités utilitaires de la vie quotidienne	· Force musculaire · Endurance · Flexibilité · Amplitude de mouvement · Équilibre · Coordination · Mobilité et agilité des pieds, des orteils et des chevilles · Confiance (vaincre la peur de tomber)	Test d'évaluation de capacité fonctionnelle en lien avec les activités de base et utilitaires de la vie quotidienne; tests adaptés
NON AUTONOME	Maintenir ou améliorer, avec l'aide de différents mouvements, la capacité fonctionnelle nécessaire pour réaliser les activités de base de la vie quotidienne	· Force et agilité des doigts · Force des membres supérieurs · Amplitude de mouvement au niveau des hanches et des épaules · Force musculaire des membres inférieurs (quadriceps, fléchisseurs) · Force et amplitude de mouvement des chevilles · Mobilité et agilité des pieds et des orteils	Questionnaires, entrevues, observations, tests de capacité fonctionnelle

Tableau 2 : Activité physique à prescrire pour développer la composante Force - Endurance

AUTONOME Incluant les personnes âgées en bonne ou en excellente condition physique	2-4 fois par semaine	60-100 % de la force maximale	1 série de 8-15 répétitions maximales *	· Débuter à une intensité faible, puis augmenter graduellement toutes les 2 à 4 semaines. · Faire de 8 à 10 exercices pour solliciter les principaux muscles des membres inférieurs, des bras, des épaules, des hanches, du dos et de la poitrine. · Respirer normalement** · Ne pas dépasser 60 min de travail par séance
FRÊLE	2-3 fois par semaine	50-80 % de la force maximale (peut aller jusqu'à 100 % chez certains)	1 série de 8-12 RM ou 12-15 répétitions non maximales	· Débuter à une intensité faible, puis augmenter graduellement toutes les 2 à 4 semaines. · Faire 6 à 8 exercices pour solliciter les muscles des membres supérieurs et inférieurs de même que ceux du tronc. · Respirer normalement · Ne pas dépasser 60 min de travail par séance
NON AUTONOME	2-3 fois par semaine	Débuter à une faible intensité et augmenter de façon progressive	1 série de 8-12 répétitions	· Faire des exercices pour solliciter les principaux muscles des membres supérieurs et inférieurs. · Faire les exercices lentement avec une grande amplitude de mouvement. · Respirer normalement · Ne pas dépasser 60 min de travail par séance

* RM = répétitions maximales : nombre de répétitions d'un exercice tel qu'à la dernière répétition, la personne se sent incapable d'en faire une de plus. À noter qu'il n'est pas recommandé de mesurer la force maximale des personnes âgées à l'aide du test de RM.

** Éviter la manœuvre de Valsalva, qui consiste à comprimer ses poumons en bloquant son expiration.

Tableau 3 : Activité physique à prescrire pour développer la composante Aérobie

AUTONOME Incluant les personnes âgées en bonne ou en excellente condition physique	5 à 7 fois par semaine	Moyenne	Minimum de 30 min d'activité continue	· Augmenter graduellement la durée des séances plutôt que leur intensité
FRÊLE	Au moins 3 fois par semaine	Faible à moyenne	Minimum de 20 min d'activité continue	· Faire des exercices qui sollicitent de grosses masses musculaires. · Ces exercices doivent être faits après ceux qui développent force – endurance et équilibre
NON AUTONOME	2-3 fois par semaine	Débuter à une faible intensité et augmenter de façon progressive	1 série de 8-12 répétitions	· Pour cette population, l'accent ne doit pas être mis sur l'amélioration de l'aptitude aérobie, mais plutôt sur la capacité d'effectuer avec succès les activités de base de la vie quotidienne

Annexe 4

Senior Fitness Test

Le *Senior Fitness Test* (SFT) a été élaboré dans le but de répondre aux besoins des intervenants d'avoir sous la main une batterie de tests simples et facilement utilisables pour évaluer la condition physique des adultes âgés.
Avant son apparition, les principaux tests de capacité fonctionnelle destinés aux personnes âgées ne tenaient pas compte de plusieurs composantes cruciales de la santé ou étaient limités dans leur habileté à procurer une mesure constante pour un large éventail de capacités fonctionnelles. Le SFT a été élaboré et normalisé dans la foulée du projet *LifeSpan* mené à la *California State University*, à Fullerton.

Le SFT possède des qualités uniques qui le distinguent des autres et mesure l'ensemble des composantes de la condition physique. Il tient compte des composantes physiques associées à une autonomie fonctionnelle dans les dernières années d'existence. Celui-ci inclut les mesures suivantes :
• Force des membres inférieurs
• Force des membres supérieurs
• Endurance aérobie *(marche de 6-Minute* ou *2 minutes d'escalier)*
• Équilibre/Agilité
• Flexibilité du haut du corps
• Flexibilité du bas du corps
• Taille et masse corporelle

Il permet d'obtenir une mesure échelonnée continue pour tous les éléments testés, et ce, sur un large continuum de capacité fonctionnelle allant des sujets âgés fragiles à ceux en excellente condition physique. Le protocole du SFT a été conçu pour minimiser les effets « plancher » ou « plafond » qui se produisent lorsque les tests sont trop faciles ou trop difficiles à exécuter.
Il est applicable sur le terrain. Nécessitant peu de matériel et peu d'espace pour sa réalisation, le SFT peut être administré directement dans le milieu de vie des aînés
(à domicile, au CLSC, au centre communautaire, à la clinique médicale, etc.).
Il inclut des normes et des standards de performance.
Le SFT est accompagné de normes percentiles et d'échelles de performance (pour sept groupes d'âge) qui permettent de mettre en perspective les résultats du test en les comparant avec ceux d'autres personnes du même âge et du même sexe.

Annexe 5

Questionnaire d'aptitude à l'activité physique QAAP modifié pour les seniors

IDENTIFICATION

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe :
Adresse :	Ville :
Code postal :	Courriel :
Taille :	Poids :

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine, agréable et souhaitable pour la grande majorité des personnes âgées de 50 ans et plus.

D'ailleurs, une vie active intégrant l'activité physique contribue à un sentiment accru de bien-être et à une qualité de vie supérieure. En règle générale, augmenter la pratique sportive d'une façon lente et progressive n'entraîne pas de risques de santé majeurs. Dans certains cas, il est cependant conseillé de passer un examen médical avant d'entreprendre un programme régulier d'activités physiques. Ce questionnaire vise à mieux cerner les personnes pour qui un examen médical est recommandé.

Si vous êtes âgé de plus de 69 ans, si vous êtes inactif et si vous désirez participer à des activités physiques exigeantes (p. ex., badminton, cours aérobie), vous devriez consulter votre médecin avant d'entreprendre ces activités.

Il est important de lire attentivement chacun des énoncés suivants et d'y répondre en cochant la case appropriée.

1 *Votre dernier examen médical complet date-t-il de plus de 2 ans ?*
2 *Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne deviez participer qu'aux activités prescrites et approuvées par un médecin ?*
3 *Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?*
4 *Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participiez à une activité physique ?*
5 *Perdez-vous connaissance ou perdez-vous l'équilibre à la suite d'un étourdissement ?*
(Ne pas répondre à cette question si vous n'avez jamais d'étourdissement.)
6 *Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient s'aggraver par l'activité physique proposée ?*
7 *Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre pression artérielle ou un problème cardiaque (p. ex. des diurétiques) ?*
8 *Prenez-vous d'autres médicaments ?*
Si oui, lesquels et pour quelles raisons ?
9 *Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?*
10 *Avez-vous perdu 3 kg ou plus au cours des derniers 6 mois sans avoir rien fait de particulier pour provoquer cette perte de poids ?*
11 *Avez-vous des douleurs aux fesses ou derrière les jambes quand vous marchez ?*

12 *Au repos, avez-vous fréquemment des battements cardiaques rapides irréguliers ou des battements très, très lents ?*

13 *Êtes-vous à bout de souffle à la suite d'un exercice d'intensité moyenne ou parfois au repos ou en position couché ?*

14 *Avez-vous perdu, à la suite d'une maladie cardiaque (infarctus ou mort subite) :*

- votre père ou votre frère alors qu'il était âgé de moins de 55 ans ?

- votre mère ou votre soeur alors âgée de moins de 65 ans ?

15 *Fumez-vous ?*

16 *Avez-vous un taux anormal de cholestérol ?*

17 *Souffrez-vous de diabète ?*

18 *Excédez-vous de plus de 9 kg votre poids idéal ?*

19 *Pratiquez-vous fréquemment des activités physiques ?*

Si oui, lesquelles ?

Fréquence / semaine

20 *Souffrez-vous de maladies chroniques, de limitations physiques ou d'allergies ?*

Si oui, lesquelles ?

21 *Après votre dernier examen médical, quelles étaient les remarques de votre médecin concernant votre participation possible à un programme d'activités physiques ou sportives ?*

Je n'ai pas consulté de médecin à ce sujet.

Il a encouragé ma participation.

Avec certaines réserves, il a recommandé ma participation.

Il n'a pas recommandé ma participation.

J'ai lu le présent questionnaire et compris toutes les questions.

Nom : Signature : Date :

Après l'analyse de vos réponses, votre intervenant vous indiquera si vous devez passer un examen médical ou si vous devez obtenir une permission écrite de votre médecin pour participer à votre programme d'activités physiques. Si un changement de votre état de santé survient en ce qui a trait aux questions ci-dessus, prière d'en informer votre intervenant.

ACTIVITE PHYSIQUE OU SPORTIVE EN PREVENTION TERTIAIRE

Coordinatrice
Latino-Martel Paule

Groupe de travail
Ancellin Raphaëlle
Bouillet Thierry
Buttet Pierre
Dantoine François
Douard Hervé
Duclos Martine
Fauchard Thierry
Grillon Jean-Luc
Perrin Claire
Thoreux Patricia

Autres contributeurs et auditions
Carré François
Crespo Bruno
Dejean Alain
Laureyns Franck
Ravilly Sophie
Rivière Daniel
Rothier Serge
Strauch Georges
Thélot Bertrand

I. Synthèse

1. Objectif

L'objectif est de favoriser la prise en charge de l'activité physique adaptée (APA)[59] pour les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou en situation de handicap, à des fins thérapeutiques, préventives et d'éducation pour la santé, puis de favoriser l'accompagnement des personnes dans un projet complémentaire de pratique autonome et régulière d'un sport-santé[60].

2. Constat

2.1. Les besoins

La pratique régulière d'une activité physique chez une personne insuffisamment active atteinte d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou d'un handicap nécessite :
- une prise en charge initiale en APA permettant d'une part d'évaluer la motivation à bouger, le niveau d'activité physique et la condition physique et, d'autre part, de délivrer des conseils individualisés et d'orienter si nécessaire vers des cycles d'éducation pour la santé reposant sur des séances pratiques d'APA en groupe ;
- dans un deuxième temps, un accompagnement auprès d'une structure de proximité proposant des activités physiques ou sportives « sport-santé ».

Le médecin traitant, coordinateur du parcours de soins du patient, doit pouvoir :
- identifier les programmes d'éducation thérapeutique proposant une éducation à l'APA ; au sein notamment des services de réadaptation et des plateformes hospitalières d'éducation du patient, publics ou privés, des établissements accueillant des personnes en situation de handicap et des réseaux de santé
- identifier les structures proposant des cycles d'éducation pour la santé, reposant sur des séances pratiques d'APA en groupe ;
- identifier les offres d'activités physiques ou sportives « sport-santé » de proximité ;
- favoriser l'accessibilité de ses patients les plus éloignés de la prévention et des soins à ces offres, par des aides financières individuelles et par leur orientation.

Les besoins des différents publics visés par ce programme sont très largement supérieurs aux capacités d'accueil actuelles des structures. Les réponses actuelles sont trop partielles ou expérimentales.

---

[59] **L'activité physique adaptée (APA)** correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filières APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et mastère). Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour analyser les ressources et les besoins spécifiques des populations et concevoir des dispositifs et des projets d'intervention qui utilisent des activités physiques adaptées à des fins d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et d'intégration, en articulation avec d'autres professionnels de la santé, de l'éducation ou du développement social.

[60] **Le Sport santé** correspond aux pratiques sportives proposées par les clubs et les associations sportives ayant obtenu un label « Sport-Santé » dans le cadre d'un réseau, du fait de leur engagement à accueillir, en toute sécurité, des personnes atteintes d'une maladie chronique ou rare ou les personnes en situation de handicap. Ceci suppose un projet, une formation des éducateurs sportifs et un investissement matériel.

2.2. De nouveaux acteurs dans le champ de l'éducation du patient : les professionnels de la promotion de la santé par l'APA

- le professeur d'APA ou concepteur-actiphysicien assure le face à face pédagogique avec les patients ;
- le chef de projet en APA, ingénieur-actiphysicien ou éducateur médico-sportif coordinateur élabore et met en œuvre les programmes d'APA au sein des structures ; au sein des réseaux sport-santé, il coordonne les programmes d'APA et propose des activités physiques ou sportives adaptées à ces nouveaux publics au sein des associations de proximité.

Si ces nouveaux acteurs sont reconnus par les patients et par les médecins pour la pertinence et l'efficacité de leurs activités, ils ne sont pas considérés comme des professionnels de santé et n'ont pas de statut au sein de la fonction publique hospitalière.

3. Recommandations

Développer :

- des programmes d'APA dans les établissements de soins (PROPOSITION 22) et dans les établissements recevant des personnes en situation de handicap (PROPOSITION 7), des cycles d'éducation pour la santé reposant sur des séances d'APA (PROPOSITION 2) et des projets « sport-santé » (PROPOSITION 23) ;

- un statut pour les professionnels de l'APA (PROPOSITION 11) et le soutien à la création d'emplois aidés (PROPOSITION 14) ;

- une structure faisant, dans chaque région, le pont entre le sanitaire, le médico-social et le social : le réseau transversal sport-santé (PROPOSITION 19) ;

- un dispositif permettant, sur l'ensemble du territoire national, l'accessibilité des publics précaires aux offres « sport-santé » (PROPOSITION 6).

Ces recommandations s'inscrivent parfaitement dans le nouveau paysage de santé publique. Les programmes d'APA, les cycles d'éducation pour la santé reposant sur des séances d'APA relèvent de la compétence de l'ARS et des acteurs la composant (champ médico-social et éducatif).
Le réseau transversal « sport-santé », le développement des offres « sport-santé » et les aides financières (coupons, tickets, ou chèques « sport-santé ») relèvent des compétences de la DRJSCS et de l'ARS, ainsi que et des acteurs la composant (champ médico-social et éducatif).

4. Liste des propositions

Les 28 propositions qui suivent répondent à ces recommandations. Parmi elles, les 8 propositions surlignées en gras sont jugées prioritaires.

4.1. Propositions concernant les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap

1. Informer de l'intérêt de l'APA et du sport-santé pour les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap
2. **Permettre aux personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap d'identifier et d'accéder à un cycle d'éducation pour la santé reposant sur des séances pratiques d'APA**
3. Développer et diffuser des guides de l'APA et du sport-santé pour les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap
4. Développer des outils d'évaluation du niveau d'activité physique et d'aptitude à l'activité physique et promouvoir leur utilisation par les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare et ou en situation de handicap
5. Dans le cadre de l'extension aux maladies chroniques et maladies rares des missions du correspondant handicap dans l'entreprise, inciter celui-ci à orienter les patients vers un réseau sport-santé[61]
6. **Mettre en place, à partir des aides financières individuelles identifiées par le réseau sport-santé, un dispositif de « chèques actifs », tickets ou coupons sport-santé pour les personnes en situation précaire atteintes de maladie chronique ou de maladie rare et/ou en situation de handicap, et communiquer sur ces aides**

4.2. Propositions concernant les professionnels

7. **Adresser une circulaire interministérielle à tous les établissements du secteur médico-social, de la santé, de réadaptation, accueillant des personnes en situation de handicap, incitant à la création d'un véritable projet d'APA, intégré au projet d'établissement et articulé à des projets individualisés sport-santé**
8. Mettre en place des formations pour les directeurs et les personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap
9. Développer et diffuser des guides de l'activité physique pour les médecins
10. Dans le cadre de la formation médicale, intégrer l'éducation médico-sportive et l'APA dans les recommandations en matière d'éducation des personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare et d'accompagnement des personnes en situation de handicap
11. **Valider le statut des professionnels organisant ou assurant une activité physique adaptée et développer son intégration dans les programmes et structures d'éducation thérapeutique du patient**
12. Développer la formation à l'éducation pour la santé des professionnels de l'APA pour développer l'éducation médico-sportive

[61] **Le réseau sport-santé** facilite la coordination entre les prises en charge en APA proposées dans les organisations de santé dans le cadre de l'éducation thérapeutique ou de la Réadaptation (réseaux de santé, unités transversales d'éducation, services APA en SSR…) et les pratiques de sport-santé proposées dans les clubs et les associations. Il délivre le label sport-santé, encadre la formation des éducateurs sport-santé et accompagne les clubs et associations dans l'accueil des publics ayant des besoins spécifiques.

13. Développer la formation et la certification sport-santé des éducateurs sportifs pour l'accueil des patients et personnes en situation de handicap ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique[62] et l'accompagnement en APA
14. **Soutenir la création d'emplois de professionnels de l'APA accueillant des personnes atteintes de maladie chronique, de maladie rare ou en situation de handicap**, **par la mise en place d'emplois aidés ou tout autre dispositif**
15. Définir une cotation des actes de prescription de l'APA et le taux de remboursement
16. Développer l'utilisation des outils d'évaluation du niveau d'activité physique et d'aptitude à l'activité physique par les médecins, les éducateurs médico-sportifs et les éducateurs sportifs sport-santé
17. Développer les recherches sur les relations entre activité physique et maladies ou handicap, sur les nouvelles dynamiques autour de l'APA et de l'éducation thérapeutique et sur la construction de dispositifs innovants.

4.3. Propositions concernant la dimension réseau

18. Promulguer une politique nationale en faveur de l'éducation thérapeutique et sa composante médico-sportive sous la forme d'un plan pluriannuel et d'un engagement financier
19. **Développer dans chaque région un réseau transversal sport-santé, animé par un chef de projet APA et santé et un médecin coordinateur travaillant au sein de l'ARS et de la DRJSCS, assurant le relais entre d'une part les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, les réseaux de santé thématiques ou populationnels, les associations de patients et, d'autre part, les associations et clubs sportifs agréés**
20. Intégrer l'éducation médico-sportive dans le cahier des charges des réseaux de santé, des réseaux transversaux sport-santé et des UTEP
21. Généraliser le financement de prestations dérogatoires « éducation à l'APA » pour les réseaux sport-santé ou pour les autres réseaux de santé, pour financer l'emploi des professionnels de l'APA
22. **Développer des plateformes polyvalentes d'éducation du patient en associant, au niveau de chaque communauté hospitalière de territoire, les services de réadaptation et les services de soins de suite, à partir d'une révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Soins de Suite et Réadaptation (SROS SSR)**
23. **Développer et aider au financement des projets sport-santé des associations par une dynamique fédérale spécifique, une déclinaison en région du projet, en particulier par la formation des dirigeants et par le développement des offres sport-santé**

[62] **L'éducation thérapeutique du patient** ou éducation du patient « vise à l'aider à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre le patient conscient et informé de sa maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci à pour but de l'aider (ainsi que sa famille) à comprendre sa maladie et son traitement, collaborer ensemble et assumer ses responsabilités dans sa propre prise en charge, dans le but de l'aider à maintenir et à améliorer sa qualité de vie ». Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague : OMS ;1998.

24. Impliquer des associations de personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare, ou en situation de handicap, dans les réseaux sport-Santé
25. Favoriser la création d'associations sportives en lien avec les institutions accueillant des personnes en situation de handicap, et développer des possibilités d'intégration, pour les personnes qui en ont les capacités, dans des clubs sportifs de leur choix
26. Créer un portail d'information et d'échanges d'expériences sur l'APA et le sport-santé entre les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap
27. Mettre en place une coordination nationale du recueil des données (morbimortalité, pathologies induites et accidents, qualité de vie) pour évaluer l'action des réseaux sport-Santé et rapprocher celle-ci de la coordination nationale des réseaux de santé
28. Evaluer l'impact socio-économique de l'éducation médico-sportive et des actions en faveur de l'APA et du sport-santé

II. Contexte

1. Prévalence des personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap[63]

Une **maladie chronique**[64] est une maladie de longue durée qui a un retentissement important sur la vie quotidienne de la personne atteinte et qui peut évoluer vers des complications graves. En France, près de 20% de la population - soit environ 15 millions de personnes - sont atteintes de maladies chroniques, certaines d'entre elles pouvant d'ailleurs être atteintes de plusieurs pathologies. Les maladies chroniques sont à l'origine de 60% des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. Parmi ces personnes atteintes, 7,5 millions le sont plus sévèrement, entraînant une prise en charge dans un régime d'affection de longue durée pour un coût de 84 milliards d'euros. Avec l'allongement de la durée de vie, 10 millions de Français pourrait entrer dans ce régime d'ici 2010, représentant un défi majeur pour notre système de santé.

Une **maladie rare** est une maladie qui touche moins d'une personne sur 2000[65]. Actuellement près de 8000 maladies rares ont été identifiées, dont 80 % sont d'origine génétique et 65 % sont graves et invalidantes. Dans la moitié des cas, elles conduisent à un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel, à l'origine d'une incapacité réduisant l'autonomie dans un cas sur trois. Le nombre de personnes atteintes par une maladie rare est évalué par les instances européennes à 6 à 8 %, de la population, soit, pour la France, à environ 4 millions de personnes.

On considère généralement que le **handicap** touche de 1 à 5,5 millions de personnes. Cependant, selon les limites des définitions utilisées, le handicap peut être plus étendu et recouvrir une réalité extrêmement hétérogène : 8 millions présentent une inaptitude motrice (dont 150 000 en fauteuil roulant), 3,1 millions sont atteintes par une déficience visuelle, 4 millions par une déficience auditive, 3 millions présentent un handicap mental ou psychique[66].

---

[63] **Handicap :** « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (Loi du 11/02/2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Art.L.114). Selon la CIF (Classification internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé), toute personne peut à un moment donné de sa vie se trouver en situation de handicap.

[64] L'OMS Europe (1998) propose une liste non exhaustive de **maladies chroniques** : cancer et séquelles, maladies du sang, du système circulatoire, respiratoire, digestif, maladies rénales, endocrines, nutritionnelles et métaboliques, maladies mentales et troubles du comportement, etc.

[65] La prévalence (1/2000), sur laquelle est fondée la définition des maladies rares, a été fixée par le règlement européen 141/2000/CE sur les médicaments orphelins. En France, par exemple, parmi les malades atteints d'une maladie rare, environ 15 000 sont atteints de drépanocytose, 8 000 de sclérose latérale amyotrophique, 6000 de mucoviscidose, 5000 de myopathie de Duchenne.

[66] Une autre approche a été utilisée en France dans une enquête HID (**Handicap Incapacité Dépendance**) effectuée de 1998 à 2001. Cette enquête, qui s'est intéressée au retentissement de la maladie et non pas au diagnostic, a relevé dans la population générale : 42 % des personnes interrogées déclarant être affecté d'au moins une déficience, 21 % déclarant être affecté d'au moins une incapacité (à faire sa toilette, à s'alimenter, à se déplacer)- cette proportion augmentant particulièrement après 70 ans, 10 % d'une limitation d'activité. « Le handicap se conjugue au pluriel. P. Morniche et le groupe HID. Insee Première. Octobre 2000. N°742. www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP742.pdf »

2. Intérêt de la pratique d'une APS en prévention tertiaire[67]

Plusieurs rapports de référence récents font état des bénéfices de la pratique d'une APS, non seulement en prévention primaire[68], mais aussi en prévention tertiaire, pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou en situation de handicap (INSERM, 2008 ; WCRF/AICR, 2007)[69,70] :

- Intégrée à la prise en charge de la maladie chronique (obésité de l'enfant et de l'adulte, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, maladies dégénératives, cancers, maladies mentales, handicaps…), l'activité physique apporte un bénéfice thérapeutique.

- L'activité physique contribue à la prévention des comorbidités (ex. comorbidités liées à l'obésité telles que diabète, maladies cardiovasculaires et cancers ; comorbidités liées à certains handicaps).

- D'une manière générale, l'activité physique apporte des bénéfices physiques, physiologiques, psychologiques et sociaux et contribue à l'amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie[71] des patients. Plusieurs paramètres sont améliorés tels que : appétit, fatigue, sommeil, anxiété, dépression, image du corps, sociabilité, réhabilitation professionnelle, participation sociale.

- Après rémission de la maladie (ex. cancer), le maintien ou le rétablissement d'une activité physique contribue à la prévention des récidives (voire à la prévention de seconds cancers).

Conclusion : la pratique d'une APS par les patients atteints de maladies chroniques (en tant que traitement adjuvant aux traitements classiques, comme soin de support, ou en prévention de comorbidités) ainsi que par les personnes en situation de handicap doit être promue.

Recommandations :
- ➢ Promouvoir l'activité physique chez le patient atteint de maladie chronique.
- ➢ Sensibiliser les patients aux bénéfices de l'activité physique dans la gestion de leur pathologie.

---

[67] **Prévention tertiaire :** « actions visant à réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités et les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. » Banque de Données en Santé Publique : Glossaire européen en santé publique, http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp

[68] **Prévention primaire :** « actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. » La prévention secondaire, quant à elle, est définie comme l'ensemble « d'actions visant à la détection et au traitement précoces d'une maladie ou d'un problème de santé. » http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp.

[69] INSERM, 2008. Activité physique. Contextes et effets sur la santé. Expertise collective. Editions Inserm, 811 pages. Disponible sur : http://ist.inserm.fr/basisrapports/activite-physique/activite-physique_synthese.pdf (consulté le 28.09.2008)

[70] WCRF/AICR, 2007. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective [en ligne]. Washington DC: AICR, 517 pages. Disponible sur : http://www.dietandcancerreport.org/ (consulté le 28.09.2008)

[71] **La qualité de vie** est définie par l'OMS comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

- Informer et former conjointement les professionnels du sport et de la santé amenés à intégrer l'activité physique dans la prise en charge de la maladie.
- Développer de nouveaux moyens pour l'accompagnement de l'engagement (ou du réengagement) dans une pratique d'activité physique.
- Définir de manière consensuelle les modalités d'activité physique qui devront être ensuite adaptées pour chaque patient.
- Définir avec le patient les types d'activité physique qui lui conviennent.

3. Recommandations internationales et programmes nationaux en cours

Diverses recommandations d'instances internationales et plusieurs programmes nationaux visent à améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap.

3.1. Concernant les maladies chroniques

- Recommandations OMS 2003 :
L'OMS, dans son rapport intitulé « Des soins novateurs pour les maladies chroniques »[72] (2003) souligne la nécessité d'avoir une approche innovante compte tenu de la progression spectaculaire de ces maladies. Un des huit objectifs pour une meilleure prise en charge des maladies chroniques est de « privilégier la prévention », reconnue comme une composante de toute activité de soins. Différentes stratégies sont décrites afin d'éviter l'apparition de maladies chroniques ou de complications résultant de ces affections : « détecter précocement les problèmes, accroître l'exercice physique, réduire le tabagisme et limiter une alimentation malsaine prolongée».

- Programme National Nutrition Santé 2 (2006-2010) :
Parmi les « Chantiers à mettre en œuvre en 2008-2009 », figure le chantier « activité physique » pour lequel une stratégie spécifique est proposée : "Confier à la société française de médecine du sport, sous couvert de la HAS et en lien avec les société savantes concernées, la rédaction de recommandations spécifiques visant à définir les conditions de développement de l'activité physique pour la prise en charge de diverses pathologies (cardio-vasculaires, cancers, ostéo-articulaires…)".

- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques[73] (2007-2011) :
Jusqu'en 2007, la prévention et le traitement de plusieurs maladies chroniques avaient bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés sur des pathologies spécifiques, par exemple le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale chronique, ou encore le cancer. En avril 2007, le plan national « Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique » affirme la prise en compte de la personne atteinte, de son implication dans les soins et la gestion de la maladie, des effets négatifs des maladies chroniques sur sa vie, des incapacités qu'elles engendrent, des contraintes qu'occasionne leur traitement pour une prise en charge plus efficace. Ce plan recouvre 15 mesures s'articulant autour de 4 axes :
- aider le patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer ;
- élargir la pratique médicale vers la prévention ;
- faciliter la vie quotidienne des malades ;

[72] http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242590177.pdf
[73] avril 2007. http://www.sante.gouv.fr/index.html

- mieux connaître les conséquences de la maladie sur la qualité de vie.

La recherche de l'amélioration de la qualité de vie, ainsi que le prévoyait la loi de santé publique du 9 août 2004, intègre une priorité affirmée par l'Organisation mondiale de la santé[74]. Cette amélioration est centrée sur le malade, ou plutôt sur la personne atteinte de maladie chronique, et non seulement sur la maladie

3.2. Concernant les maladies rares

- Plan National Maladies rares 2005-2008 :
Ce plan a eu pour objectif « d'assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge » des personnes atteintes de maladie rare. Le plan visait à :
- améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des malades ;
- répondre aux besoins d'accompagnement spécifique des personnes atteintes de maladies rares et développer le soutien aux associations de malades.

3.3. Concernant le handicap

- Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF), 17 avril 2002 :
La CIF est présentée par l'OMS comme une classification novatrice qui insiste sur la manière dont chacun peut vivre au maximum de ses possibilités. Toutes les personnes souffrant d'une maladie ou d'un état qui réduit leur capacité à « fonctionner » normalement entrent dans cette nouvelle classification.
« La CIF n'est pas directement un instrument politique. En revanche, son utilisation peut constituer un apport positif lors de choix politiques en fournissant des informations aidant à établir des politiques de santé, à encourager l'égalité des chances pour tous et à soutenir la lutte contre les discriminations envers les personnes handicapées ».
La CIF donne toute son importance à l'activité et à la participation de la personne en tant qu'individu et en tant qu'être social. Elle montre l'importance de la prise en charge éducative qui développe les ressources indispensables à l'activité physique adaptée (APA), et de l'accompagnement vers un projet autonome de pratique sociale dans les clubs et associations engagés dans le sport-santé.

- Loi de 2005 :
La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées mentionne que toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens, ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté et indique également que la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap.

- Livre blanc sur le sport 2007 :
Le livre blanc sur le sport de la commission des communautés européennes, (Bruxelles 11 juillet 2007), souligne notamment :
- en introduction : « …Les institutions européennes ont reconnu la spécificité du rôle que le sport joue dans la société européenne sous l'angle de la santé, de l'éducation, de l'intégration sociale et de la culture… Le livre blanc de la Commission intitulé "Une stratégie européenne pour les problèmes de santé liés à

[74] Former les personnels de santé du XXIème siècle : le défi des maladies chroniques. OMS octobre 2005

la nutrition, la surcharge pondérale et l'obésité" souligne l'importance de prendre des mesures proactives pour inverser la tendance à la baisse enregistrée dans les niveaux d'activité physique, et les actions proposées dans le domaine de l'activité physique dans les deux livres blancs se compléteront. La Commission propose d'élaborer, avec les États membres, de nouvelles lignes directrices concernant l'activité physique avant la fin de l'année 2008. La Commission recommande que le renforcement de la coopération entre les secteurs de la santé, de l'éducation et du sport soit encouragé au niveau ministériel dans les États membres dans le but que soient définies et appliquées des stratégies cohérentes de lutte contre la surcharge pondérale, l'obésité et les autres risques pour la santé. Dans ce contexte, la Commission encourage les États membres à examiner la manière de promouvoir un mode de vie actif "
- dans le chapitre 2.5 *Mettre le potentiel du sport au service de l'inclusion sociale, de l'intégration et de l'égalité des chances* : « Pour tenir compte du rôle particulier que le sport peut jouer pour les personnes handicapées… La commission établira son plan d'action relatif à la stratégie de l'Union Européenne en matière de handicap en tenant compte de l'importance du sport pour les personnes handicapées et elle soutiendra les actions des Etats membres dans ce domaine ».

4. L'expérience Canadienne en matière d'activité physique en prévention tertiaire

- L'activité physique et la prévention tertiaire au Canada :

La prévention tertiaire englobe au Canada principalement les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, l'ostéoporose et les maladies respiratoires chroniques. L'activité physique est abordée, depuis une dizaine d'année, au moyen du « guide canadien d'activité physique pour une vie saine » et d'une approche comportementale (Prochaska et Diclemente) préconisée par l'Agence de la santé publique du Canada. Les interventions en prévention se font dans un cadre pluridisciplinaire et sont marquées d'exemples types (portail de l'agence de la santé publique). Les modèles « communautaires » intégrés sont encouragés au Canada ainsi que les modèles professionnels de coordination (Lamarche et al, 2003). Les réseaux de soin du Québec utilisent de plus en plus une approche basée sur le changement des habitudes de vie (Groulx, 2004) dans lesquelles on retrouve le tabac, la nutrition et l'activité physique.

Des conseils en activité physique et des programmes d'exercices physiques sont ainsi proposés au Québec, par des équipes pluridisciplinaires dans des cliniques (kinésiologie, physiothérapie, etc.), dans des centres de réadaptation cardiaque (Institut de Cardiologie), psychiatrique (Hôpital Rivière des Prairies), physique (Centre Lucie Bruneau) et des centres communautaires (Centres de santé et des services sociaux-CSSS, Centres locaux socio-communautaires-CLSC, etc.). Le centre EPIC (Etude pilote de l'institut de cardiologie) utilise d'ailleurs depuis 40 ans l'activité physique en prévention grâce à des éducateurs sportifs formés à cet effet.

Notons par ailleurs que le gouvernement canadien propose (depuis le 1er janvier 2007) des crédits d'impôts pour les enfants qui font de l'activité physique selon les critères toujours du guide canadien d'activité physique (cf. Annexe 1). Une étude (Katzmarzyk, 2000)[75] estimait en effet le « fardeau économique » de la

[75] Katzmarzyk PT, Gledhill N, Shephard RJ, 2000. The economic burden of physical inactivity in Canada. Journal de l'association médicale canadienne, 163, 1435-1440.

sédentarité au Canada à 2,1 milliards en 1999 et s'appuyait sur l'effet bénéfique de l'activité physique sur les maladies chroniques (cf. Annexe 2).

- Les outils canadiens de promotion de l'activité physique dans un but de santé :
Le « Guide canadien d'évaluation de la condition physique et des habitudes de vie » est un guide professionnel de référence pour tous les Conseillers en condition physique et habitudes de vie (certification délivrée par la Société canadienne de physiologie de l'exercice). Il propose aussi des interventions auprès d'un public handicapé avec des tests et recommandations spécifiques et permet donc d'appuyer une stratégie utilisant à la fois le guide d'activité physique grand public et le **questionnaire médical d'aptitude à l'activité physique (X-AAP)** inspiré du QAAP.

Au Québec, le programme Kino-Québec (organisme de promotion d'activité physique depuis 1978) et les avis de son Comité scientifique (Activité physique et santé osseuse, Activité physique et le poids corporel, etc.) permettent aux professionnels de la santé et de l'activité physique de mieux cerner les bienfaits de l'exercice et sont donc de véritables outils de référence en matière de prescription, de conseils et de recommandations.

Enfin, un programme type de prévention du diabète développé au Québec doit également retenir notre attention. Ce programme, appelé **Diabetaction**, s'adresse aux diabétiques de type 2 ou à risque. Il permet d'améliorer l'aptitude aérobie et la force musculaire, de mieux contrôler le poids et la masse grasse, et d'améliorer le HDL, « bon » cholestérol (Mathieu, Martin et Béliveau, 2008). Il est constitué de séances d'activités physiques en groupe une fois par semaine, et ce pour 12 semaines. L'objectif est de proposer des séances variées et accessibles, ainsi que des ateliers de prévention santé afin d'augmenter l'activité physique durant le programme et trois à six mois après.

III. Présentation d'ensemble des Propositions

Chez toute personne atteinte de maladie chronique ou de maladie rare ou de handicap, la mise en place d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive doit être conseillée, recommandée ou prescrite pour développer, maintenir ou restaurer son capital santé.

A partir du constat et des recommandations précédentes, la Commission propose de développer un ensemble d'actions visant à favoriser, chez ces personnes, le maintien, la reprise ou l'engagement durable dans une APS. Ceci peut nécessiter dans un premier temps, une adaptation de cette pratique (APA).

Cette dynamique vise la gestion active par les individus de leur capital santé et doit intervenir lors de toute consultation médicale ou lors de tout contact avec un professionnel des métiers de la santé ou intervenant dans le milieu de la santé.

Pour agir avec la meilleure compréhension possible des dynamiques en place, il est important de connaître les différents éléments qui ont permis d'aboutir à la situation actuelle.[76]

Ainsi, l'ensemble des mesures préconisées doit permettre :

- La prescription d'une APS, son suivi, sa prise en charge ou son remboursement ;
- Un recours du patient à des professionnels formés à la promotion de la santé par l'APA. Après évaluation de l'aptitude à l'activité physique et de la motivation du patient, ces professionnels accompagnent celui-ci dans la définition et la mise en œuvre d'un projet de pratique d'APS qui s'intègre dans un projet global de santé, dans une perspective de développement de son

[76] **Historique de la place des APS dans la restauration du capital santé des individus.**
Les activités physiques sont utilisées dans le cadre de la promotion de la santé pour des publics particuliers depuis très longtemps « A la fin du 18ème siècle, des philosophes, des hommes de sciences, cherchent à combattre les méfaits de la tuberculose, de l'alcoolisme, de la malnutrition par une gymnastique faite de mouvements construits et contrôlés et pendant plus de cent ans vont éclore de nombreux systèmes, méthodes, écoles, longue chaîne au service du développement et de la santé du corps humain » (Jean Zoro, 150 ans d'EPS, édition AEEPS).
De la gymnastique suédoise à la gymnastique corrective, en passant par l'éducation posturale et la gymnastique de maintien, le passage vers une médicalisation de cette activité s'est effectuée progressivement : création en 1942 des Centres de Rééducation Physique (CRP) qui deviendront des Centres de rééducation Physique Spécialisée (CRPS) en 1969 (600 professeurs à temps plein ou partiel y accueillaient 45000 élèves en catégorie III « à ménager » chaque semaine) ; création du corps des masseurs-kinésithérapeutes en 1945 et disparition des CRPS en 1978 ; création des Centres de rééducation fonctionnelle rattachés à la Santé.
La nécessité de prolonger l'activité physique au-delà de la période de réadaptation, de l'intégrer dans le projet de vie des patients et d'étendre les publics pris en charge aux personnes atteintes de pathologies chroniques a conduit ces services de réadaptation (cardiaque et respiratoire essentiellement) à se positionner de manière progressive dans le champ de l'éducation thérapeutique du patient. Les services de rééducation fonctionnelle ont conservé pour la plupart leur vocation de redonner aux personnes prises en charge, après une altération significative des capacités fonctionnelles, d'origine neurologique, ostéo-articulaire ou musculaire, et par des soins effectués par des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des psychomotriciens… un état de fonctionnalité optimal.
Des services de prise en charge aiguë des pathologies chroniques (diabète en particulier), puis des réseaux de santé (de prise en charge des diabétiques) ont depuis une dizaine d'années développé des programmes d'éducation thérapeutique du patient (parfois dans des unités transversales aux différentes pathologies) en recrutant des professionnels de l'APA sous l'appellation « éducateur médico-sportif (EMS)». Le mouvement qui avait conduit à une médicalisation de cette activité s'inverse finalement dans un mouvement de démédicalisation.

autonomie. Un certain nombre d'appellations[77] différentes ont été utilisées pour identifier ces nouveaux professionnels du champ de l'éducation thérapeutique, dans le secteur public ou privé, au sein d'équipes pluridisciplinaires.

- L'accès à une participation sociale (pratique d'APS dans un club) favorisé par un contrôle au niveau loco-régional et certifié par un label sport-santé (formation des cadres à la pathologie ou au handicap considéré, certification, aménagement matériel). Des chefs de projets intervenant dans des réseaux de santé ou des réseaux transversaux « sport-santé », spécialisés dans la promotion de l'APS pourraient se charger de l'évaluation des clubs demandeurs du label « sport-santé ».

La personne atteinte de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap est au cœur du dispositif (figure 1).

Ce dispositif implique :
- le respect du schéma général de prescription des APS en prévention tertiaire (cf. annexe 3) ;
- une intervention concertée du personnel médical, sportif et médico-sportif ;
- l'implication des personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou en situation de handicap dans la définition d'un projet adapté à leurs capacités et à leurs attentes.
- la formation vers de nouveaux métiers et l'émergence de nouvelles pratiques qui faciliteront un réengagement dans la pratique d'une activité physique pour ces patients
- une évaluation des compétences acquises par les patients.
- une évaluation des parcours de formation initiale et continue des personnels au regard des besoins d'accompagnement des patients ;
- des programmes de formation ;

[77] **L'éducateur médico-sportif (EMS)** est l'appellation mentionnée dans la prise en charge du diabétique de type 2 (ALD n°8). Une filière de formation initiale universitaire (filière APA-Santé des UFR-STAPS) forme depuis de nombreuses années des professionnels à l'accompagnement par l'APA, des patients des services de rééducation fonctionnelle. Ces filières se sont progressivement ouvertes, pour certaines d'entre elles, à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, avec identification récente de filières APA-Santé qui s'orientent vers l'éducation thérapeutique du patient. Cette filière de formation comporte plusieurs niveaux de qualifications (Licence-Master-Doctorat) qui s'adaptent aux différents niveaux de compétences demandés dans les projets des services ou structures mettant en place un projet de promotion de la santé par les activités physiques. Il s'agit :
- du **professeur en APA** (concepteur-actiphysicien ou éducateur médico-sportif), titulaire d'une licence Activité Physique Adaptée ou APA-Santé (niveau II) qui assure l'ensemble des démarches d'accompagnement de la personne vers un projet de pratique d'APS qui s'intègrera dans un projet global de santé, dans une perspective de développement de son autonomie. Il réalise en outre (annexe 4) le diagnostic éducatif, l'évaluation de la motivation, de la condition physique, la fixation d'objectifs de santé ou de qualité de vie, le *counselling*, puis oriente et accompagne le patient vers un cycle éducatif d'activité physique adaptée, et vers une pratique sport-santé de proximité.
- du **chef de projet APA** (ingénieur actiphysicien ou éducateur médico-sportif coordinateur) titulaire d'un master APA ou APA-Santé (niveau I) qui élabore et met en œuvre les différentes phases du programme d'APA au sein de la structure.
Actuellement, les EMS des structures transversales d'éducation thérapeutique ou de réadaptation cardiaque ou respiratoire sont titulaires dans la plupart des cas d'une maîtrise STAPS-APA et assurent tout ou partie de leurs fonctions dans les services hospitaliers (en particulier de diabétologie) qui se sont délibérément orientés vers cette dynamique, il y a près de 10 ans. Ils ont été recrutés à partir d'une assimilation à un statut de personnel technique ou médico-technique se trouvant ainsi en situation de déqualification (cf. audition de Claire Perrin). Afin de s'identifier sur le territoire national et de faire connaître leurs activités, ces EMS se sont regroupés au sein de l'Association des Educateurs Médico-Sportifs (ADEMS ; cf. audition de Franck Laureyns). La Société Française des Professionnels de l'APA (SFPAPA) vient également de se structurer (http://www.sfp-apa.fr).

- une culture commune de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé des patients entre les différents professionnels ;
- la construction de relais efficients entre les réseaux existants ;
- un partenariat public-privé pour la prise en charge financière partielle ou totale de l'APA ;
- une évolution des représentations des APS dans la population générale ;
- une sensibilisation des patients et de tous les intervenants ;
- le respect des dispositions de la loi sur les droits des malades de 2002, en particulier celles concernant le respect de la dignité de la personne, du secret des informations recueillies et des procédures d'échanges d'informations, mais aussi l'information et le consentement éclairé des patients ainsi que la protection juridique (assurance en responsabilité professionnelle) des encadrants ;
- une évaluation à moyen et long terme des changements de qualité de vie et de survie et de la diminution des complications, liés à ce nouveau dispositif de prise en charge.

Figure 1. Les principaux intervenants.
Au centre, la personne atteinte de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap. Elle est accompagnée dans son projet de maintien, de reprise ou d'engagement durable dans une APS, par le médecin, l'éducateur médico-sportif (EMS, Actiphysicien ou professeur d'APA), l'éducateur sportif sport-santé. Ces professionnels travaillent au sein d'un réseau sport-santé coordonné par le chef de projet APA (cf. annexe 4)

Ce programme tient compte des expériences existantes en France (cf. auditions) et à l'étranger (cf. expérience canadienne).

Il recoupe et renforce 4 axes et 13 mesures du Plan national pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques, en contribuant à développer les aspects relatifs à l'activité physique (cf. Récapitulation des propositions selon les publics concernés).

IV. Propositions concernant les personnes atteintes de maladie chronique, de maladie rare ou en situation de handicap

1. Informer de l'intérêt de l'APS pour les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap

Justification

L'activité physique s'intègre dans le traitement des maladies chroniques, en améliorant la qualité de vie, l'état psychologique, les capacités physiques, le maintien de l'indépendance des patients et en augmentant les chances de guérison et la durée de survie dans certaines maladies chroniques (diabète, pathologies cardio-vasculaires, cancers, maladies mentales…). De plus, l'activité physique limite les risques de surcharge pondérale. Ces bénéfices se font avec peu d'effets secondaires ou de risque majeur (Pavy *et al.*, 2006)[78]. Les bénéfices attendus sont également importants pour les personnes atteintes de maladie rare ou en situation de handicap.

Cependant, de nombreuses barrières à la mise en place de cette activité physique sont décrites par les patients et les personnes en situation de handicap : manque d'information sur le bénéfice, l'innocuité et l'existence de structures spécifiques, soulignant ainsi l'importance d'une information plus pragmatique.

Actions au niveau national

➢ **Diffuser des guides** : envoi systématique lors de la déclaration d'ALD 30 par le malade et son médecin traitant, de deux brochures, d'une part au médecin traitant et d'autre part au malade, présentant deux facettes, l'une générale décrivant pour l'ensemble des pathologies chroniques l'intérêt de l'activité physique, et l'autre, présentant dans le cadre de la pathologie spécifique du patient (pathologies cardiaques, pneumologiques, cancer, diabétologie…), le bénéfice de l'activité physique pour sa propre prise en charge. Voir aussi les propositions 3 et 9.

➢ **Compléter l'information des cartes individuelles** : intégration de l'APS dans les informations des cartes individuelles prévues par le « Plan Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » et par le Plan Maladies rares ». Pour mieux connaître sa maladie et mieux la gérer, des mesures des plans nationaux « Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques » et « Maladies rares » prévoient de diffuser auprès des patients des cartes individuelles d'information et de conseils. Outre des informations personnelles, ces cartes fournissent des informations essentielles sur la maladie du patient. Une recommandation concernant l'APS y sera placée - avec un renvoi éventuel vers des guides d'activités physiques pour les patients, marquant ainsi son caractère de recommandation essentielle aussi bien pour le patient que pour les professionnels. Cela est déjà en place, par exemple, dans le cas de la mucoviscidose (volet informations et conseils).

➢ **Lancer des campagnes d'information :** campagnes d'information nationales gérées par le Comité National Olympique et Sportif et les différentes fédérations

[78] Pavy B, Iliou MC, Meurin P, Tabet JY, Corone S; Functional Evaluation and Cardiac Rehabilitation Working Group of the French Society of Cardiology. Safety of exercise training for cardiac patients: results of the French registry of complications during cardiac rehabilitation. Arch Intern Med. 2006 Nov 27;166(21):2329-34

sportives. Un athlète, représentatif de chaque discipline, serait désigné pour prendre en charge la communication sur le bénéfice de sa pratique pour une pathologie ou un handicap spécifique. Exemples : un athlète de haut niveau en course de fond prenant en charge l'apport de cette APS pour les maladies chroniques pulmonaires ; un athlète de la Fédération Française Handisport s'exprimant sur son parcours et l'apport de l'APS et du sport-santé pour surmonter certains handicaps.

2. Permettre aux personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap d'identifier et d'accéder à un cycle d'éducation pour la santé reposant sur des séances pratiques d'APA

Justification

L'engagement ou le réengagement dans une activité physique régulière suppose une éducation aux pratiques sportives *via* l'APA orientée vers le développement d'une autonomie par la construction puis l'accompagnement d'un projet individualisé qui ait du sens pour les patients.

Les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou en situation de handicap, souvent sédentaires, n'ont pas toujours été familiarisées avec l'APS, et leur niveau d'autonomie est amoindri du fait du diagnostic médical ou de leur situation sociale (cf. audition de Serge Rothier).

Action

➢ **Proposer des cycles éducatifs d'une vingtaine de séances d'APA, encadrés par un EMS (concepteur-actiphysicien ou professeur en APA)**. Ils permettront un développement de compétences motrices et psychosociales. Le cycle articulera la question d'un engagement dans une APA régulière avec celles relatives à l'alimentation (collaboration avec les diététiciennes) et à d'autres dimensions de l'éducation thérapeutique en lien avec leur maladie (préservation des pieds, qualité du chaussage (collaboration avec le podologue) pour les diabétiques par exemple…). Le cycle s'intègre dans le cadre d'un projet global d'éducation thérapeutique (séances de groupe) et débouche sur la construction d'un projet individuel de pratique d'un sport-santé avec le souci de l'adapter à ses propres ressources avec l'aide de l'éducateur sport-santé. La mise en œuvre de ce projet qui fait suite au cycle éducatif est également accompagnée par l'EMS qui assure le relais avec le sport-santé.

3. Développer et diffuser des guides de l'APA pour les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap

Justification

Les patients recevant régulièrement, grâce aux nouveaux médias, une multitude d'informations sur leur maladie, il est essentiel qu'ils puissent être aidés dans la compréhension voire la sélection de ces informations. Le médecin fournit aux patients les informations médicales nécessaires au traitement, mais ces messages doivent être accompagnés de guides afin d'aider le patient dans sa prise en charge et dans sa prise d'autonomie face à la maladie.

De plus, peu de patients atteints de maladie chronique ou de maladie rare ou de handicap participent à une activité physique en partie du fait de nombreuses barrières personnelles : troubles de l'image corporelle, absence de confiance

dans leur corps, craintes de complications ou de douleurs liées à l'exercice physique, absence de temps, appréhension liée à la confrontation dans cette APS à une population générale indemne de maladie ou de handicap.
Il est donc essentiel que l'APS soit présentée au patient ou la personne en situation de handicap (et son accompagnant), en soulignant ses bénéfices, en termes de qualité de vie, de conservation d'autonomie, d'amélioration des différents paramètres fonctionnels corporels, de bénéfices psychologiques voire d'augmentation du taux de guérison. Outre ces bénéfices, l'absence de complications et de risques doit y être soulignée.
Des guides d'éducation pour la santé pourront être élaborés, par exemple, sur le modèle du kit-pochette sur la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (INPES, 2005). Ils pourront regrouper un certain nombre de maladies qui présentent des caractéristiques communes dans leur gestion par le patient et dans l'approche par l'activité physique.

Action

➢ **Réaliser des guides d'éducation pour la santé et guides d'activité physique**. Les guides d'activité physique devront mettre en avant les recommandations de santé publique et les moyens qu'a la personne atteinte de maladie chronique ou de maladie rare ou la personne en situation de handicap de les respecter. Les documents pourraient être déclinés en deux parties :
- l'une générale portant sur l'APS pour l'ensemble des maladies ou handicaps ;
- l'autre, présenté par maladie ou par handicap, indiquant le bénéfice de l'activité physique spécifique pour chaque maladie ou handicap.

De plus, un document local, départemental et régional, décrivant les structures accueillant l'APS par pathologie ou handicap dans chaque territoire de santé pourrait être associé à ce document national.

Ces guides s'appuieront sur les stratégies d'éducation à la santé préconisées par l'INPES. Dans le cas d'une diffusion nationale, ces guides devront recevoir l'approbation des sociétés savantes et devront être en cohérence avec les publications de l'INPES. La réalisation et la diffusion de ces guides devra s'appuyer sur les réseaux d'associations de patients et pourra comporter une partie réservée à la personne concernée et au professionnel de la santé.
Le guide « EnVie de bouger » proposé par l'Institut Pasteur de Lille demeure un bon exemple dans le cadre des missions du centre d'examen de santé de Lille.

➢ **Adapter ces guides pour les non-voyants**. Ces derniers ne sont pas inclus dans le domaine des maladies et souvent oubliés dans celui du handicap.

4. Développer des outils d'évaluation du niveau d'activité physique et d'aptitude à l'activité physique et promouvoir leur utilisation par les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare et ou en situation de handicap

Justification

Pour être bénéfique chez le patient atteint de maladie chronique, l'activité physique doit être quantifiée selon des recommandations spécifiques. Le patient doit pouvoir connaître et s'approprier les éléments qui influencent son degré de participation aux activités physiques. Il en est de même pour les personnes atteintes de maladie rare ou en situation de handicap.

Dans le cas des maladies chroniques, « les recommandations en termes de durée et fréquence apparaissent identiques à celles préconisées pour l'adulte en bonne santé : réaliser des activités d'intensité modérée de type aérobie pour un minimum de 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ou d'intensité plus élevée 20 minutes par jour, 3 jours par semaine. Cependant, l'individualisation de l'intensité de l'activité physique et la diversification des activités sont préconisées. » (INSERM, 2008).

Concernant les méthodes de mesure de l'activité physique, il existe un certain nombre d'outils (questionnaire, entretien, podomètre, etc.) plus ou moins faciles à utiliser et précis (LaMonte et coll., 2001 ; Sirard et coll.,2001), qui ont tendance à privilégier la dimension biomédicale. Il paraît important de développer des outils en accord avec les objectifs des dispositifs. L'autonomie est par exemple un objectif qui nécessite la création de nouveaux indicateurs.

La personne atteinte de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap devrait rapidement savoir comment intégrer l'activité physique dans son quotidien et évaluer les risques de l'inactivité physique sur l'évolution de sa maladie ou de son handicap.

Actions

➢ **Développer un outil évaluant l'aptitude à l'activité physique :** outil permettant à la personne malade ou en situation de handicap de situer ses aptitudes et d'être informée des risques potentiels de l'activité physique tant sur le plan cardiovasculaire que musculosquelettique. Un médecin ou un réseau de santé devrait être consulté lors de doutes sur ses aptitudes à pratiquer une activité physique voire en augmenter le niveau.

➢ **Développer un outil évaluant le niveau d'activité physique :** outils inspirés de l'athlétest® portant sur la mesure de l'activité physique (fréquence, intensité, durée et type d'exercice) et instruments permettant à la personne malade ou en situation de handicap de mieux apprécier son niveau d'activité physique (rappel d'activité par questionnaires, podomètre, accéléromètre, etc.).

➢ **Mettre à disposition des outils de suivi sportif.** Lorsque le réseau de santé recommande la pratique d'activité physique en milieu sportif, un guide de recommandations personnalisé devrait permettre la relation entre les professionnels de la santé et les éducateurs sport-santé. La commission recommande également l'établissement par les fédérations sportives de licences adaptées à ce nouveau public comme par exemple la licence sociale proposée par la FFEPMM. Celle-ci, donnée à l'occasion de programmes d'éducation ou de prévention, permet l'accueil et l'accompagnement du patient par l'association sportive et la fédération durant la première année.

➢ **Développer un outil d'évaluation de l'autonomie de la personne dans toutes ses dimensions.** L'autonomie est souvent réduite à l'autocontrôle (se contraindre à pratiquer régulièrement). Il paraît important d'intégrer d'autres dimensions importantes de l'autonomie comme l'autodétermination, l'indépendance et l'expressivité (faire des choix de pratiques qui permettent d'exprimer ses goûts et de les satisfaire).

5. Dans le cadre de l'extension aux maladies chroniques et maladies rares des missions du correspondant handicap dans l'entreprise, inciter celui-ci à orienter les patients vers le réseau sport-santé

Justification
Le correspondant handicap dans l'entreprise (décret n° 95-979 du 25 août 1995) doit être une personne sur laquelle le patient, atteint d'une maladie chronique, doit pouvoir s'appuyer en cas de questionnement sur les ressources à proximité qui lui permettraient de faire de l'activité physique de manière encadrée. Lorsqu'il existe un réseau sport-santé, il est important de le signaler au patient.

Action
➢ **Informer les correspondants handicap :** des guides d'information, des dates de formations, les événements des réseaux sport-santé devront être communiqués à ces correspondants afin de les aider à mieux accompagner le salarié sur des questions d'activité physique.

6. Mettre en place, à partir des aides financières individuelles identifiées par le réseau sport-santé, un dispositif de « chèque actif », tickets ou coupons sport-santé pour les personnes en situation précaire atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap, et diffuser l'information sur ces aides

Justification
Il existe une relation inversement proportionnelle entre le niveau socio-économique des personnes et l'existence des pathologies chroniques en rapport avec le « bien manger-bien bouger ». C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le réseau sport-santé doit absolument permettre l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social. De plus, il existe des inégalités sociales dans le rapport aux activités physiques et plus généralement à la santé. Tous les publics atteints d'une maladie chronique, d'une maladie rare ou en situation de handicap ne disposent pas de ressources identiques pour répondre à une recommandation d'activités physiques. Enfin, l'animation sport-santé a un coût supérieur à l'animation sportive (matériels spécifiques, nombre réduit de personnes prises en charge).
Il est nécessaire d'accompagner dans un projet éducatif global de réengagement dans des activités physiques les patients en déficit de ressources, du fait de leur position sociale mais également du fait de la fragilisation et la rupture occasionnées par l'émergence de la maladie ou du handicap.

En conséquence, il est souhaitable que les malades et leurs médecins puissent identifier et utiliser les aides financières pouvant être sollicitées afin d'éduquer les patients et d'améliorer l'accessibilité aux associations identifiées par le réseau sport-santé. Ce dernier accompagnera les malades dans leurs démarches, avec les institutions ou les professionnels ayant effectué le dépistage ou la prise en charge. Il est également souhaitable pour favoriser cet accès aux activités sport-santé que les MDPH reconnaissent le projet en activités sport-santé comme ouvrant droit à compensation.

Il est nécessaire 1) de permettre aux institutions partenaires de communiquer sur les financements de cette offre de pratique sport-santé ; 2) de proposer, grâce au réseau sport-santé un guichet unique (pouvant être délégué au niveau

départemental ou local) qui n'empêche pas les institutions partenaires de communiquer sur les aides individuelles à la pratique.

Les services de la Jeunesse et des Sports ont délivré des coupons sport : pour 2008, dotation du Centre National de Développement du Sport ou CNDS à des clubs volontaires pour le remboursement partiel de la licence (montant variable selon le coût de celle-ci) pour les jeunes de 10 à 18 ans dont les parents perçoivent l'allocation de rentrée scolaire ou pour les jeunes handicapés bénéficiant de l'allocation spéciale d'éducation.

Plusieurs institutions peuvent être sollicitées :
Au niveau régional, départemental et local

- Caisses d'Allocations Familiales (CAF) pour les personnes isolées avec minimum sociaux (API, RMI)
- Conseils généraux (services sociaux)
- Maison départementale du handicap (MDPH) sur projet individualisé
- Centre Communal d'Action Sociale
- Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- DDJS (anciens coupons sport pour les personnes dont le quotient familial ne dépasse pas un certain plafond)

Au niveau national ou interrégional

- Couverture médicale complémentaire (mutuelles et assurances) à partir de conventions liant ces mutuelles (ou assurance) :
- au Comité National Olympique et Sportif ou bien aux fédérations par discipline ou groupe de disciplines, pour le cahier des charges et les conventions liant les mutuelles (ou assurances) à l'offre sportive
- au réseau sport-santé régional pour le respect du cahier des charges en région et la labellisation des offres ou avec les fédérations s'engageant dans une démarche vis-à-vis de ces publics.

Ces aides permettront de financer les inscriptions en club et la licence (exemple de la mutuelle MLOZ en Belgique qui a conventionné avec le mouvement sportif pour l'ensemble des disciplines offrant une APS adaptée). S'y ajoute la possibilité de crédit d'impôt, selon l'exemple canadien qui se propose d'étendre le dispositif aux adultes (uniquement pour les activités des enfants actuellement) (cf. annexe 1).

ACTIONS

➢ **Mettre en place un dispositif d'Etat national** (chèque « actif », ticket ou coupon sport-santé) collaboratif animé avec les institutions partenaires du réseau sport-santé et de niveau national-interrégional (couvertures médicales obligatoire et complémentaire), régional (aide à la formation sport-santé par la collectivité territoriale régionale), départemental (caisses CAF et CPAM), service social des conseils généraux, et MDPH ou local (CCAS). L'Etat pourrait participer à la dotation financière de ce dispositif par le crédit d'impôt.
La matérialisation de ce chèque ou ticket ou coupon fera apparaître les logos de l'Etat avec une place pour faire figurer les différents partenaires de l'opération.

➢ **Annoncer officiellement les dotations financières** par les institutions partenaires (CMC, services sociaux des conseils généraux, CCAS, CAF et CPAM) qui réserveront auprès des services de l'Etat (Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale ou DRDJSCS et services départementaux) un certain nombre de tickets ou coupons sport-santé correspondant à leur dotation. Ces moments de réservations (et donc de financement) seront

médiatisés, en présence de l'institution partenaire, de l'Etat et des partenaires du réseau sport-santé.

➢ **Mettre en place un guichet unique de délivrance des chèques actifs, tickets ou coupons sport-santé.** Les chèques, tickets seront délivrés par la DRJSCS et les services départementaux à l'ensemble des patients adhérents au réseau, mais avec une modulation du nombre de tickets ou coupons en fonction de la situation sociale de la personne (liste établie par les institutions partenaires et communiquée à la DRJSCS), afin de promouvoir leur accessibilité auprès de structures reconnues par le réseau sport-santé. Les chèques, tickets ou coupons délivrés aux publics seront remis ensuite (pour remboursement d'une partie de la licence et de la cotisation annuelle) aux structures reconnues par le réseau sport-santé. Une période d'essai sera prévue, avec un accompagnement par un éducateur médico-sportif de secteur du réseau (prestation financée par les prestations dérogatoires du réseau).

➢ **Rembourser les structures** reconnues par le réseau sport-santé par la ou les institutions partenaires sur présentation des chèques, tickets ou coupons sport-santé (2ème temps de communication possible). Des vérifications seront faites pour s'assurer que les personnes ayant reçu les aides financières sont bien celles de la liste établie par le partenaire et qu'elles ont effectivement participé aux activités de la structure (le médecin traitant, et celui du service médical partenaire pourront voir sur le dossier réseau du patient si celui-ci a bien participé car les séances seront signées par l'éducateur avec apposition des tampons de la structure et de l'encadrant, délivrés par le réseau). Il existe en effet un lien entre le réseau et la structure (convention et remise du tampon du réseau sport-santé pour la structure et pour l'encadrant).

V. Propositions concernant les professionnels

7. Adresser une circulaire interministérielle à tous les établissements du secteur médico-social, de la santé, de réadaptation, accueillant des personnes en situation de handicap, incitant à la création d'un véritable projet d'APA, intégré au projet d'établissement et articulé à des projets individualisés sport-santé

Justification

Les établissements accueillant les personnes en situation de handicap intègrent de manière fort inégale un réel projet d'APA à destination de tous leurs usagers, afin de lutter contre la sédentarité et ses effets néfastes pour la santé, mais aussi de favoriser l'intégration, la participation sociale et le développement de l'autonomie. Les habitudes de vie se prenant dès le plus jeune âge, un projet en EPS doit absolument être mis en œuvre pour tous les jeunes accueillis (IME…), en lien avec l'adoption de bonnes habitudes alimentaires. Ces pratiques physiques régulières doivent se poursuivre à l'âge adulte, quelles que soient les capacités ou incapacités de la personne (en Maison d'Accueil Spécialisé, Foyer d'Accueil Médicalisé, Foyer de vie, Foyer d'hébergement, ESAT, Centre de rééducation, Structures psychiatriques…).

Les travailleurs d'ESAT sont parfois victimes de leur mauvaise condition physique qui induisent ainsi une pénibilité importante face à leurs activités de travail quotidiennes (une fatigabilité accrue, avec perte de performances a pu être observée chez des personnes handicapées travaillant en ESAT autour de 45-50 ans – Enquête HID-INSEE 2002).

Alors que l'espérance de vie des personnes handicapées augmente fortement, il est souhaitable de permettre aux personnes avançant en âge de poursuivre une activité physique régulière indispensable à une conservation de la plus grande indépendance fonctionnelle possible, avec en particulier un travail de prévention des chutes.

Actions

- **Rédiger et diffuser une circulaire aux établissement accueillant des personnes en situation de handicap :** Une circulaire interministérielle soulignant l'intérêt pour la Santé Publique de la mise en œuvre de ce projet d'APS adaptée, intégré au projet éducatif ou thérapeutique de l'institution, articulé à un projet d'accompagnement vers une pratique en club (sport adapté, handisport ou sport-santé) devrait pouvoir inciter les équipes à mettre en œuvre des projets permettant un réel accès aux APS pour tous. Cette proposition est essentielle pour développer l'accès des personnes en situation de handicap mental ou psychique. Ces projets de sport adapté seront également parties prenantes des projets individualisés afin de répondre aux besoins de "vie active" de l'ensemble des usagers, dans un souci de conservation de l'autonomie et du lien social.

8. Mettre en place des formations pour les directeurs et les personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap

Justification

L'APA est un support d'intégration, de développement de l'autonomie et d'accompagnement d'un projet personnalisé de participation sociale.

Les personnes en situation de handicap semblent plus touchées par les méfaits de la sédentarité que la population ordinaire.

Les directeurs des différentes institutions accueillant des personnes en situation de handicap sont les maîtres d'œuvre du projet d'établissement qu'ils dirigent. La représentation de l'APA et des bienfaits physiques, psychologiques et sociaux que peuvent en tirer leurs usagers menacés par les méfaits de la sédentarité sont à développer pour être mieux pris en compte dans le projet d'établissement.

Les professionnels employés dans les structures d'accueil, n'ont bien souvent pas de compétences dans le champ des APS et les services APA sont encore insuffisamment nombreux dans le secteur médico-social. D'autre part, les personnes en situation de handicap mental ou psychique, n'ont pas, pour la plupart d'entre elles les capacités, d'initiative et d'autonomie, nécessaires à une pratique régulière d'APA. Il est donc indispensable de développer l'emploi de professionnels qualifiés en APA, de favoriser (voir proposition 14) l'accès aux formations spécifiques des personnels encadrant ces personnes dans leurs lieux de vie, et des éducateurs des clubs ordinaires, dans le cadre de démarches d'intégration. Des formations diverses sont proposées, en particulier par la FFSA (Fédération Française du Sport Adapté : handicap mental et psychique) et la FFH (Fédération Française Handisport : handicap moteur et sensoriel), en vue d'acquérir des compétences complémentaires pour accompagner la pratique d'APS adaptées et de rencontres sportives compétitives ou de loisirs.

Actions

➢ **Intégrer une séquence de formation des directeurs dans leurs formations initiales (CAFDES, CAFERUIS) et formations continues** afin de les éclairer sur les caractéristiques indispensables que doit contenir un projet d'APA qui débouche sur un accompagnement des personnes vers le milieu associatif, de façon à lutter contre les méfaits de la sédentarité sur leurs usagers.

➢ **Concevoir, mettre en place et valoriser des formations pour les professionnels accompagnant les personnes en situation de handicap.** Les formations de ce type sont à privilégier dans les plans de formation des professionnels travaillant auprès des personnes en situation de handicap, afin que ces dernières puissent accéder réellement à des pratiques d'APA. Prévoir aussi la valorisation des acquis de l'expérience.

9. Développer et diffuser des guides de l'activité physique pour les médecins

Justification

Il est indispensable, dans le cadre de l'adaptation de la pratique des APS aux différentes situations pathologiques de pouvoir croiser ces différentes pathologies et handicaps avec l'ensemble des disciplines physiques et sportives afin de disposer de référentiels d'adaptation. Le médecin et l'éducateur médico-sportif seront les deux principaux destinataires de ces guides.
En effet, après avoir proposé un cycle éducatif en APA, l'objectif est d'accompagner le patient vers une pratique d'APS dans une association (de malades, sportive…).

Actions

➢ **Recenser et diffuser les guides d'information et de conseils déjà disponibles**. Cette mission implique le recrutement d'un documentaliste exerçant à l'interface sport/santé. En l'occurrence, celui-ci devrait avoir un double

rattachement, d'une part au bureau sport-santé de la Direction des sports, et d'autre part au bureau nutrition-santé de la Direction générale de la santé.

➢ **Elaborer et diffuser des référentiels d'adaptation des APS pour les différentes maladies et handicaps**. Il serait bon, en outre, de traduire les guides américains « *ACSM'S Guidelines for exercice testing and prescription* » et « *ACSM's Exercice Management for persons with chronic diseases and disabilities* ».

10. Dans le cadre de la formation médicale, intégrer l'éducation médico-sportive et l'APA dans les recommandations en matière d'éducation des personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou d'accompagnement des personnes en situation de handicap

Justification

L'activité physique étant prescrite par le médecin, cela implique pour le médecin :
- de connaître les effets bénéfiques de l'activité physique en prévention tertiaire. Les médecins n'ont au cours de leur cursus médical aucune formation sur les effets bénéfiques de l'activité physique (seules 2 heures sont prévues dans le module 7 question 111 de l'ECN).
- de connaître l'activité physique. Pour cela, le médecin doit disposer de la connaissance des différents types d'activité physique et des règles de prescription de l'activité physique : durée, intensité, type d'exercices en endurance ou résistance (travail en séries, nombre de répétitions, pourcentage d'une répétition maximale), nombre minimum de séances à réaliser par semaine (principe du FIT : fréquence des séances, intensité et temps).
- de connaître les opérateurs possibles qui pourront encadrer un cycle éducatif puis établir un relais vers le tissu associatif, c'est-à-dire connaître les professionnels, leur cursus de formation et leurs compétences spécifiques (chef de projet en APA, éducateur médico-sportif, éducateur sport-santé…).

Actions

➢ **Formation initiale.** Former les étudiants en médecine en intégrant à l'enseignement des études médicales un module spécifique sur l'activité physique dans la prise en charge des pathologies chroniques. Il est proposé une formation médicale dès le PCEM2 et le DCEM1 sous forme d'un module de 15 heures de cours par an, pendant 2 ans.

➢ **Epreuves Classantes Nationales.** Lors de l'ECN, 5 à 6 questions feront partie du programme, ce qui assurera une formation régulière tout au long du cursus. Dans les questions transversales, favoriser des items inhérents à l'éducation et la prévention par le sport des pathologies chroniques.

➢ **Formation continue.** La formation sera poursuivie lors de la formation continue des médecins généralistes et spécialistes confrontés au quotidien avec des pathologies de l'appareil locomoteur et à la sédentarité (rhumatologues, cardiologues, pneumologues, orthopédistes, neurologues, gériatres, rééducateurs).

➢ **Formation complémentaire.** Enfin, dans le cadre d'une formation à la recherche, la commission souligne l'intérêt de développer des enseignements complémentaires (masters, diplômes universitaires…) dans le domaine de l'activité physique et la santé.

11. Valider le statut des professionnels organisant ou assurant une APA et développer l'intégration de l'APA dans l'ensemble des programmes et structures d'éducation thérapeutique du patient

Justification

Dans le champ de l'éducation médico-sportive, il existe actuellement plusieurs professionnels de niveau de qualification et de compétence différents. Le recrutement des premiers éducateurs médico-sportifs (EMS) dans différents secteurs de la maladie chronique date de 1999 (cf. Audition de Claire Perrin). Ils ont fait fonction d'EMS, au départ, puis certains sont devenus chefs de projet en APA et santé.

L'existence d'un nouveau métier est attestée tout d'abord par l'existence d'un référentiel métier qui permettra ensuite, à partir de certifications, d'intégrer des fiches métiers (correspondant à différentes fonctions autour de ce métier) dans le Répertoire National de la Certification Professionnelle (RNCP).

Le référentiel métier est composé d'un référentiel qualificatif (filières de formation initiale permettant d'accéder à ce métier soit directement, soit par des passerelles par voie d'équivalence ou par la voie de la validation des acquis de l'expérience), un référentiel professionnel (missions confiées au professionnel) et enfin un référentiel certificatif (compétences demandées pour pouvoir assurer ce métier et qui devront être démontrées au jury ; exemple : être capable d'établir un diagnostic éducatif relatif à l'activité physique d'un patient malade sédentaire, en lien avec les autres professionnels de la structure).

Le statut de ces nouveaux professionnels (détaillé au chapitre Formation de ce rapport) ne sera acté dans les trois fonctions publiques et dans le champ libéral que lorsqu'un décret de compétences entrant dans la partie législative du code de la santé publique et correspondant à ces métiers sera signé et lorsque les fiches de certification seront inscrites au RNCP, dans la partie métiers de la santé, par la CNCP (Commission Nationale de la Certification Professionnelle).

Dans tout projet ou structure d'éducation thérapeutique du patient, l'éducation médico-sportive doit être présente au même titre que l'éducation alimentaire.

Actions

➢ **Elaborer les référentiels qualificatifs, professionnels et certificatifs** pour l'éducateur en APA-Santé (ou éducateur-actiphysicien), le professeur en APA-Santé (ou concepteur-actiphysicien) et le chef de projet en APS-Santé (ou ingénieur-actiphysicien) et assurer la mise en place de la validation des acquis de l'expérience.

➢ **Proposer au parlement un projet de loi** intégrant, dans le code de la santé publique et sous forme de trois décrets de compétences, les métiers de l'éducation médico-sportive et demander à la CNCP l'inscription des fiches au RNCP.

➢ **Inscrire l'éducation médico-sportive dans les cahiers des charges des structures habilitées pour l'éducation thérapeutique du patient**

12. Développer la formation à l'éducation pour la santé des professionnels de l'APA pour développer l'éducation médico-sportive

Justification

Le développement de compétences en méthodologie et en éducation pour la santé apparaît indispensable dans la formation initiale et continue des professionnels de l'APA. En effet, le développement de projets pluridisciplinaires et la bonne intégration de l'APA dans les projets globaux d'éducation du patient au sein des structures (réseaux de santé, réseaux sport-santé) impliquent l'existence d'une culture commune entre les professionnels de l'APA et les professionnels de la santé.

Actions

- **Intégrer l'éducation pour la santé dans la formation universitaire en APA.** Cette intégration se fera par le biais de collaborations avec les réseaux des Comités d'éducation pour la santé (FNES, FRES, CORES, CODES). Elle développera les compétences méthodologiques en promotion et éducation pour la santé qui devront être actualisées et évaluées dans le cadre des projets professionnels des étudiants en APA, en particulier de niveau master.

- **S'appuyer sur les travaux du Comité Consultatif National chargé de faire des propositions pour l'élaboration de programmes de formation en éducation pour la santé.** Ce comité coordonné par l'INPES depuis janvier 2008, créé par un décret du 16 janvier 2006, rassemble des représentants de l'administration, d'établissements d'enseignement, des professionnels de santé et des experts de santé publique.

13. Développer la formation et la certification sport-santé des éducateurs sportifs pour l'accueil des patients et personnes en situation de handicap ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique, et pour l'accompagnement en APA

Justification

Selon les auteurs de l'expertise collective de l'INSERM (2008), « l'activité physique est un traitement à part entière au cours d'affections chroniques invalidantes, telles que l'insuffisance respiratoire chronique par la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les maladies cardiovasculaires ischémiques et les pathologies métaboliques comme le diabète de type 2. Elle réduit les conséquences fonctionnelles de ces maladies en améliorant les capacités physiques des patients.»

A la suite de la phase d'éducation thérapeutique du patient, la prise en charge sera effectuée dans une association sportive par un éducateur sportif formé à l'accueil de ces nouveaux publics.

Actions

- **Mettre en place des formations (en particulier continue) et des certifications pour les éducateurs sportifs qui s'orientent vers la prise en charge de personnes atteintes de pathologie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap.** Les professionnels de l'activité physique qui veulent œuvrer en continuité avec les programmes d'éducation thérapeutique suivront une formation spécifique et reconnue par l'Etat (Santé, Education nationale, Jeunesse et Sports, etc.), avec certification. Ces formations leur

permettront d'adapter et de contrôler les indicateurs du niveau d'activité physique en fonction des atteintes physiques et des complications du patient, d'encourager et de motiver le patient à augmenter d'une façon sécurisé son niveau d'activité physique afin d'accroître les bénéfices pour sa santé.

➢ **Associer le réseau sport-santé à l'habilitation des opérateurs de formation.** Le réseau sport-santé pourra ainsi mettre en adéquation la formation des éducateurs sportifs et celle des médecins, dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles.

14. Soutenir la création d'emplois de professionnels de l'APA accueillant des personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap, par la mise en place d'emplois aidés ou tout autre dispositif

Justification

Le ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a initié un plan de développement de la pratique sportive au bénéfice des personnes en situation de handicap, en assurant parallèlement un plan de développement de l'emploi sportif qualifié pour la pratique des activités physiques ou sportives adaptées et accessibles au plus grand nombre, et notamment des personnes handicapées.

Ces emplois ont permis un fort développement de la pratique ; il est nécessaire de soutenir ces emplois œuvrant pour l'accès au sport de ces personnes à faible solvabilité.

Il est également nécessaire de soutenir plus largement la création d'emploi des professionnels de l'APA afin qu'ils puissent dans différents domaines (maladies chroniques, maladies rares, handicaps) répondre aux besoins.

Actions

➢ **Mettre en place des emplois aidés ou tout autre dispositif soutenant la création d'emplois :**

- d'éducateurs sportifs accueillant des personnes en situation de handicap ;
- de professeurs d'APA (ou éducateur médico-sportif ou concepteur actiphysicien) prenant en charge initialement les patients ;
- de chefs de projet en APA (éducateur médico-sportif coordinateur ou ingénieur actiphysicien) coordonnant les programmes d'APA, les réseaux transversaux sport-santé, les projets des fédérations sportives en direction des personnes atteintes de pathologies chroniques ou de maladies rares.

15. Définir une cotation des actes de prescription d'une APA et le taux de remboursement

Justification

La prescription par le médecin d'une activité physique adaptée fait appel à un certain nombre de compétences relatives à la physiologie, à la nutrition, à l'éducation du patient, à la médecine du sport, et à la médecine d'organe, dans une pratique de médecin traitant, généraliste ou spécialiste.

Elle peut se faire sans l'aide d'un professionnel des APS, avec délivrance du certificat médical de non contre-indication pour certaines formes de pratiques

(association sportive, salle de remise en forme ...) ou bien en déléguant des compétences à un éducateur médico-sportif (voir schéma de prescription).

Action

➢ **Reconnaître la prescription d'une APS comme une consultation de longue expertise** avec une cotation spécifique entrant dans le cadre des consultations de prévention faites à des moments définis (âge particulier, retour sur le terrain après blessure, accident, maladie ou opération). Le rythme des visites médicales pour la délivrance des certificats de non contre-indication pour les licences sportives devra être cohérent avec celui de ces consultations globales de prévention.

16. Développer l'utilisation des outils d'évaluation du niveau d'activité physique et d'aptitude à l'activité physique par les médecins et les éducateurs médico-sportifs et les éducateurs sportifs

Justification

Les professionnels doivent tenir compte des attentes et des capacités du patient lors de l'élaboration de programmes d'activité physique. La fréquence, l'intensité, le type et la durée de l'exercice doivent permettre une amélioration de la santé (selon la définition de l'OMS) et d'une augmentation des capacités physiques (aptitude aérobie, aptitudes musculo-squelettique et composition corporelle) du patient.

Actions

➢ **Disposer d'outils communs** tels que des questionnaires d'activité physique et des batteries de tests de condition physique en relation avec la santé ;

➢ **Utiliser et évaluer ceux qui existent** afin de permettre un meilleur suivi des paramètres physiologiques et psychologiques du patient ;

➢ **Développer de nouveaux outils** de mesure de l'aptitude à l'activité physique (ex : Q-AAP), de questionnaires médicaux tenant compte des facteurs de risque (ex : Risko, X-AAP) ainsi que des questionnaires d'activité physique (ex : Marshall) permettant aux professionnels de la santé d'orienter les patients vers des programmes d'activité physique.

17. **Développer les recherches** sur les relations entre activité physique et maladies ou handicap, sur les nouvelles dynamiques autour de l'APA et de l'éducation thérapeutique et sur la construction de dispositifs innovants

Justification

Pour de nombreuses maladies chroniques l'activité physique joue un rôle soit comme traitement à part entière (exemple : le diabète de type 2) ou comme soin de support, pour réduire les co-morbidités voire augmenter les scores de survie (prévention secondaire ou tertiaire). Cependant les mécanismes sous-tendant les effets bénéfiques de l'activité physique sont encore pour certaines pathologies (exemple du cancer) très mal connus. Les programmes de recherche sur l'activité physique et les effets sur la santé sont encore peu développés en France.

Si la recherche biomédicale est insuffisamment développée, les recherches en sciences humaines et sociales sont inexistantes. Les études de la construction des dispositifs d'éducation et d'accompagnement des malades chroniques dans

une pratique physique, celle des nouvelles dynamiques professionnelles et sociales associées, de la construction de nouvelles compétences et de nouvelles légitimités professionnelles devraient être particulièrement heuristiques et avoir des retombées importantes sur la qualité des formations. Elles sont, par ailleurs, indispensables pour penser finement l'implication des usagers dans les dispositifs et pour construire des indicateurs de performances adaptés aux objectifs mêmes des dispositifs.

Actions

➢ **Développer des recherches** sur les points suivants :

- Développer des outils de mesure de l'activité physique
- Développer des outils de mesure des facteurs d'environnement associés à l'activité physique
- Promouvoir des études longitudinales incluant ces outils
- Mettre en place un observatoire de l'activité physique en France et développer des travaux d'évaluation sur les actions
- Promouvoir des études en économie de la santé et en sociologie sur le thème des APA et APS
- Mieux définir les caractéristiques de l'activité physique pour obtenir l'effet optimal en fonction du type de pathologie
- Mettre en place des protocoles de suivi des patients pour étudier les effets à moyen et long terme de l'activité physique
- Etudier la prédictibilité de la réponse biologique
- Etudier la construction de dispositifs innovants et les dynamiques professionnelles autour de l'APA et la santé

➢ **Informer les laboratoires de recherche** des problématiques de l'activité physique

➢ **Inciter les pouvoirs publics à lancer des appels à projets thématiques (tels que ceux de l'Agence Nationale de la Recherche) ou à créer des bourses de recherche** sur les relations entre activité physique et pathologies chroniques et handicaps dans le cadre d'appels à projets annuels. Cette recherche devra porter sur tous les axes : épidémiologie, physiologie, biologie moléculaire…, recherche translationnelle, sans oublier les sciences humaines et sociales. Ces bourses pourraient aussi être des bourses ministérielles. L'approche interministérielle reste importante : Ministère de la recherche afin de coordonner les programmes (de façon à ne pas désarticuler les domaines respectifs du sport, de l'activité physique, de la santé, de l'Education Nationale, du Travail…). Dans tous les cas, il faudrait identifier le volet « activité physique et santé, et pathologies chroniques et handicap » dans les appels à projets comme existent les domaines de biologie moléculaire, biologie cellulaire…

VI. Propositions concernant la dimension réseau

18. Promulguer une politique nationale en faveur de l'éducation thérapeutique et sa composante médico-sportive sous la forme d'un plan pluriannuel et d'un engagement financier

Justification

L'intérêt de l'éducation thérapeutique n'est plus à démontrer et celle-ci nécessite d'être intégrée dans le projet de soins des patients atteints de maladies chroniques, dans une lutte active contre les inégalités de santé.
La situation actuelle ne favorise pas suffisamment le développement de l'éducation thérapeutique en raison d'une part, de moyens budgétaires insuffisants qui ne permettent pas d'avoir la masse critique et d'atteindre ainsi l'équilibre entre les avantages en termes de santé et les coûts engendrés, et, d'autre part, d'une articulation insuffisante entre les dispositifs de prise en charge (dépistage en secteur sanitaire ou médico-social, coordination par le médecin traitant, prise en charge en établissement de santé et relais de proximité en secteur social).

L'éducation médico-sportive commence à trouver sa place au sein des dispositifs d'éducation du patient alors qu'il est établi qu'une pratique physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive permet de développer, de maintenir ou de restaurer le capital santé des personnes. De plus, la mise en place d'un projet sportif individuel permet à la personne de mieux se connaître, de mieux gérer ses comportements de santé (alimentation, sommeil, hygiène…) et donc de s'engager vers la gestion active de son capital santé.

Cela pose une double question : la place de l'éducation thérapeutique dans l'organisation des soins et celle de son mode de financement. Il faut viabiliser de façon pérenne cette prise en charge.

Actions

- **Elaborer et valider un plan pluriannuel** accompagné de moyens suffisants et articulant de manière efficace l'hôpital et la ville qui permettra de s'engager résolument vers la reconnaissance de l'éducation du patient et vers des bénéfices en termes de réduction de la morbi-mortalité et d'amélioration de la qualité de vie.
L'intégration systématique de l'éducation médico-sportive permettrait aux patients de s'engager vers (phase initiale) puis de consolider (accompagnement et suivi) des modes de vie plus actifs, seuls garants de bénéfices sur le long terme.

- **Développer des structures d'hôpitaux de jour de prise en charge des pathologies chroniques initiant les activités physiques et sportives.**

19. Développer dans chaque région un réseau transversal sport-santé, animé par un chef de projet APA et un médecin coordinateur travaillant au sein de l'ARS et de la DRJSCS, assurant le relais entre, d'une part, les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, les réseaux de santé thématiques ou populationnels, les associations de patients et, d'autre part, les associations ou clubs sportifs agréés

Justification

Il n'existe pas de dispositif spécifique de prévention primaire permettant d'identifier, sur l'ensemble des territoires régional, départemental et local, en particulier pour l'accès à la prévention et aux soins de ceux qui en sont les plus éloignés :
- les différents acteurs des pratiques physiques ;
- les différentes actions d'information et de sensibilisation sur cette thématique.

Il n'existe pas de coordination (liant les différentes dynamiques institutionnelles des champs sanitaire, médico-social, social et éducatif, dans le cadre de leurs moyens opérationnels et financiers) permettant, sur l'ensemble du territoire régional et inter-départemental et à partir des projets locaux de santé, de connaître et de développer :
- l'offre d'éducation médico-sportive au sein des structures d'éducation thérapeutique du patient (établissements de santé, communautés de santé, centres de santé, réseaux de santé, associations de patients,…),
- et l'offre d'activités physiques sport-santé (associations sportives,…) pour les publics cibles (personnes atteintes de pathologies chroniques, de maladies rares ou de handicaps).

Il n'existe pas de dispositif permettant aux acteurs du dépistage et de la prise en charge des patients (professionnels de santé des champs sanitaire, médico-social, social et éducatif) d'identifier les structures d'éducation thérapeutique du patient de proximité (établissements de santé, communautés de santé, centres de santé, réseaux de santé, associations de patients,…) intégrant une éducation médico-sportive (avec APA) ainsi que les offres d'activités physiques sport-santé au sein des associations sportives.

La promotion de l'activité physique au sein de ces réseaux devrait être supportée par un professionnel de l'activité physique formé à la conduite de projet. L'éducation du patient doit couvrir des préconisations individuelles et collectives interne et externe au réseau sous forme de stages de découverte d'activités, de cycles éducatifs ou d'ateliers à thème.

Il est actuellement très difficile de diriger un patient vers une association sportive tant les activités physiques proposées sont diverses et variées et peuvent parfois mettre en difficulté les bénéficiaires et tant le patient peut être démuni pour intégrer directement une association. Néanmoins, il est à présent démontré qu'un sédentaire est plus à risque qu'une personne faiblement ou modérément active, il est donc important de recommander la pratique régulière et quotidienne d'activité physique et d'établir des répertoires d'associations qui respectent un cahier des charges de prévention santé. Celui-ci devra comporter des éléments liés à la structure, à l'encadrant et à l'activité physique pratiquée.

Actions

➢ **Mettre en place et soutenir financièrement dans chaque région, à partir d'une circulaire conjointe DHOS / CNAMTS / DSS / DGS / DS/DGAS, un réseau transversal sport-santé**, avec le soutien opérationnel (médical, technique et administratif) de l'Agence Régionale de Santé et de la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, en lien avec les professionnels de la santé et de l'éducation des champs sanitaire, médico-social, social et éducatif, mais aussi avec les associations de patients et les associations sportives. Les objectifs et les missions des réseaux transversaux sport-santé sont présentés en annexe 5. Actuellement, il existe déjà trois réseaux sport-santé (Annexe 6).

➢ **Etablir un cahier des charges** « éducation médico-sportive » pour les structures médicales et médico-sociales, **développer une charte** « activités physiques sport-santé » pour les associations sportives accueillant des personnes atteintes de maladie chroniques ou de maladie rare ou de handicap **et mettre en œuvre une habilitation des structures par le réseau**, en s'appuyant sur les ARS et les DRJSCS.

La Charte portera principalement sur les éléments suivants :
- l'offre de pratique territoriale adaptée (avec création de sections) ;

- la mise en œuvre une démarche d'accueil spécifique ;
- la formation de l'encadrement sportif sur des thématiques spécifiques et programmes labellisés ;
- l'affiliation à une fédération sportive reconnue et agrée par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative.

➢ **Encourager les formations sur la conduite de projet APA et santé.** Les étudiants STAPS ainsi que les cadres régionaux des fédérations devront avoir accès à des formations sur la conduite de projet en APA et santé et en sport-santé (licence, masters, DU, etc.). Ces formations devront être en cohérence avec le fonctionnement des réseaux de santé, les projets éducatifs globaux et les besoins des patients, les recommandations en activité physique des sociétés savantes et les plans nationaux de santé publique en vigueur.

➢ **Soutenir la mise en place de chef de projet APA et santé.** Une aide logistique et financière devra permettre l'intégration professionnelle de ces chefs de projet au sein des équipes pluridisciplaires en lien avec les collectivités locales, territoriales, les DRJSCS et les agences régionales de santé.

➢ **Promouvoir la charte et les associations adhérentes.**

20. Intégrer l'éducation médico-sportive dans le cahier des charges des réseaux de santé, des réseaux transversaux sport-santé et des UTEP

Justification

La dimension activité physique et sa mise en place par l'éducateur médico-sportif n'apparaît pratiquement jamais dans les textes relatifs aux activités d'éducation thérapeutique du patient (le terme éducateur médico-sportif apparaît dans l'ALD n° 8 relative au diabète de type 2). D'autres ALD (obésité morbide, par exemple) sont en train d'intégrer ce nouveau métier.

Actions

➢ Intégrer systématiquement **l'éducation médico-sportive** dans tous les textes relatifs à la prise en charge en éducation thérapeutique du patient à partir du moment où un effet significatif positif sur la santé a été prouvé sur la pathologie considérée.

➢ Mettre en place des **prestations dérogatoires éducation médico-sportive** dans les réseaux de santé (réseaux sport-santé ou réseaux thématiques)

21. Généraliser le financement de prestations dérogatoires « éducation à l'APA» pour les réseaux sport-santé ou pour les autres réseaux de santé, pour financer l'emploi des professionnels de l'APA

Justification

Les éducateurs médico-sportifs agissent dans le cadre de la prise en charge des patients, soit au sein des structures hospitalières (dans lesquelles leurs prestations sont couvertes, pour les services de rééducation ou de réadaptation, sur l'enveloppe hospitalière ou, pour les unités transversales d'éducation, sur les budgets des missions d'intérêt général), soit au sein des réseaux de santé, sous la forme de prestations dérogatoires (obtenues par certains réseaux) avec remboursement de prestations qui ne sont pas inscrites à la nomenclature des actes remboursés par les caisses. Il faut pouvoir rembourser de manière globale les activités des éducateurs médico-sportifs à partir d'une nomenclature d'actes dérogatoires collectifs ou individuels.

Action

➢ **Elaborer des activités d'éducation médico-sportive et les financer**, par l'intermédiaire des réseaux de santé (sport-santé ou réseaux thématiques) ou par des communautés de santé (centres d'examens de santé, centres de médecine du sport, pôle de santé, maison médicale …) et organiser le remboursement des structures pour les activités réalisées à partir du réseau sport-santé (groupement de coopération sociale et médico-sociale) qui aura conventionné avec ces structures :

- financement par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour les prestations dérogatoires des réseaux de santé ;

- financement par le Fonds National de Prévention, d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS) pour les communautés de santé qui répondront au cahier des charges spécifique au financement expérimental sur le FNPEIS d'actions d'Education Thérapeutique du Patient ;

- co-financements sollicités dans le cadre de l'appel à projets du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), axe éducation du patient.

22. Développer des plateformes polyvalentes d'éducation du patient en associant, au niveau de chaque communauté hospitalière de territoire, les services de réadaptation et les services de soins de suite, à partir d'une révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Soins de Suite et Réadaptation (SROS SSR).

Justification

- Les services de prise en charge aiguë des maladies n'ont pas les moyens, ni la vocation de développer la prise en charge éducative des patients, mais il ne s'agit pas de recréer de nouveaux dispositifs.

- L'articulation des dispositifs hospitaliers d'éducation du patient avec les réseaux de santé (dans lesquels l'éducation du patient est enchâssée) et les dispositifs expérimentaux (exemple : projet Sophia de l'assurance maladie pour la prise en charge des diabétiques de type 2 dans 10 départements) est indispensable au sein de chaque communauté hospitalière de territoire, pour une prise en charge de proximité, assurant ainsi une meilleure lisibilité par le médecin traitant.

- Les nouveaux métiers (professeurs d'APA) sont recrutés actuellement par les services de réadaptation, mais l'environnement social et les habitudes de vie des patients doivent être appréhendés pour obtenir des changements de comportements durables.

Actions

➢ Réviser les Schéma Régionaux d'Organisation Sanitaire **(SROS)** et en particulier les **SROS SSR (soins de suite et réadaptation)**, notamment par une circulaire rendant obligatoire l'étude dans chaque région de la mise en place de ce dispositif, avec les préconisations pour les changements nécessaires.

➢ **Développer des plateformes polyvalentes d'éducation du patien**t dans le cadre de chaque communauté hospitalière de territoire intégrant l'APA et composées de :

- Plateaux techniques (services de rééducation fonctionnelle, de réadaptation cardiaque ou respiratoire, de physiologie de l'effort) ;
- Plateaux pour la prise en charge éducative en réadaptation pycho-sociale avec psychologues, conseillères en économie sociale et familiale, travailleurs sociaux, par le service de soins de suite de proximité, lieu de convivialité pour l'orientation secondaire vers les réseaux de santé.

Le service de soins de suite pourra, grâce à un chef de projet en APA et avec l'appui du réseau sport-santé, identifier les communautés de santé de proximité (centres de santé, centres de médecine sportive, centre de santé mutualiste…) qui seront mobilisées dans le cadre de la prise en charge des patients (maladies chroniques, maladies rares, handicaps), ainsi que les associations de patients et les associations sportives des projets territoriaux de santé.

➢ **Rendre accessible pour les patients une prise en charge hospitalière** de proximité, avec possibilité de visites à domicile (par une équipe du type de celles mises en place par le secteur psychiatrique), à la demande du médecin traitant après découverte d'une maladie chronique, d'une complication ou dans le cadre d'un bilan de suivi.

➢ **Financer les dispositifs par convention avec l'assurance maladie** (ou à défaut par accord avec les mutuelles ou les assurance privées) avec :
Dotation de base proportionnelle à la taille de la file active et rémunération à l'acte par séances pour prise en charge éducative ou forfaitaire (prise en charge initiale, bilan de suivi à 3 mois, à un an…)

23. Développer et aider au financement des projets sport-santé des associations par une dynamique fédérale spécifique, une déclinaison en région du projet, en particulier par la formation des dirigeants et par le développement des offres sport-santé

Justification
A la suite de la phase d'éducation thérapeutique du patient, et éventuellement le passage dans une structure relais, la poursuite de la pratique se fera dans une association sportive par un éducateur sportif formé à l'accueil de ces nouveaux publics.

Le mouvement sportif (CNOSF, CROS, CDOS), la FNOMS, les OMS et CMS affiliés, ainsi que l'ensemble des fédérations sportives (organe central des fédérations, comités et ligues régionales, comités départementaux et clubs) ont besoin d'identifier les aides méthodologiques, opérationnelles et financières pouvant être sollicitées pour initier, développer et consolider des offres sport-santé adaptées aux malades.

Ils devront être aidés dans la formation de leur encadrement, la sensibilisation de leurs dirigeants, rassurés quant à leur couverture en responsabilité pour les accidents ou blessures pouvant intervenir, mais aussi soutenus sur les plans opérationnel et financier dans le montage des projets sport-santé.

Action au niveau national
➢ **Développer la dynamique :**
- Les directions techniques des fédérations sportives, accompagnées des commissions médicales fédérales pourront relayer ou anticiper la dynamique sport-santé des dirigeants fédéraux lors des congrès fédéraux ou lors des assemblées réunissant les responsables des niveaux régionaux, départementaux et locaux.
- Une incitation financière, se traduisant dans la convention d'objectif entre le Ministère et la fédération, ainsi qu'une aide opérationnelle pour les fédérations volontaires traduira la volonté du ministère de s'orienter encore plus nettement vers cette dynamique.
- Les fédérations seront accompagnées dans cette démarche par la direction des sports et la direction générale de la santé.

Actions au niveau régional
➢ **Structurer**, par les médecins conseillers des DRDJS, avec l'appui méthodologique et opérationnel du réseau sport-santé, cette offre sport-santé pour qu'elle réponde aux besoins des secteurs de la santé, du médico-social et du social et la présenter aux différentes institutions et financeurs potentiels.
➢ **Organiser** par les Comités Régionaux et Départementaux Olympiques et Sportifs, en lien avec les offices municipaux de sports (OMS), les UFR-STAPS et les UFR de médecine, des formations en direction des dirigeants sportifs de l'ensemble des disciplines sportives. Les centres de médecine du sport pourraient contribuer à l'enrichissement de ces formations.

➢ **Associer** le réseau sport-santé à l'habilitation des opérateurs de formation. Le réseau sport-santé pourra ainsi mettre en adéquation la formation des éducateurs sportifs et celle des médecins, dans un objectif d'amélioration des pratiques professionnelles.

➢ **Identifier,** par le réseau sport-santé, au sein de la DRJSCS et de ARS, les aides financières pour les porteurs de projets, accompagner ces derniers et veiller à la cohérence territoriale de l'ensemble.

24. Impliquer des associations de personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare, ou en situation de handicap, dans les réseaux sport-santé

Justification

Les associations de patients doivent être des partenaires privilégiés des campagnes de promotion de l'activité physique, compte tenu du rôle social et préventif de l'APS. La pratique régulière de l'activité physique à une intensité modérée doit être un message fort car elle contribue au bien-être et à la qualité de vie. Afin de permettre une meilleure accessibilité aux séances de sensibilisation et aux programmes de prévention par l'activité physique, et afin de mettre en place des ponts avec le milieu sportif, les associations auront donc beaucoup à gagner à s'impliquer dans les réseaux sport-santé.

Actions

➢ **Impliquer les associations de patients** dans les campagnes de promotion de l'activité physique (campagnes INPES, CNOSF, ministère, etc).

➢ A l'initiative des fédérations sportives, des réseaux de santé ou de sport santé, proposer aux associations de patients des actions de sensibilisation, des programmes de prévention ainsi que des passerelles avec le milieu sportif (coupons sport-santé, licences à moindre coût, etc.)

➢ **Soutenir les associations de patients qui proposent de l'APA**, faire connaître leurs activités et encourager l'analyse des programmes d'éducation du patient utilisant l'activité physique.

25. Favoriser la création d'associations sportives en lien avec les institutions accueillant des personnes en situation de handicap, et développer des possibilités d'intégration, pour les personnes qui en ont les capacités, dans des clubs sportifs de leur choix

Justification

La participation à des rencontres sportives compétitives, non compétitives ou de loisirs apporte motivation, plaisir, socialisation et renforcement de l'image de soi à des personnes ayant rarement l'occasion d'être mises en valeur, et d'évaluer leurs progrès.

Les personnes en situation de handicap mental ou psychique, en particulier, ne peuvent être intégrées rapidement dans un club ordinaire, si ce n'est quelques exceptions. Cette intégration s'adresse alors le plus souvent aux personnes ayant les handicaps les plus légers, et n'est réussie que lorsqu'elle est préparée et lorsqu'elle fait l'objet d'un suivi.

Pour la plus grande partie des personnes en situation de handicap, l'accès à des activités sportives fédérales ne peut se faire que dans le cadre des fédérations spécifiques (FFSA, FFH), dans lesquelles la citoyenneté et la participation peuvent se développer.
La prise de licence sportive (avec délivrance d'un certificat médical de non contre-indication) permettant l'accès à ces manifestations nécessite donc l'existence d'une association sportive.

Actions

➢ **Favoriser la création d'associations sportives en lien avec les institutions accueillant des personnes en situation de handicap** : ainsi, il est souhaitable que les différents établissements puissent créer, pour chacun d'entre eux, ou éventuellement de manière regroupé, une association sportive qui pourra s'affilier à la FFSA ou à la FFH, selon le type de handicap de leurs usagers, et également à d'autres fédérations en lien avec leurs démarches d'intégration éventuelles.

Par ailleurs, l'intégration ne se décrète pas. Elle doit être préparée et accompagnée. Le ministère s'est doté en 2003 d'un **pôle ressources national « sport et handicaps »** afin de développer, de faire connaître, de valoriser les pratiques physiques ou sportives pour les personnes handicapées et d'être un lieu d'étude, de conseil et d'expertise à la disposition des acteurs et référents du mouvement sportif en France mais aussi de tout organisme pouvant solliciter des informations ou conseils dans ce domaine. Ses domaines d'actions étant extrêmement larges (accessibilité des personnes handicapées aux équipements, services et messages, ainsi qu'aux formations et à l'emploi ; accueil et encadrement des pratiquants handicapés ; formation de l'ensemble des référents et des éducateurs ; équipements individuels et pratiques sportives) elles ne suffisent pas à garantir un accompagnement complet des personnes en situation de handicap dans les clubs sportifs de leur choix.

➢ **Développer des possibilités d'intégration, pour les personnes qui en ont les capacités, dans des clubs sportifs de leur choix :**

- Accompagner, en lien avec la direction des sports, les mesures en faveur de l'accès des personnes handicapées à la pratique sportive
- Mettre en place des formations qualifiantes respectant les référentiels préconisés par le pôle sport et handicaps.
- Accompagner les actions de communication (création de guide avec la FFSA...) et d'animation de réseau en partenariat avec le pôle sport et handicaps.
- Encourager la création et la diffusion de chartes d'accueil du public handicapé dans des clubs sportifs. Pilotées par les CDOS, CROS ou directions déconcentrées jeunesse et sports, ces chartes permettent aux personnes porteuses de handicap de s'entraîner avec des valides dans les associations qui respectent la charte.
- Soutenir les initiatives facilitant les échanges et les activités communes entre les sportifs valides et handicapés (colloque, challenge, etc.).
- Aider et accompagner la distribution de coupons sport-handicap.

26. Créer un portail d'information et d'échanges d'expériences sur l'APA et le sport-santé entre les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap

Justification

Les échanges d'expérience entre patients sont des facteurs incitatifs aux pratiques sportives et à leur pérennité. Ils sont d'autant plus souhaités que le traitement médical nécessite une adaptation personnelle à l'activité envisagée et que cette dernière n'est pas familière. Ces échanges sont essentiellement informels, de proximité, au sein d'associations de patients. Leur diffusion n'est pas organisée.

En France, le magazine DEFI de l'Union Sports et Diabète est un rare media diffusant dans chaque numéro plusieurs témoignages de patients surtout insulino-traités. Il est donc important de développer et structurer l'information issue des pratiques des patients.

On peut envisager d'autres supports, tels le DVD édité par l'Association Etoile des neiges présentant une série de reportages sur des défis sportifs relevés par des jeunes adultes atteints de mucoviscidose et greffés des poumons.

Actions

- **Multiplier les échanges de proximité** par des rencontres et manifestations sur le thème des sports, à l'exemple de la « Fête des diabétiques qui bougent » (cf. audition de Georges Strauch) associant multi-activités, échanges entre patients et professionnels de santé et du sport.

- **Créer un portail d'information sport-santé rassemblant les données d'expérience** formalisées et validées comme sources documentaires et éventuellement de recommandations de pratique.

Les réseaux sport santé tels que projetés paraissent adaptés à la collaboration des partenaires associatifs et professionnels ainsi qu'à la mise en jeu de la logistique d'information. Les fédérations sportives ont un rôle particulier à faire émerger au plan national des informations particulières telles que celles concernant les pratiques de compétition des enfants ou adolescents diabétiques, informations inexistantes en France actuellement.

27. Mettre en place une coordination nationale du recueil des données (morbimortalité, pathologies induites et accidents, qualité de vie) pour évaluer l'action des réseaux sport-Santé et rapprocher celle-ci de la coordination nationale des réseaux de santé

Justification

Il existe plusieurs modalités de mise en œuvre des réseaux de santé (réseau sport-santé avec articulation plus ou moins étroite avec les autres réseaux thématiques, ou composante médico-sportive au sein des réseaux thématiques) pour la promotion de la santé par les APS.
Il est donc important de partager les expériences, de s'enrichir et de mutualiser. De même, il est important de pouvoir évaluer les différentes méthodes d'éducation médico-sportive qui sont mises en œuvre, en évaluant les effets bénéfiques sur la morbi-mortalité et l'amélioration de la qualité de vie, à partir d'indicateurs qui seront comparables.

Une analyse objective des effets de l'APS impose de faire également le bilan des effets potentiellement négatifs de l'exercice physique : pathologies induites, sur l'appareil locomoteur en particulier (lésions chroniques de surmenage, arthrose), et accidents cardiovasculaires (cf. audition de François Carré) et d'estimer le coût induit par ces pathologies [79].

La CnamTS s'est interrogée sur le coût induit par les accidents liés à la pratique sportive : selon son enquête de 2002, les accidents de sport représentent 19% des accidents de la vie quotidienne (contre 48% pour les accident domestiques) et sont moins concernés par une prise en charge dans un service d'urgences. Certaines pathologies (exemple : rupture du ligament croisé antérieur du genou) ont fait l'objet d'une tentative de chiffrage mais seules 25% d'entre elles sont déclarés en accident de sport et leur nombre est globalement sous-estimé.

En terme d'arthrose, seule la pratique sportive intensive présente un risque arthrogène, dont la localisation dépend du sport pratiqué ; ce risque est majoré après la survenue d'un premier accident (exemple : gonarthrose et méniscectomie). Par contre, l'activité physique modérée n'est pas génératrice d'arthrose et améliore au contraire les possibilités fonctionnelles et la tolérance d'une arthrose pré-existante.

Par conséquent, les données de la littérature sont insuffisantes pour apprécier la fréquence et le coût des pathologies induites et des accidents en rapport avec la pratique d'une APS. Or ces données sont indispensables à la mise en œuvre d'actions de prévention.

Actions

- **Promouvoir et encourager** d'une part les travaux d'analyse de tous les modes de pratique physique, en particulier l'APS modérée spécifique des sédentaires ; d'autre part les travaux permettant de rendre compte du nombre, de la répartition, des facteurs de risque de survenue des accidents traumatiques en pratique sportive, en fonction du niveau et de l'intensité des pratiques, des caractéristiques des personnes pratiquant le sport.

- **Articuler les actions des instituts existants** (IRMES, InVS, Insep, Inserm, autres) pour coordonner leurs travaux dans le domaine de la pratique sportive et de l'accidentologie traumatique sportive.

---

[79] L'analyse de la littérature fournit des données précises sur la traumatologie propre à certains sports (traumatismes du rachis cervical et rugby, traumatismes du genou et ski, traumatologie osseuse et équitation, traumatologie chez les footballeurs professionnels) ou sur certaines pathologies spécifiques (rupture du ligament croisé antérieur du genou et sport). Ces enquêtes épidémiologiques émanent souvent des fédérations concernées ou de médecins du sport en charge d'équipes. Ces travaux concernent principalement certains groupes : sportifs de haut niveau, militaires, professionnels mais la prévalence des lésions musculo-squelettiques chez les sédentaires engagés dans une activité physique modérée est peu étudiée.

L'enquête EPAC (enquête permanente des accidents de la vie courante) réalisée par l'InVS (Institut de Veille Sanitaire) permet au sein des accidents de la vie courante, de décrire les traumatismes survenus en APS. Les données collectées proviennent des urgences d'une dizaine d'hôpitaux en France, le recueil est exhaustif sur ces sites d'urgence hospitalière. Le taux d'incidence des accidents d'APS a été estimé à partir des données EPAC à 15,1 pour 1000 personnes avec un taux nettement supérieur chez les jeunes (37/1000 chez les jeunes de 15 à 24 ans) et chez les hommes (22,1/1000 pour les hommes, soit plus de 900 000 accidents chaque année en France. La première étude prospective américaine sur plus de 6000 sujets (Hootman, 2002) retrouve 25 % d'accidents déclarés en 1 an dont plus de 80 % d'accidents sportifs mais également 16 % de lésions musculo-squelettiques déclarées chez les sujets sans activité physique régulière.

Les pathologies de surmenage peuvent être apparentées à certaines pathologies professionnelles. Elles concernent beaucoup plus les sports individuels considérés comme peu ou pas traumatisants (exemple : tennis, natation, course à pieds).

➢ **Allier les diverses compétences scientifiques** dans le domaine sportif pour l'amélioration des connaissances sur les avantages et les inconvénients de la pratique sportive (méthodologistes, spécialistes de l'activité physique, médecins du sport, spécialistes de l'appareil locomoteur).

Les Ministères impliqués dans le sport et les fédérations sportives devraient jouer un rôle moteur dans la définition et le soutien de cette politique d'amélioration des connaissances.

28. Evaluer l'impact socio-économique de l'éducation médico-sportive et des actions en faveur de l'APA et du sport-santé

Justification

L'évaluation des dispositifs de promotion de la santé par les APS devra être faite pour comparer le coût des mesures aux effets positifs sur la santé (réduction de la morbi-mortalité et amélioration de la qualité de vie), sur le court, le moyen et le long terme.

Action

➢ Les réseaux de santé (réseaux sport-santé et réseaux thématiques) pourront, par le suivi des données de santé des patients inclus, **évaluer les effets socio-économiques de l'éducation médico-sportive et sportive.**

Il faut cependant qu'ils aient les moyens de construire leurs outils et de coordonner cette activité.

VII. Propositions selon les publics concernés

Dans le contexte français où près de 15 millions de personnes sont atteintes de maladie chronique, 4 millions de personnes atteintes de maladie rare, 5 millions de personnes sont en situation de handicap (20 millions si l'on intègre l'ensemble des déficiences motrices, visuelles, auditives, mentales ou psychiques), les propositions « APS et prévention tertiaire » répondent à des enjeux majeurs.

1. Correspondance entre ces propositions et les axes et mesures du plan « Maladies chroniques »

Ces propositions ont été élaborées avec le souci d'assurer une cohérence avec le Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011). Le tableau 1 indique quels sont les axes et les mesures du plan « Maladies chroniques » qui pourront ainsi être renforcés dans le sens d'une meilleure prise en charge et d'un meilleur accompagnement en prévention tertiaire, en termes d'APA et de sport-santé.

Tableau 1. Contribution des propositions du PNAPS, Plan National de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives, aux axes et mesures du plan « Maladies chroniques »

PLAN « MALADIES CHRONIQUES »	**PNAPS** **Plan National de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives**	
AXES ET MESURES	**PROPOSITIONS**	
I. MIEUX CONNAITRE SA MALADIE POUR MIEUX LA GERER		
1. Diffuser auprès des patients des cartes individuelles d'information et de conseils	**1**	Informer de l'intérêt de l'APA et du sport-santé pour les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare, ou en situation de handicap
2. Créer un portail internet pour mieux informer sur les maladies chroniques	**26**	Créer un portail d'information et d'échanges d'expériences sur l'APA et le sport-santé entre les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap
3. Impliquer patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants	**24**	Impliquer des associations de personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare, ou en situation de handicap, dans les réseaux sport-santé
II. ELARGIR LA MEDECINE DE SOINS A LA PREVENTION		
4. Intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient	**10**	Dans le cadre de la formation médicale, intégrer l'éducation médico-sportive et l'APA dans les recommandations en matière d'éducation des personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare et d'accompagnement des personnes en situation de handicap
5. Rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital	**21**	Généraliser le financement de prestations dérogatoires « éducation médico-sportive » pour les réseaux sport-santé ou pour les autres réseaux de santé, pour financer l'emploi des éducateurs médico-sportifs
6. Mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants et des malades	**3**	Développer et diffuser des guides de l'APA et du sport-santé pour les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare, ou en situation de handicap
	4	Développer des outils d'évaluation du niveau d'activité physique et d'aptitude à l'activité physique et promouvoir leur utilisation par les personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap
	9	Développer et diffuser des guides de l'activité physique pour les médecins
7. Reconnaître de nouveaux acteurs de prévention	**11**	Valider le statut des professionnels organisant ou assurant une APA et développer l'intégration de l'APA dans l'ensemble des programmes et structures d'éducation thérapeutique du patient
	12	Développer la formation à l'éducation pour la santé des professionnels de l'APA pour développer l'éducation médico-sportive
	13	Développer la formation et la certification sport-santé des éducateurs sportifs pour l'accueil des patients et personnes en situation de handicap ayant bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique, et pour l'accompagnement en APA
	14	Soutenir la création d'emplois de professionnels de l'APA accueillant des personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap, par la mise en place d'emplois aidés ou tout autre dispositif

	15	Définir une cotation des actes de prescription de l'APA et leur taux de remboursement
III. FACILITER LA VIE QUOTIDIENNE DES MALADES		
8. Développer un accompagnement personnalisé des malades	**2**	Permettre aux personnes atteintes de maladie chronique ou de maladie rare, ou en situation de handicap d'identifier et d'accéder à un cycle d'éducation pour la santé reposant sur des séances pratiques d'APA
	16	Développer l'utilisation des outils d'évaluation du niveau d'activité physique et d'aptitude à l'activité physique par les médecins, les éducateurs médico-sportifs et les éducateurs sportifs sport-santé
	18	Promulguer une politique nationale en faveur de l'éducation thérapeutique et sa composante médico-sportive sous la forme d'un plan pluriannuel et d'un engagement financier
	19	Développer dans chaque région un réseau transversal sport-santé, animé par un chef de projet APA et santé et un médecin coordinateur travaillant au sein de l'ARS et de la DRJSDS, assurant le relais entre, d'une part, les professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, les réseaux de santé thématiques ou populationnels, les associations de patients et, d'autre part, les associations et clubs sportifs agréés
	20	Intégrer l'éducation médico-sportive dans le cahier des charges des réseaux de santé, des réseaux transversaux sport-santé et des UTEP
	21	Généraliser le financement de prestations dérogatoires « éducation à l'APA » pour les réseaux sport-santé ou pour les autres réseaux de santé, pour financer l'emploi des professionnels de l'APA
	22	Développer des plateformes polyvalentes d'éducation du patient en associant, au niveau de chaque communauté hospitalière de territoire, les services de réadaptation et les services de soin de suite, à partir d'une révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Soins de Suite et Réadaptation (SROS SSR)
10. Etendre aux malades chroniques les missions du correspondant handicap dans l'entreprise	**5**	Dans le cadre de l'extension aux maladies chroniques et maladies rares des missions du correspondant handicap dans l'entreprise, inciter celui-ci à orienter les patients vers un réseau sport-santé
11.Augmenter les possibilités de prise en charge à domicile et en appartement thérapeutique	**6**	Mettre en place, à partir des aides financières individuelles identifiées par le réseau sport-santé, un dispositif de « chèques actifs », tickets ou coupons sport-santé pour les personnes en situation précaire atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap, et diffuser l'information sur ces aides
	22	Développer des plateformes polyvalentes d'éducation du patient en associant, au niveau de chaque communauté hospitalière de territoire, les services de réadaptation et les services de soin de suite, à partir d'une révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Soins de Suite et Réadaptation (SROS SSR)
	23	Développer et aider au financement des projets sport-santé des associations par une dynamique fédérale spécifique, une déclinaison en région du projet, en particulier par la formation des dirigeants et par le développement des offres sport-santé
12. Aider les parents handicapés ou atteints de maladies chroniques à s'occuper de leurs enfants	**6**	Mettre en place, à partir des aides financières individuelles identifiées par le réseau sport-santé, un dispositif de « chèques actifs », tickets ou coupons sport-santé pour les personnes en situation précaire atteintes de maladie chronique ou de maladie rare ou en situation de handicap, et diffuser l'information sur ces aides
IV. MIEUX CONNAITRE LES BESOINS POUR ADAPTER LES REPONSES MEDICALES ET SOCIALES		
14. Analyser et consolider les données épidémiologiques	**27**	Mettre en place une coordination nationale du recueil des données (morbimortalité, pathologies induites et accidents, qualité de vie) pour évaluer l'action des réseaux sport-santé et rapprocher celle-ci de la coordination nationale des réseaux de santé
15. Développer les connaissances sur les conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie	**17**	Développer les recherches sur les relations entre activité physique et maladies ou handicap, sur les nouvelles dynamiques autour de l'APA et de l'éducation thérapeutique et sur la construction de dispositifs innovants
	28	Evaluer l'impact socio-économique de l'éducation médico-sportive et des actions en faveur de l'APA et du sport-santé

La forte complémentarité des deux plans requiert une véritable interaction et collaboration :

➢ **Prévoir une association étroite entre le PNAPS et le plan « Maladies chroniques »** par l'intermédiaire des comités de suivi stratégique ou d'une mission de coordination inter-directions et institutions.

➢ **Compléter la liste des partenaires du plan « Maladies chroniques » :** ajouter la Direction des sports (bureau DS/B2 et médecins conseillers des DRDJS), l'IRMES, la Société Française de Médecine du Sport, l'Association Francophone d'Activités Physiques Adaptées (AFAPA), la conférence des STAPS, la conférence des DRDJS, celle des CREPS, la Direction de l'enseignement supérieur chargé de la vie scolaire et celle chargée des services de santé.

2. Perspectives au-delà du plan maladies rares

Toutes les propositions prévues dans le domaine de la prévention tertiaire, en particulier les propositions jugées prioritaires (2, 6, 7, 11, 14, 19, 22, 23) peuvent et doivent s'appliquer aux maladies rares.
Il ne faut pas oublier que les maladies rares sont souvent graves et invalidantes.
Alors, que le plan « Maladies rares » 2005-2008 arrive bientôt à terme, il est essentiel de poursuivre les efforts en faveur des personnes atteintes de maladie rare, notamment en terme d'accès à l'APA et au sport-santé, pour continuer à améliorer la prise en charge et l'accompagnement de ces personnes (enfants et adultes) dans leur maladie et leur handicap (cf. audition de Sophie Ravilly et Bruno Crespo).

3. Contribution des propositions en faveur des personnes en situation de handicap

L'ensemble des propositions, en particulier les propositions prioritaires (2, 6, 7, 11, 14, 19, 22, 23) visent à améliorer l'accès à l'APA et au sport-santé des personnes en situation de handicap, quel que soit celui-ci. Certaines propositions plus spécifiques au champ du handicap, ont été élaborées car elles sont essentielles à la réussite des autres mesures. Il s'agit des propositions 7, 8 et 25, qui prennent en compte les besoins actuels de sensibilisation et de formation des directeurs des établissements accueillant les personnes en situation de handicap, des accompagnants, et des professionnels du sport-santé (cf. audition d'Alain Déjean).

La pratique des APS, moyen privilégié d'épanouissement individuel, de rééducation, d'intégration sociale et de solidarité, tel que le qualifie le conseil de l'Europe, doit pouvoir être pris en compte, pour toutes les personnes en situation de handicap, quelles que soient leurs capacités, et intégrées aux caractéristiques de leurs "lieux de vie". Ainsi, que la personne soit accueillie dans une institution ou qu'elle soit autonome, les APS doivent pouvoir être intégrées dans son projet de vie. Elles seront ainsi pratiquées dans le cadre de l'institution (projet d'APA intégré au projet d'établissement), avec des prolongements éventuels de pratique sportive fédérale, ou pour ceux qui en ont les capacités, faisant l'objet d'une intégration individuelle dans un club sportif "ordinaire".

La formation dispensée aux directeurs permettra de les sensibiliser à cette dimension de prévention-santé, afin de donner une plus grande place aux APA.
Les formations complémentaires d'éducateurs favoriseront un accompagnement sécurisé et efficient dans la pratique d'un sport-santé.
Par ailleurs, la consolidation des emplois fédéraux (FFSA, FFH) d'éducateurs sportifs voués au développement de la pratique sportive pour les personnes en situation de handicap, permettra de pérenniser une offre conséquente de pratiques sportives motivantes.

VIII. Financement des propositions et gains escomptés

1. Financement des propositions

La mise en place d'une vie plus active chez les personnes sédentaires atteintes de maladies chroniques ou de maladie rare ou de handicaps représente un investissement important car il va falloir :
- Former des professionnels vers de nouveaux métiers (EMS, Actiphysiciens)
- Financer les activités de ces nouveaux professionnels de santé.

Le tableau 2 récapitule les coûts supplémentaires liés à chaque proposition et les possibilités de financement.

Tableau 2. Proposition de budgétisation des propositions du groupe Prévention tertiaire

N°	Coût supplémentaire	Financement
1	Pas de coût supplémentaire	INPES ou GRSP
2	Pas de coût supplémentaire	Réseau Sport-santé
3	Pas de coût supplémentaire	INPES
4	Pas de coût supplémentaire	INPES
5	Pas de coût supplémentaire	
6		Etat, Assurance Maladie, CAF, Conseils généraux (CG), Communes, Couverture médicale complémentaire
7	Pas de coût supplémentaire	
8	Pas de coût supplémentaire	Transfert de contenus de formation
9		INPES (réédition des synthèses PNNS)
10	Poste de formateur	FMC régionale
11	1 chef de projet sport-santé par région	ARS
12	Pas de coût supplémentaire	Transfert de contenus de formation
13	Conventions d'objectifs avec les fédérations sportives (budget spécifique)	Collectivités territoriales et CNDS (1/3 des 15% proposés habituellement pour la formation)
14	Emplois aidés	CNASEA, Ministère de la santé, de jeunesse, des sports et de la vie associative ; Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité
15		Consultation de prévention du médecin, type longue expertise
16		Réseau sport-santé
17		
18	Pas de coût supplémentaire	En cours
19	Chef de projet APA et Santé Adjoint. Médecin coordinateur Pas de coût supplémentaire	FIQSV et BOP Sport Conseils généraux Médecin conseiller DRJSCS ou ARS
20	Pas de coût supplémentaire	

21	Recrutement de professeurs d'APA et Santé, par groupement de coopération sociale et médico-sociale du réseau sport-santé (GCSMS : groupement d'employeurs, conventionnant avec les structures pour leur mise à disposition en fonction des besoins: mutualisation des postes)	Contrat Etat/AM/ville ou Contrat Etat/AM/CG ou Contrat Etat/AM/Conseils régionaux Gestion par GCSMS réseau sport-santé
22	1 chef de projet APA et Santé 1 chef de projet APA et Santé pour chaque pôle transversal de proximité hospitalier Des professeurs en APA et Santé et des masseurs-kinésithérapeutes dont certains pour le secteur (ville)	ARS
23		GRSP et acteurs du GRSP BOP Sport, CNDS national et territorial, FNPEIS, FNPEIA, Fonds inter ministériel à la ville (FIV), Collectivités, Partenaires privés, Couverture médicale complémentaire
24	Actions des réseaux sport-santé	
25		Développer les possibilités existantes : lien plus opérationnel entre les secteurs sport des DRDJS, avec les correspondants handicap et les médecins conseillers, la maison départementale du handicap, la DDASS
26	Le portail peut être national	Peut être une partie du portail prévu par la DGS et la DGAS du Ministère, en y associant la DS
27		Les dispositifs et les personnels existent
28	Pas de financement spécifique	

2. Estimation des économies engendrées par la mise en place du programme, par extrapolation à partir des données Canadiennes

- Selon l'estimation réalisée au Canada (Kamarsasky), le coût attribuable à la sédentarité est de 2,1 milliards de dollars par an.
- À une diminution de l'inactivité de 10 % en trois ans correspond une économie de 150 millions de dollars par an.
- La population française est 2,07 fois plus élevée que celle du Canada.
- L'extrapolation à la France donne une économie de 310 millions de dollars par an.
- Considérant que les personnes concernées par la prévention tertiaire peuvent contribuer à 20 % de cette diminution (hypothèse basse), le gain escompté serait alors de 60 millions d'euros/an.

IX. Indicateurs de suivi

Le tableau 3 résume les principaux indicateurs de suivi qui pourront être utilisés par le Comité de pilotage du PNAPS.

Tableau 3 : Propositions et indicateurs de suivi

N°	INDICATEURS
2	Comptabiliser les cycles ou séances réalisés (par région par exemple)
6	Nombre de bénéficiaires de coupons (par région)
7	Répertorier les établissements avec un projet d'APS et suivre l'évolution tous les 5 ans
11	Faire un bilan à 5 ans
19	Par année : Nombre de réseaux sport-santé financé par la Mission Régionale de Santé (MRS) : FIQSV, … Pour les réseaux sport-santé (indicateurs par réseau, puis globaux) : Nombre de conventions de partenariat en cours d'élaboration ou signées Nombre de lettre d'information éditées et diffusées Nombre de visites sur le site internet dédié au réseau sport-santé (publics et professionnels) Nombre de rencontres organisées avec des médecins par département Nombre de rencontres organisées avec des responsables d'associations sportives par département Nombre de rencontres organisées avec des associations de patients par département Nombre d'adhérents au réseau : établissements de santé, professionnels de ville par catégorie et par département, établissements et structures médico-sociaux par département, institutions, associations diverses par département Nombre de programmes de formation diffusé (participants par catégorie et par département Nombre de référentiels/protocoles/recommandations élaborés Nombre de documents repérés et diffusés Indicateurs d'évaluation du système d'information Nombre de fédérations ayant élaboré une charte « activités physiques sport-santé »
22	Faire un bilan de l'action à 5 ans
23	Nombre de labels ou de charte fédérale spécifique sport-santé Nombre de réseaux CROS/CDOS organisant au niveau départemental une formation (sensibilisation) des dirigeants sur le sport-santé

X. AUDITIONS

AUDITION DE THIERRY BOUILLET, le 14 mai 2008

Oncologue, Institut de Radiothérapie de Hautes Energies, CHU Avicenne, Bobigny (93)
Co-fondateur de l'association CAMI (Cancer Arts Martiaux et Informations), Neuilly-sur-Seine (92)

Apport de l'exercice physique en cancérologie (prévention tertiaire)

Les patients atteints de cancer souffrent, dans la quasi-totalité des cas, de fatigue intense et persistante pendant des années après leurs soins. Cette fatigue affecte considérablement la qualité de vie et est responsable de dépression et de troubles importants dans la vie sociale. Cette fatigue n'est pas réversible par le repos. Plusieurs études publiées récemment retrouvent une amélioration de la qualité de vie, des tests de fatigue, et une réduction des symptômes secondaires à la maladie et à son traitement par l'activité physique pratiquée au cours et au décours des soins en cancérologie et ce sans aucun danger et aucun incident. Pour qu'il soir efficace, le programme d'activité physique doit être soutenu, adapté et prolongé au-delà de trois mois.

Après les soins anti-cancéreux, le maintien, d'un exercice physique régulier améliore la survie en cas de cancers (au moins du sein ou du côlon). Deux séries de patientes porteuses de tumeurs mammaires et deux essais portant sur des cancers coliques, retrouvent une diminution importante du risque de décès par cancer ainsi que de rechute par la pratique d'une activité physique même modérée. La diminution du risque de rechute est de 50 % dans le groupe réalisant une activité physique soutenue et régulière après leurs soins par rapport au groupe inactif. L'activité physique doit donc être débutée tôt, dès le début des soins, avec des exercices adaptés, avec une pratique prolongée sur un ou deux ans, dans des lieux adaptés à l'accueil des patients et réalisée par des enseignants formés à cette pratique. Dans ce cadre, il n'existe aucun danger et aucun risque.

Le plan cancer a prévu un remboursement des consultations de psycho oncologie. De même, il devrait prévoir une prise en charge de soins de reprise de l'activité physique au décours de soins (kinésithérapie, adhésion à une association sportive voir centre privé sportif labellisé).Le bénéfice attendu pour les patients est majeur sur le plan médical mais aussi économique avec une réduction du recours aux structures de soins par une amélioration de la qualité de vie et de l'état général, une réduction du taux de rechute et de deuxième cancer.

Prérequis pour la mise en place de structures facilitant la pratique sportive par les patients :

- des enseignants de pratiques sportives formés à l'approche particulière de ces patients en cours et au décours de soins, physio pathologie de la maladie cancéreuse, modifications corporelles induites par les soins anticancéreux, psycho oncologie et droits des patients.
- des lieux d'accueil en règle en dehors des structures de soins hospitalières afin que les patients puissent s'approprier ces locaux en dehors des zones de soins.
- une approche des soignants afin de faire adhérer au message de santé publique

Exemple d'une association proposant une offre d'activité physique adaptée aux patients atteints de cancer : La CAMI (Cancer Arts Martiaux et Informations, http://sportetcancer.com/)

Cette association Loi 1901 a été cofondée par un cancérologue, le Docteur Thierry Bouillet, et par un professeur de Karaté Do, Jean-Marc Descotes. Elle a

pour objet de promouvoir, d'organiser et de gérer la pratique et l'enseignement des Arts Martiaux pour les malades atteints de pathologie cancéreuse au cours et au décours des traitements.

La CAMI s'appuie sur la pratique et la philosophie des arts martiaux : les activités permettent aux patients de s'exprimer seuls avec leur corps, puis dans un échange avec l'autre dans le cadre du travail avec leur partenaire d'entrainement. L'objectif est de lutter contre la fatigue, de retrouver son schéma corporel modifié par les soins. Le karaté-do permettant d'acquérir les qualités sportives et humaines aidant à la gestion de la fatigue et au contrôle du corps au travers de l'unité du corps et de l'esprit, il est apparu logique d'explorer l'apport de sa pratique pendant et après les soins de chimiothérapie et de radiothérapie. Le karaté permet une activité physique, seule puis à deux, réalisée dans un lieu protégé du regard des autres et sans différence socio-économique du fait de l'unicité du vêtement.

Depuis sa création, en février 2000, l'association CAMI a accueilli plus de 350 personnes. Les femmes y sont plus représentées que les hommes (68% contre 32%). Cette activité, démarrée dès le début de la radiothérapie ou de la chimiothérapie, est ouverte à tous les types de pathologie cancéreuse, la seule contre indication étant l'existence de métastases osseuses en particulier sur les membres inférieurs ou le bassin. L'activité physique est pratiquée deux à trois fois par semaine. La CAMI compte actuellement plus de 70 adhérents dont l'âge va de 26 à 75 ans. Les séances accueillent quatre à cinq patients. 10 heures de cours ont lieu chaque semaine représentant 24 000 heures de cours-patients sans aucun incident ou complication induite par l'activité physique au cours ou au décours des soins. Il existe, en revanche, une amélioration nette des niveaux de fatigue et des fonctions cognitives chez les pratiquants.

AUDITION DE FRANÇOIS CARRÉ, le 26 mai 2008

Président du Club des cardiologues du sport ; représentant de la Société française de cardiologie
Laboratoire Physiologie médicale, Faculté de Médecine, Université Rennes 1, Rennes (35)

Activité physique et sportive et système cardiovasculaire

A l'époque d'une médecine basée sur les preuves, celles en faveur des effets bénéfiques d'une pratique régulière d'une activité physique sont très nombreuses. L'activité physique et sportive (APS) a ainsi largement prouvé son efficacité en prévention primaire et tertiaire. Il est aussi vrai que la pratique inadaptée d'une activité physique trop intense peut présenter un risque cardiovasculaire aigu. La forte médiatisation des très rares accidents touchant des sportifs aguerris sont là pour nous le rappeler. Ces deux éléments contradictoires constituent le paradoxe de la pratique sportive sur le système cardiovasculaire. D'où l'importance d'une bonne formation des acteurs médicaux et non médicaux et d'une bonne éducation de la population.

Efficacité de l'APS

Dans la population générale, le marqueur pronostic de longévité le plus puissant actuellement à notre disposition est la capacité physique. Celle-ci dépend du potentiel génétique mais aussi du mode de vie et en particulier du niveau d'APS réalisé. L'APS agit indirectement en limitant le développement des facteurs de risque. L'APS agit aussi directement en améliorant les fonctions cardiovasculaires. En prévention primaire comme tertiaire, les études qui ont montré une efficacité reposaient toutes sur la mise en place d'un encadrement (« coaching ») marqué. Les rôles de l'éducation et de l'encadrement apparaissent donc clairement. Les quelques travaux réalisés dans ce domaine ont toutes montré un rapport coût/efficacité à moyen et long terme très positif.

Risques de l'APS : initiatives et structures

Le sport a des effets bénéfiques indéniables sur la santé mais lors de sa pratique intense et individuellement inadaptée, le risque cardiovasculaire est transitoirement augmenté. En fait, le sport ne crée pas la maladie cardiovasculaire, il la révèle, d'où l'importance de la prévention.

Education médicale et paramédicale

Il est frappant de constater la pauvreté actuelle de la formation officielle des médecins et des personnels paramédicaux dans la prescription de l'APS. Par exemple, dans le cadre des études de médecine, la formation officielle nationale dans ce domaine se limite à 2 ou 3 heures pour tout le cursus. Heureusement des formations « parallèles », variées selon les régions, dues à l'initiative de quelques personnes ou structures se sont mises en place. Une réflexion nationale devrait être engagée dans ce domaine. L'APS, au vu de l'évolution actuelle du mode de vie de la population, doit être considérée comme une thérapeutique à part entière. A ce titre sa prescription qui repose sur des connaissances épidémiologiques, physiologiques et psychologiques doit être réellement enseignée. Elle doit aussi être l'objet de véritables consultations et de suivi.

Information actuelle sur les bienfaits de l'APS dans le cadre de la prévention primaire ou tertiaire

Plusieurs acteurs médicaux (Sociétés Françaises de Cardiologie et de Médecine du Sport, ALFEDIAM, Fédération Française de Cardiologie Comité de lutte contre l'HTA, Club des Cardiologues du Sport,…) et non médicaux (Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, FFEPGV, FFA, FFC, STAPS, kinésithérapeutes, nutritionnistes, …) se sont impliqués. Elles ont mis en place,

souvent en collaboration, des actions au niveau régional ou national. Des structures d'encadrement sont aussi parfois proposées. Il existe cependant une grande disparité inter régionale. Le frein principal en prévention tertiaire est le maintien d'une pratique régulière.

Education de la population et prévention des accidents

Sur le plan épidémiologique, des études régionales et nationales, ont essayé de faire un état des lieux sur la réelle fréquence des accidents cardiovasculaires lors de la pratique sportive. Toutes se sont heurtées à des difficultés de réalisation, résultats incomplets, absence d'autopsies, … qui limitent la valeur scientifique de leurs conclusions. Un effort qui reposera sur une implication de différentes structures (ministères de la justice, de la santé, services d'urgences,…) mériterait d'être fait en ce sens. La visite médicale de non contre-indication à la pratique sportive occupe une place majeure dans la cadre de la prévention. Sa réelle efficacité repose dans le domaine cardiovasculaire sur l'association d'un interrogatoire, d'un examen physique et d'un électrocardiogramme de repos comme cela est recommandé depuis 2005 par la Société Européenne de Cardiologie. Une information auprès des médecins traitants est justifiée et une formation vis-à-vis de l'analyse de l'électrocardiogramme est sûrement nécessaire.

L'éducation des pratiquants vis-à-vis de la bonne pratique d'une APS est indispensable. Le Club des Cardiologues du Sport a édité des règles de bonne pratique d'une APS, sa diffusion nationale mériterait d'être soutenue.
L'éducation du monde sportif sur les gestes d'urgence est aussi essentielle. Elle doit concerner, les pratiquants, les dirigeants et les encadrants (arbitres, paramédicaux…). Elle nécessite aussi la mise en place de moyens de réanimation facilement accessibles et utilisables. Cette action essentielle et indispensable, doit cependant rester exceptionnelle, ce qui ne sera possible que si les pratiquants sont bien éduqués.

En conclusion

Malgré les efforts réalisés, le chantier reste très important. En prévention primaire, la population, en particulier les jeunes, doit être convaincue de son niveau de sédentarité et des bienfaits de l'APS. Elle doit être éduquée vis-à-vis d'une bonne pratique sportive. Les milieux médical et paramédical doivent être formés pour la prescription de l'APS. En prévention tertiaire, la mise en place de structures de soutien pour la phase III est essentielle.

AUDITION DE FRANCK LAUREYNS, le 9 juin 2008
Président national de l'Association des Educateurs Médico-Sportifs
Ingénieur en organisation de la santé et réseaux de santé

Le Métier d'éducateur Médico-Sportif
Ce métier est né à la fin des années 90, avec la création de 3 postes en France (2 en réseaux de santé et 1 en milieu hospitalier). La création de ce nouveau métier a été à l'initiative de 3 diabétologues qui témoignaient d'un manque de ressource spécifique dans l'éducation médico-sportive au sein des différents professionnels de santé gravitant autour des patients.
Fonction générale d'un Educateur Médico-Sportif (EMS) : il assure la prise en charge éducative en activité physique de personnes, visant le maintien ou l'amélioration de leur état de santé ou de leur qualité de vie. L'EMS fait partie d'une équipe pluridisciplinaire formée à l'éducation thérapeutique du patient.

Lieux de pratique de l'EMS : au sein des établissements de santé (publics ou privés) et dans les réseaux de santé.

Formation initiale de l'EMS : licence APA ou Master APA

Formations complémentaires obligatoires :
- Formation aux pathologies et à l'organisation des soins (6 mois en médecine de ville ou hospitalière)
- Formation à l'éducation thérapeutique du patient de niveau 1

Principaux champs d'intervention de l'EMS : maladies métaboliques (diabète, obésité), les maladies cardio-vasculaires chroniques (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, coronaropathie), les maladies respiratoires chroniques (asthme, BPCO), …

Missions de l'EMS : évaluation de l'activité physique, « counselling »en activité physique (relation d'aide), conception et animation de programmes d'activité physique adaptée, communication et promotion de l'activité physique, évaluation et recherche en activité physique.

Actuellement, 50 EMS sont recensés en France. L'EMS est devenu **l'acteur et l'opérateur prioritaire** de cette prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques au niveau de l'activité physique. Ses trois domaines de compétences (activité physique adaptée, éducation thérapeutique, pathologies et organisation des soins) lui permettent d'appréhender de façon optimale la fonction d'EMS. **L'approche globale** du patient par l'EMS permet à ce dernier d'être parfaitement intégré à une équipe pluridisciplinaire de prise en charge. Malheureusement, **aucune grille de salaire** n'existe dans le champ sanitaire et social pour ce métier, ce qui engendre des difficultés de recrutement et de reconnaissance. **L'urgence est donc de créer est un statut d'EMS**, adapté à la fonction publique hospitalière (qui pourra être repris au sein des réseaux de santé). L'avenir de ce métier indispensable au système de soins en dépend.

AUDITION DE CLAIRE PERRIN, le 23 juin 2008

Enseignant chercheur, Université de Lyon, CRIS, EA 647, Villeurbanne (69622)
Responsable de la recherche « APA et éducation du patient dans les réseaux diabète français » financée par l'INPES, Co-Responsable du Master « Intervention et Gestion en APA et Santé », Lyon 1

Dispositifs et modalités d'intervention auprès des usagers des services de santé atteints de maladie chronique

Les effets préventifs d'une activité physique (AP) régulière sont scientifiquement reconnus. C'est le cas pour le diabète de type 2 pour lequel les effets peuvent être également curatifs au tout début de la maladie. L'AP est l'un des trois piliers de la prise en charge de cette maladie chronique, au même titre que la prise de médicaments et l'équilibre alimentaire. Pour autant, elle reste sous-utilisée dans les pratiques professionnelles soignantes et les professionnels de santé sont confrontés à une faible efficacité de leurs recommandations de pratique. Les travaux de recherche développés dans le cadre de l'équipe « Sport, Professions, Organisations, Relations de Travail et de Service » (CRIS, EA 647, Université de Lyon 1), sont nés d'une collaboration avec Etienne Mollet et Brigitte Sandrin Berthon. Les recherches étudient les **nouvelles dynamiques professionnelles** autour de l'éducation à l'AP dans les réseaux diabète français, qui se traduisent simultanément par le développement de **nouvelles compétences** pour les professionnels de santé des réseaux et par l'émergence d'un **nouveau groupe professionnel** dénommé « éducateurs médico-sportifs ».

L'étude combine une **enquête par questionnaire** réalisée auprès des coordonnateurs de l'ensemble des réseaux diabète en activité en 2006 (soit 66 réseaux) avec une **enquête de terrain** : entretiens téléphoniques réalisés auprès de l'ensemble des intervenants en AP, une observation de terrain dans six réseaux, des entretiens individuels auprès de 7 éducateurs médico-sportifs, 12 professionnels de santé (chefs de service, kinésithérapeutes, diététiciennes, infirmières), 2 entretiens de groupe auprès des adhérents de l'ADEMS et 40 entretiens avec des patients diabétiques.

Offre de service lié à l'éducation à l'AP dans les réseaux diabète

Si les coordinateurs des réseaux se déclarent convaincus de l'intérêt de mettre en place des interventions spécifiques à l'AP, une grande variabilité est observée entre les offres de service des différents réseaux.

L'enquête par questionnaire (Perrin et al., 2008) a permis de distinguer quatre catégories de réseaux : ceux qui ne proposent rien en AP (16 sur 66), ceux qui ont une offre réduite à de l'information-explication (15 sur 66), ceux qui proposent une séance ponctuelle dite « de sensibilisation » (12 sur 66) et ceux qui proposent un cycle de séances pratiques parfois couplé à un suivi individuel de l'AP (23 sur 66). Les réseaux qui proposent une expérience pratique la combinent avec de l'information-explication, la dernière catégorie cumulant les offres des deux précédentes.

Deux conceptions s'opposent entre les trois premières et la dernière :

- la première, qualifiée de « spontanéiste », repose sur la croyance en l'efficacité des dispositifs de prescription, d'information et de recommandation sur l'autonomie du patient en AP.
- la seconde conception, qualifiée d'« interventionniste », considère au contraire que les patients ont besoin d'être accompagnés/encadrés pour s'autonomiser par rapport à l'activité physique adaptée (APA). Elle ne néglige pas le rôle de l'information-explication, mais valorise l'expérience du patient et le développement de compétences motrices et psycho-sociales. Elle s'appuie sur le double constat : d'**inégalités sociales** dans le rapport au corps et aux activités physiques ou sportives (Perrin & al., 2002) et de fragilisation des personnes par la maladie, pour mettre en place un accompagnement destiné à restaurer leur

degré antérieur d'autonomie, ce premier constat prenant d'autant plus d'importance que le diabète de type 2 touche davantage les personnes en situation de précarité sociale (Perrin C., 2006). Dans ce cas, ni l'expérience ponctuelle, ni *a fortiori* les supports cognitifs et normatifs (écrits et oraux) ne suffisent pour rendre effectif l'accès des patients aux activités physiques. L'accompagnement en APA des patients considérés comme « hétéronomes », est initié dans le cadre d'une sociabilité « de l'entre soi » avec l'objectif de combler certaines ressources manquantes indispensables à la (re)construction d'une autonomie en AP.

Etude de l'émergence d'un nouveau métier : éducateur médico-sportif

L'emploi d'éducateurs médico-sportifs (EMS), *via* le dispositif des « emplois-jeunes » à la fin des années 1990, répondait au souci d'aider les patients à modifier leur rapport à l'AP et à s'engager (ou à se réengager) durablement dans celle-ci (Chantelat & Perrin, à paraître). Depuis 1999, date des premiers recrutements, plusieurs emplois d'EMS ont été créés dans différents secteurs de la maladie chronique et ont été stabilisés après le dispositif emplois-jeunes sur des fonds de la Dotation Régionale des Réseaux. Ces emplois sont occupés par des jeunes (entre 20 et 30 ans), les hommes et les femmes étant également représentés. Ils se caractérisent par une forte disparité de statuts, de faibles revenus (de 1 à 1,4 fois le SMIC) et une précarité à la fois en termes de durée du travail et de pérennisation en raison des difficultés de financement des emplois. Par ailleurs, la très grande majorité des EMS se trouve en situation de déqualification dans la mesure où ils ont suivi une formation de niveau II et I (licence et master en activité physique adaptée et santé), à l'exception de 4 titulaires d'un brevet d'Etat d'éducateur sportif de niveau III.

Ces recrutements ont été impulsés par trois diabétologues « innovateurs » à partir des années 1980. Deux d'entre eux s'étaient investis dans l'encadrement de stages sportifs pour diabétiques de type 1. C'est à cette occasion qu'ils ont découvert l'étendue des potentialités éducatives des pratiques physiques ou sportives en termes d'autogestion de la maladie par les patients, bénéfices ne pouvant s'exprimer dans le cadre de leur pratique ordinaire (consultation). Dès les premières embauches, ces médecins avaient défini les contours de l'activité d'EMS en termes de missions, de tâches, de savoirs et de savoir-faire devant être associés à la nouvelle activité. En ce sens, ils ont joué un rôle essentiel dans la construction de la professionnalité des EMS. Selon eux, la mission de ces derniers devait se fonder, d'une part, sur l'incitation des patients à la pratique d'une AP régulière (par une présentation théorique de ses bienfaits), une socialisation aux AP par une expérience pratique prolongée et, d'autre part, sur une « autonomisation » progressive des patients (prise en charge durable de leurs pratiques physiques quotidiennes) dans le cadre d'une approche éducative globale du patient. La construction des compétences des EMS s'est ainsi faite :

- dans le cadre du développement d'une culture commune à l'ensemble des professionnels de santé, celle de la promotion et de l'éducation pour la santé avec ses concepts, sa méthodologie, son éthique et sa perspective interprofessionnelle,
- avec le souci de développer une expertise spécifique qui garantisse la non concurrence avec les professions établies pour éviter les risques de substitution d'emploi. L'objectif d'autonomisation progressive des patients dans un projet de construction d'un nouveau style de vie est au cœur de cette spécificité.

Il suppose non seulement l'accompagnement des patients dans un projet personnel mais également la création de nouveaux dispositifs créant les conditions d'un engagement des patients dans une pratique autonome : information, socialisation, projet, participation sociale « autonome ». Ce qui suppose que : (1) des cycles éducatifs d'APA puissent être encadrés dans les réseaux de santé en articulation avec les questions relatives à l'alimentation

(collaboration avec les diététiciennes), à la préservation de ses pieds, la qualité du chaussage (collaboration avec le podologue), …dans le cadre d'un projet éducatif global (séances de groupe) (2) que l'accompagnement du projet individuel soit pensé (séances individuelles et suivi du projet) (3) que des relais avec le milieu associatif puissent être mis en place, ce qui suppose une organisation territoriale adaptée et la formation des éducateurs sportifs à la pathologie chronique.
Ainsi les EMS sont-ils appelés à jouer un rôle essentiel dans la construction de ces dispositifs à construire et à gérer.

L'EMS : profession émergente ou nouvelle structuration de compétences dans le cadre des métiers de l'APA ?

Finalement, à la différence d'une grande partie des emplois jeunes qui ont été créés (Education Nationale, SNCF, Poste, Police…), les emplois d'EMS ne se sont pas limités au redéploiement de tâches professionnelles ou à une réhabilitation d'anciens emplois. Ils correspondent à la création de nouvelles compétences et de nouveaux services dans le système de santé, qui **visent l'articulation du sanitaire et du social pour répondre aux nouvelles problématiques posées par les maladies chroniques et la sédentarisation des populations.**
Si la politique « emplois jeunes » privilégiait l'expérience professionnelle sur la formation et les qualifications, quelle valeur accorder à une expérience professionnelle acquise sans référence directe à une formation antérieure ? A l'instar de ce qui a pu être observé dans le secteur de l'environnement, cette politique a finalement aidé à la reconnaissance et la structuration dans le champ de la santé de métiers existants depuis les années 80 : ceux de l'APA qui répondent à des formations universitaires existantes structurées autour d'objectifs des métiers de socialisation par l'APA. La création de ces emplois en réponse à une nouvelle problématique de terrain a permis la construction de nouvelles compétences qui doivent trouver leur place dans les programmes de formation universitaire en APA de niveau master. Les dynamiques de formation sont attendues en écho aux dynamiques professionnelles émergentes, en particulier par l'intégration d'une formation à la promotion et l'éducation pour la santé dans les formations APA, intégration déjà engagée dans certains plans quadriennaux de formations universitaires.

Références

Chantelat P.& Perrin C. (à paraître) Construction des compétences et entrée dans la carrière au sein d'un métier émergent : le cas des Educateurs Médico-Sportifs (EMS), In D. Demazières et C. Gadea, La sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis, La Découverte, coll. Recherches
Ferrand C., Perrin C., Nasarre S. (2008) Motives for regular physical activity in women and men : a qualitative study in French adults with type 2 diabetes, belonging to a patient's association, Health and Social Care in the Community, 16(5), 1365-2524.
Perrin C., Champely S., Chantelat P., Sandrin Berthon B., Mollet E., Tabard N., Tschudnowsky M. (2008) Activité Physique Adaptée et Education du Patient dans les Réseaux Diabète Français. Santé Publique, 3, 213-223.
Perrin C. (2006) L'Activité Physique : de la recommandation d'une pratique à la promotion de la santé, Réseaux diabète, 27 : 26-29
Perrin C., Ferron C., Gueguen R., Deschamps JP. (2002) Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. Social and Preventive Medicine, 47 : 162-171.
Terret T. & Perrin C. (2008) Activité physique des personnes atteintes d'un diabète en France : du rejet de la pratique à sa promotion par les associations de patients, Stadion, vol. XXXIV

AUDITION DE GEORGES STRAUCH, le 7 juillet 2008

Président de l'Union Sports et Diabète (USD) ; Chargé de Mission APS, Association nationale de coordination des réseaux diabète (ANCRED) ; Endocrinologue, PU-PH honoraire CHU Cochin

Bénéfice des activités physiques ou sportives (APS) en diabétologie

Le bénéfice médical est clairement et anciennement établi puisque l'APS a la propriété de diminuer l'hyperglycémie, symptôme et facteur de risque principal des complications. Cet effet, présent dans toutes les variétés de diabète, est proportionnel à l'intensité et à la durée de l'APS. Il se prolonge jusqu'à 12 heures pour un exercice courant. La pérennité de l'effet hypoglycémiant nécessite l'intégration d'une APS régulière dans le mode de vie.

Les APS s'inscrivent ici dans une double perspective de prévention :

- **Lors de la prise en charge thérapeutique en complément de la diététique et des médicaments.** Son propre effet hypoglycémiant (réduction moyenne de 0,8% du taux d'hémoglobine glyquée en quelques semaines) peut réduire ou supprimer le besoin de certains médicaments. De l'amélioration de l'équilibre glycémique, aisément mesurable, on anticipe la réduction du risque de complications tardives micro- et macro-vasculaires dont la morbidité et la mortalité sont supérieures à celles des non diabétiques ;
- **En prévention du diabète lui-même chez les sujets dits « pré-diabétiques »** souvent sédentaires et en surpoids où une réduction du risque d'environ 50% a été démontrée de façon homogène avec un recul allant jusqu'à 14 ans. Cet effet n'a pas d'équivalent pharmacologique à ce jour.

Pré-requis à une action de développement de l'APS dans le diabète :

- Se positionner dans une perspective populationnelle (2,5 à 3 % de la population prise en charge pour diabète), sur le terrain, dans la « vraie vie » ;
- Enrichir et adapter les outils à une population dont l'âge est majoritairement supérieur à 40 ans ;
- Faciliter l'accès des jeunes diabétiques au sport en adaptant les règlementations aux besoins d'autosurveillance glycémique et de soins ;
- Concevoir des structures ou organisations permettant de « bien débuter » (la phase initiale dépend de la complexité de la prise en charge) puis de pérenniser l'APS dans une trajectoire allant d'une éducation médico-sportive initiale aux pratiques sport-santé. A ce schéma correspondent à la fois des réalités de soins et des attributions de moyens différentes ;
- Parallèlement à l'augmentation de l'offre, lancer des programmes de recherche pour mieux définir les facteurs de mobilisation des diabétiques vers les APS et la communication correspondante.

Structures d'appui à la mise en place d'une politique de développement dans le diabète

L'éducation initiale médico-sportive des diabétiques est le fait essentiellement de **Réseaux de soins aux diabétiques et de Maisons du diabète** disposant d'éducateurs médico-sportifs. Ces structures offrent, en effet, des prestations dérogatoires permettant l'éducation thérapeutique à l'autonomie des patients dans l'adaptation au quotidien de leur régime, leur autosurveillance et si besoin leurs médicaments. L'évaluation de la condition physique, l'initiation ou l'orientation vers une activité physique adaptée complètent ce panel. Ces structures opérationnelles sont immédiatement mobilisables et évaluables.

L**'Union Sports et diabète** (**USD**) est une association nationale initiée en 1989 par un ensemble de patients sportifs et de professionnels de santé pionniers des Réseaux. Elle a pour objet social le développement des pratiques physiques ou sportives des diabétiques. Elle a contribué et contribue à l'inclusion des activités physiques dans la prise en charge thérapeutique des patients et à l'émergence des métiers d'éducation médico-sportive. Elle co-organise des stages d'éducation médico-sportive d'été et d'hiver et publie 4 fois par an un magazine de témoignage et d'information intitulé DEFI, tiré à 2000 exemplaires. Elle organise aussi annuellement « La fête des diabétiques qui bougent » dont la 13ème édition s'est déroulée à Reims en 2008.

AUDITION DE SERGE ROTHIER, le 21 juillet 2008
Membre de l'Association Française des Diabétiques
Président du Comité Régional Olympique et Sportif, Châlons-en-Champagne

Quelles sont les difficultés que les patients rencontrent pour pouvoir pratiquer régulièrement une activité physique ?

- Ils ne connaissent pas les structures d'accompagnement (type unités d'éducation thérapeutique hospitalière) qui les aideraient à s'engager dans cette démarche ;

- Ils ne reçoivent pas assez de conseils et d'encouragement de la part des médecins pour s'engager résolument dans cette démarche ;

- Ils ne sont pas prêts à prendre du temps pour s'occuper de leur santé en pratiquant régulièrement une activité physique (trop d'occupations qui paraissent plus importantes) ;

- Ils ne connaissent pas les associations de proximité qui seraient prêtes à les accueillir pour pratiquer une activité physique adaptée à eux.

Quelles seraient les pistes de travail qui permettraient de répondre à ces besoins ?

- Mobiliser les acteurs des différents champs sanitaire, médico-social, social, éducatif, sportif et du travail autour d'un projet collectif de promotion de la santé par l'activité physique ;

- Informer le grand public sur les structures sportives pouvant accueillir des personnes atteintes de maladies chroniques ou de handicap ;

- Former les médecins à la prescription et à la connaissance des structures sportives proposant des activités physiques adaptées à ces différents publics.

C'est tout l'intérêt d'un réseau sport-santé, car il permet de répondre à ces trois pistes de travail

AUDITION DE SOPHIE RAVILLY ET BRUNO CRESPO, le 21 juillet 2008
Directrice médicale et Coordinateur de la mission patients adultes, Association Vaincre la mucoviscidose

Aspects physiopathologiques

Plusieurs études scientifiques montrent que la pratique régulière des activités physiques et sportives (APS) pour les patients atteints de mucoviscidose apporte des bénéfices multiples sur la morbidité et en particulier un ralentissement du déclin respiratoire[80,81,82.]

Prise en charge actuelle des patients atteints de mucoviscidose

Depuis 2002 et la généralisation du dépistage néonatal, le suivi des patients atteints de mucoviscidose (maladie rare et chronique touchant 6000 patients en France) répond à une organisation des soins structurée en réseau avec la participation du patient et de sa famille sous la responsabilité d'un des 49 centres de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM)[83] . L'équipe pluridisciplinaire hospitalière définie par la circulaire inclut en particulier un équivalent temps plein de kinésithérapeute, dont les missions évoquées par le PNDS[84] comportent - en lien avec le kinésithérapeute libéral - outre l'éducation au drainage bronchique et à l'aérosolthérapie, la promotion et le maintien d'une activité physique optimale : sport, réhabilitation respiratoire et physique.

PROMOTION DES APS PAR L'INTEGRATION D'UN EDUCATEUR MEDICOSPORTIF (EMS) DANS L'EQUIPE DU CRCM

Dans un contexte de pénurie, voire de désertion des postes de kinésithérapeutes hospitaliers, et afin de développer et encadrer les activités sportives des patients atteints de mucoviscidose, plusieurs expériences ont vu le jour dans les CRCM : des éducateurs EMS ont été intégrés aux équipes plurisciplinaires. Initialement financés par le programme de subvention aux CRCM de l'association Vaincre la Mucoviscidose, certains postes sont en passe d'obtenir une pérennisation par un financement institutionnel (CH de Lens).

Depuis 2002, une centaine de patients ont déjà pu bénéficier de l'accompagnement par un EMS.

Forts de ces expériences jugées positives par les parents, patients et professionnels de santé, nous proposons l'intégration EMS spécialisés APA[85] afin d'apporter dans le suivi du patient une composante éducative ouverte vers l'extérieur et abordée comme un mode vie plus que comme une thérapeutique.

Champs de compétences et d'actions de l'EMS

- **Evaluation des besoins et envies du patient** autour des APS ;
- **Quantification de l'activité physique quotidienne du patient ;**
- **Evaluation des capacités d'endurance** par des tests de terrain ;
- **Animation de groupes de patients** au sein du CRCM avec toutes les précautions d'hygiène requises soit sous forme d'activités régulières collectives, soit sous forme de stages ;
- **Lien entre le patient et le tissu social et associatif ;**
- Conseils et aide à l'intégration d'un club sportif proche de chez lui ;

[80] Schneiderman-Walker J et al. J Pediatr 2000, 136:304-10.
[81] Orenstein DM et al, Chest 2004; 126:1204-14,
[82] Hebestreit H et al. Eur Respir J 2006;28:734-39
[83] Circulaire DHOS/DGS n° 502 du 22 octobre 2001.
[84] Protocole national de diagnostic et de soins. Novembre 2006. Haute autorité de Santé.
[85] APA. : Activités Physiques Adaptées (niveau licence ou master 1)

- Contacts et information des enseignants d'EPS[86] (accompagnement et aménagement des activités au regard des contraintes de la mucoviscidose) et des entraineurs dans les clubs sportifs ;
- **Partenaire du suivi** global du patient ;
- Participation aux réunions de synthèse hebdomadaires du CRCM ;
- Collaboration avec l'équipe soignante et les kinésithérapeutes sur la définition et la mise en œuvre des programmes de réentraînement à l'effort ;
- Participation aux séances d'éducation thérapeutique en rapport avec les APS.

Au cas où le nombre de patients atteints de mucoviscidose ne serait pas assez important pour justifier un plein temps, l'EMS pourrait intervenir sur d'autres pathologies.

Implications de Vaincre la Mucoviscidose

Soutenant des projets en lien avec le sport depuis 2001, Vaincre la Mucoviscidose apporte également des aides financières individuelles pour les loisirs à visée thérapeutique et participe au groupe de travail «exercice, activités physiques et réentraînement à l'effort » de la Société Française de la Mucoviscidose pour élaborer des recommandations (comment quantifier l'activité physique des patients ? Quelles évaluations doit on réaliser avant la mise en place d'un programme de réhabilitation à l'effort ? Quels programmes de réhabilitation à l'effort proposer ? Comment générer une culture sport chez les patients).

Conclusion

La capacité d'exercice du patient atteint de mucoviscidose est limitée par l'atteinte respiratoire et nutritionnelle, cependant les bénéfices de l'exercice sont nombreux et démontrés scientifiquement. Promouvoir et maintenir une bonne aptitude physique, corollaire indispensable à une amélioration de la qualité de vie et à un ralentissement du déclin lié à l'évolution de la maladie fait partie des recommandations de la prise en charge globale des patients dans le système de soins mis en place par le plan Maladies Rares (PNDS). L'intégration d'un EMS spécialisé au sein des CRCM permet de répondre à cet objectif.
Aux bénéfices sur la santé s'ajoutent une amélioration de la qualité de vie, une meilleure intégration dans le tissu socio-économique permettant au patient de mieux appréhender l'avenir scolaire ou professionnel et de rompre son isolement.

Forces

- Aspect préventif très attendu dans le cas de maladie dépistée à la naissance ;
- Vivre « comme tout le monde » malgré la maladie, sortir les patients de l'isolement ;
- Promotion de l'aspect éducatif plus que thérapeutique.

Faiblesses

- Coût du projet : 40 k€ par an et par CRCM soit environ 2 Millions d'€. Cependant ces postes peuvent aisément être mutualisés pour 2 ou 3 pathologies. Par ailleurs dans le cadre d'un partenariat avec des perspectives de pérennisation, Vaincre la Mucoviscidose serait disposée à participer financièrement à la mise en place de ce programme dans les CRCM.
- Articulation avec les équipes en place à bien anticiper et expliquer (médecins, kinés, CRCM, service de rééducation fonctionnelle).

[86] EPS : Education physique et sportive

AUDITION D'ALAIN DEJEAN, le 21 juillet 2008

Conseiller Technique Régional « Sport Adapté » DRDJS Midi-Pyrénées
Référent Fédération Française du Sport Adapté sur la Prévention Santé et APS Adaptées

Comment permettre un réel accès à une pratique régulière d'Activités Physiques ou Sportives Adaptées aux personnes en situation de handicap, dans une perspective de santé et de lutte contre la sédentarité ?

Handicaps : Chiffres et contexte français

Le handicap touche de 1 à 5,5 millions de personnes, selon les limites des définitions utilisées, et recouvre une réalité extrêmement hétérogène.
700 000 à 3 millions de personnes présentent un handicap mental ou psychique.
(CREDOC 2003 – Enquête HID - INSEE 1998-2002)

Définition du Handicap

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, pour la première fois, donné une définition du handicap :
« Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Art.L.114)

«Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication et de décisions. Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne » (UNAPEI).

Pour la déficience intellectuelle, on distingue :

- D.I. Léger : les personnes sont proches de l'autonomie ;
- D.I. Moyen : Certains actes nécessitent un accompagnement ;
- D.I. Lourd : Nécessitent un accompagnement pour l'ensemble des actes de la vie quotidienne ;

Handicap psychique et troubles de l'adaptation :

- Troubles de la personnalité ;
- Troubles du comportement ;
- Maladies mentales (névroses, psychoses…)
- Autisme et troubles autistiques ;

Ces différentes pathologies pouvant être associées.

Egalité des droits et accès aux activités sportives :

« Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale qui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens, ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté… » (Loi du 11 fév. 2005).

« L'activité physique doit être accessible à toutes et à tous, dans le respect des capacités de chacun… La pratique des activités physiques ou sportives est pour les personnes handicapées, physiques ou mentales, un moyen privilégié d'épanouissement individuel, de rééducation, d'intégration sociale et de solidarité et à ce titre doit être encouragée… » (Conseil de l'Europe – Nice déc. 2000).

Bénéfices de la pratique physique :

Volet physique :
- Accroissement et maintien de l'autonomie
- Développement des capacités physiques et musculaires
- Amélioration de la coordination, de l'habileté gestuelle et de l'équilibre
- Eviter les méfaits de la sédentarité (excès de poids, problèmes cardiaques, ostéoporose…)
- Prévention des effets du vieillissement (augmentation sans précédent de l'espérance de vie des personnes handicapées)

Volet cognitif :
- Développement de l'estime de soi
- Aide à la reconstruction de l'image du corps (handicap physique)
- Diminution de l'anxiété, des troubles de l'humeur
- Epanouissement, dépassement de soi
- Concentration, mémorisation, recherche de stratégies

Volet social :
- Effet positif sur la qualité de vie
- Le sport est un outil formidable pour valoriser les démarches d'insertion dans un groupe, dans la société
- Valorisation de la personne sur un plan familial et social
- Respect des règles du jeu et de l'adversaire, acquisition de normes de vie sociale

Constat

Les personnes en situation de handicap mental ou psychique, courent un risque lié à la sédentarité plus fort que la population ordinaire, cause de déconditionnement physique, perte d'autonomie, surpoids et obésité, et augmentant les risques de santé ; métabolique, cardiaque, coronarien, articulaire, osseux… et favorisant l'isolement social, repli sur soi-même, conduites addictives (tabac…)
(En Midi-Pyrénées, nous trouvons un taux d'obésité double de la population adulte ordinaire chez les personnes accueillies en ESAT et Foyers).
Des activités physiques ou sportives sont proposées dans tous les établissements d'accueil, mais trop souvent de manière ponctuelle, et pas à destination de l'ensemble des usagers.

Conclusion

Il semble nécessaire de développer des programmes structurés pour obtenir un impact réel sur la santé des personnes, comprenant objectifs, programme et évaluations, en lien avec le projet individualisé et intégré au Projet d'Etablissement.
Dans le prolongement de ces programmes institutionnels, permettant de conserver notamment l'autonomie des personnes, les calendriers sportifs diversifiés proposés par les fédérations spécifiques, Fédération Française du Sport Adapté (http://www.ffsa.asso.fr/HomeV3.html) et Fédération Française Handisport (http://www.handisport.org/index.php), permettent de fixer des objectifs et d'entretenir une motivation indispensable à une pratique physique régulière.

Propositions

- Adresser une circulaire interministérielle à tous les établissements du secteur médico-social, de la santé, de réadaptation, indiquant l'intérêt de Santé Publique du développement d'un véritable projet d'APS Adaptées pour Tous, intégré au Projet d'Etablissement et aux Projets Individualisés
    - en lien avec les besoins, attentes et désirs des usagers (cf art.5 de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002)
    - encadré par des professionnels qualifiés dans le champ des APS adaptées
- Favoriser la création d'associations sportives en lien avec ces institutions, affiliées aux fédérations spécifiques (FFSA, FFH) ou autres, autorisant ainsi un réel accès à une pratique sportive adaptée.
- Développer des possibilités d'intégration, pour les personnes qui en ont les capacités, avec un accompagnement gage de réussite, dans des clubs sportifs de leur choix.
- Reconnaître le projet en Activités Physiques ou sportives comme ouvrant droit à compensation.
- Soutenir fortement la consolidation des « emplois à forte utilité sociale » d'éducateurs sportifs des instances déconcentrées (Comités Régionaux et Départementaux) de la FFSA et de la FFH.

ANNEXE 1 – CREDIT D'IMPOTS AU CANADA

Le gouvernement fédéral canadien propose une stratégie de promotion de l'activité physique basée, entre autres, sur une politique de soutien fiscal. La lutte contre le tabac, avec une augmentation du prix des cigarettes et un effet de baisse de la consommation, est un exemple avancé pour cette nouvelle stratégie de santé publique.

Depuis l'année d'imposition 2007, le gouvernement du Canada accorde un crédit d'impôt non remboursable pour les dépenses admissibles pour des activités physiques payées par les parents pour inscrire un enfant à un programme d'activités physiques visé par règlement.

En général, ce programme doit remplir les critères suivants :

-il doit être continu (soit d'une durée minimale de huit semaines consécutives, ou de cinq jours consécutifs dans le cas d'un camp pour enfants);
-il doit être supervisé;
-il doit être convenable pour les enfants;
-il doit comprendre une part importante d'activités physiques qui contribuent à l'endurance cardiorespiratoire, ainsi qu'à la réalisation d'un ou de plusieurs des objectifs suivants : la force musculaire, l'endurance musculaire, la souplesse ou l'équilibre.

Cette démarche ne pourrait pas convenir à tous les enfants mais ce crédit d'impôt illustre l'utilisation possible de la politique fiscale pour favoriser des modes de vie actifs et sains chez les jeunes.

Plusieurs organismes canadiens ont demandé depuis au gouvernement d'étendre cette mesure aux adultes en se basant sur les retombées positives sur le budget de la santé. Des compagnies d'assurance, des organismes en activité physique ainsi que la fondation des maladies du cœur du Canada (FMCC) ont mené des recherches à cette fin.

La FMCC, par exemple, recommande au gouvernement fédéral de continuer à utiliser les mesures incitatives fiscales afin de promouvoir la saine alimentation et l'activité physique en améliorant le crédit d'impôt pour la condition physique des enfants de 500 $ à 1 000 $; en étendant le crédit d'impôt aux adultes; en rendant l'achat d'équipement sportif admissible à un crédit d'impôt; et en transformant le crédit d'impôt en crédit d'impôt remboursable afin de rejoindre les contribuables à faible revenu incapables de défrayer ce montant ou ne payant pas d'impôt.

La FMCC presse le gouvernement fédéral de dédier un pourcentage précis du financement alloué aux infrastructures existantes au développement d'infrastructures favorisant l'activité physique, en allouant au moins 7 % des fonds consacrés aux infrastructures de transport au développement d'infrastructures communautaires favorisant l'utilisation de modes de transport actif et en allouant un pourcentage spécifique du financement accordé aux programmes d'infrastructure existants aux infrastructures sociales qui facilitent

l’activité physique, comme les parcs, les piscines, les centres de loisirs communautaires.

ANNEXE 2 – COUT DE L'INACTIVITE PHYSIQUE AU CANADA

ISSN 1188-6641

Le dossier de la recherche

Renseignements pour professionnels de la part de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie

Les coûts de l'inactivité physique

On connaît bien maintenant les avantages à court et à long termes de l'activité physique. Les promoteurs de l'activité physique les vantent et les personnes qui ont adopté un mode de vie actif les apprécient.

À court terme, les personnes qui font de l'activité physique paraissent et se sentent mieux, ont plus d'énergie, maintiennent un poids santé, contrôlent plus facilement leur stress et ont des muscles plus forts, des os plus solides, une meilleure posture et un meilleur équilibre.

À long terme, les gens actifs courent moins de risques que les autres de contracter différentes maladies dégénératives — de la coronaropathie aux accidents cérébrovasculaires, en passant par le diabète et le cancer. Ces maladies peuvent avoir un effet important sur la qualité de vie et même conduire à un décès prématuré. De plus, elles ont un effet considérable sur les coûts des soins de santé au Canada.

Peter Katzmarzyk et Norm Gledhill, de l'Université York, et Roy Shephard, de l'Université de Toronto, ont examiné les coûts de l'inactivité physique et fait part des résultats dans un numéro récent du *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Un long chemin à parcourir

On a beaucoup fait pendant la dernière décennie pour encourager les Canadiens à faire plus d'activité physique, mais il reste encore un long chemin à parcourir. Selon un sondage effectué en 1999 par l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie, 64 % des Canadiens ne font pas encore suffisamment d'activité physique pour en tirer, sur le plan de la santé, les avantages d'un mode de vie physiquement actif.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à réduire de 10 % le niveau d'inactivité physique au Canada d'ici à 2003. Sur le plan financier, il y a de nets avantages à le faire.

Des calculs complexes

Jusqu'à récemment, la quantification des coûts de l'inactivité physique au Canada n'avait été l'objet que de tentatives limitées. L'étude sur laquelle s'appuie le présent article a remédié à la situation.

Dans le cadre de cette étude, les chercheurs ont examiné l'effet de l'inactivité physique sur sept états pathologiques graves et courants : la coronaropathie, les accidents cérébrovasculaires, le cancer du côlon, le cancer du sein, le diabète de type 2, l'ostéoporose et l'hypertension. La première étape de l'étude a consisté à calculer l'évaluation sommaire du risque relatif (RR) de chaque maladie, à partir d'analyses publiées précédemment et de vastes études longitudinales prospectives. Les résultats s'échelonnent d'un RR de 1,2 pour le cancer du sein (soit approximativement une augmentation de 20 % du risque attribuable à l'inactivité physique) à un RR de 1,9 pour la coronaropathie (soit pratiquement le double du risque).

Afin de déterminer le pourcentage des mauvais états de santé et des décès prématurés de ces états pathologiques qui pouvait être attribué à l'inactivité physique, les chercheurs ont calculé la fraction attribuable (FA). À cette fin, ils ont utilisé une formule tenant compte de la fréquence globale de l'inactivité physique au sein de la population et le RR de la maladie chez une personne physiquement inactive.

Les valeurs de FA obtenues indiquent que 11 à 36 % des cas des différents états pathologiques peuvent être éliminés si les personnes inactives deviennent physiquement actives.

Les effets économiques

L'étape suivante a consisté à évaluer les coûts directs des soins de santé qu'entraîne le traitement des états pathologiques, puis le pourcentage des coûts attribuables à l'inactivité physique. La Base de données sur les dépenses nationales de santé (1999) a fourni les chiffres représentant les coûts totaux. Les chercheurs ont extrait du rapport *Le fardeau économique de la maladie au Canada* (1993) les coûts des traitements des états pathologiques spécifiques et ils les ont extrapolés pour obtenir une évaluation des coûts en 1999.

«L'inactivité physique est un fardeau important pour la santé publique au Canada. La réduction du niveau d'inactivité physique, si modeste soit-elle, pourrait entraîner des économies de coûts considérables.»

— Journal de l'Association médicale canadienne

D'après les résultats obtenus, 2,1 milliards de dollars, soit environ 2,5 % du total des coûts directs des soins de santé, peuvent être attribués à l'inactivité physique. Ces résultats correspondent à ceux qui ont été signalés récemment pour les États-Unis.

En vertu des évaluations de l'étude actuelle, on pourrait économiser 150 millions de dollars annuellement si la fréquence globale de l'inactivité physique diminuait de 10 % — ce qui est l'objectif national pour 2003.

Les gains de l'activité physique

Les coûts des soins de santé attribuables à l'inactivité physique — et les économies potentielles que des pourcentages plus élevés de participation permettraient de réaliser — qui ont été déterminés dans cette étude sont des évaluations modérées.

Les chercheurs n'y ont pas inclus les coûts indirects, telle la perte de productivité attribuable aux maladies ou aux décès prématurés. Ils n'ont pas tenu compte non plus d'un éventail d'autres états ou coûts affectés par l'inactivité physique, tels que la dyslipidémie, l'anxiété, la dépression, une plus mauvaise qualité de vie et l'admission prématurée dans un établissement ou la nécessité de soins gériatriques.

Plusieurs choses sont claires : les coûts des soins de santé sont élevés au Canada et ils sont à la hausse. La pratique régulière de l'activité physique est un antidote à de nombreux états pathologiques graves et coûteux. Le fait d'investir dans les efforts de réduction de l'inactivité physique engendrera des gains importants — pour les gens et pour le budget de la santé.

Pour en savoir davantage...

Katzmarzyk, P.T., Gledhill, N., & Shephard, R.J. (2000). The economic burden of physical inactivity in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 163 (11), 1435-1440.

Procurez-vous le guide

■ Chaque Canadien et Canadienne devrait posséder un exemplaire du *Guide d'activité physique canadien pour une vie active saine*. Pour obtenir de plus amples renseignements sur ce guide — et des exemplaires à distribuer — veuillez composer sans frais le 1-888-334-9769 ou vous rendre au site Web www.guideap.com.

Renseignements de la part de l'Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie
N° de référence 01-03

ANNEXE 3 – SCHEMA GENERAL DE PRESCRIPTION DES APS EN PREVENTION TERTIAIRE

L'évaluation de la condition physique est une étape incontournable de la prise en charge. Elle nécessite une adéquation entre les capacités physiques (niveau habituel d'activité physique, et niveau de risque potentiel à l'effort en fonction de l'état de santé) et mentales du patient (motivation, persévérance, etc.) et les efforts souvent maximaux demandés pour cette évaluation, par exemple :

- un patient présentant une faiblesse de la paroi abdominale ou pelvienne et à qui le professionnel des activités physiques propose un test d'évaluation des muscles abdominaux risque d'aggraver sa pathologie ou se limiter dans la réalisation du test par crainte de se faire mal ou de déclencher des troubles urinaires, faussant ainsi le test ;
- un patient présentant une arthrose fémoro-patellaire évoluée et à qui on propose un test de la chaise peut aggraver sa pathologie en réalisant sans précaution les relevés successifs ;
- un test de la marche chez un patient coronarien peut être dangereux s'il veut épater, etc.

L'information éclairée des patients (sur le pourquoi, le comment, les avantages et les risques des tests ainsi que sur les précautions particulières et les signes qui doivent alerter) doit toujours être faite avant d'engager une personne vers la réalisation de ces tests.

Après son examen initial et les bilans complémentaires recommandés avant la pratique d'une activité physique, le médecin peut :

- soit réaliser lui-même les tests (c'est le cas le plus fréquent notamment pour un médecin du sport) et établir le certificat de non contre-indication, obligatoire pour la première prise d'une licence sportive et pour le renouvellement annuel des licences de compétition, mais également demandé dans de nombreuses autres circonstances (salles de remise en forme, accueil collectifs de mineurs,…).
- soit déléguer ou transférer cette tâche à d'autres personnes : médecin spécialiste et masseur-kinésithérapeute lorsque le patient est porteur d'une pathologie ostéo-articulaire, musculaire, cardiaque ou respiratoire, ou d'une déficience musculaire suite à une immobilisation prolongée, dans le cadre d'un bilan complémentaire ou de réadaptation.
-

Dans le cadre d'une délégation de tâche à un technicien des APS, **un certificat de non-contre-indication** à réaliser les tests sera rédigé, accompagné éventuellement de précautions particulières en fonction des pathologies, mais aussi de la trop grande prudence ou de la prise de risque inconsidérée du patient. Le patient est alors confié à un professionnel des APS qui peut intervenir :

- dans une structure d'éducation du patient (centre, maison, pôle ou service de santé), de réadaptation ou de médecine du sport, de médecine du travail, il s'agit d'un éducateur médico-sportif qui intervient comme professionnel de santé ou de prévention au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il est soumis aux mêmes règles de déontologie que les autres professionnels de santé, il a accès au dossier médical.
- dans le contexte sportif (éducateur sportif habitué à la réalisation de ces tests), en fonction de l'état de santé du patient (ex. un jeune obèse pourra

être confié, si le dispositif d'éducation thérapeutique ne dispose pas de la dimension APS, à un éducateur sportif formé aux tests d'évaluation).

ANNEXE 4 – MISSIONS ET ACTIVITES DES PROFESSIONNELS ASSURANT LA PROMOTION DE LA SANTE PAR L'APA DANS UN PROGRAMME D'EDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (VOIR CHAPITRE FORMATION : « LES OPÉRATEURS PERMANENTS »)

Éducateur médico-sportif en APA - Santé ou Actiphysicien (Niveau III)

1) **Assurer un accueil convivial et l'écoute du patient.** Présenter le contexte général de l'action, le protocole de prise en charge et ses missions. Sensibiliser le patient sur les avantages d'une pratique régulière, adaptée et progressive, ainsi que sur les risques d'une pratique non qualitative. Préciser le nécessaire engagement de chacune des parties pour la réussite de la prise en charge et les raisons de la contractualisation entre l'équipe et le patient.

2) **Evaluer la motivation du patient** (positionnement du patient par rapport à son état de santé, recherche des facteurs de résistance et de facilitation au changement comportemental), puis, dès que l'engagement du patient semble pouvoir être obtenu, contractualiser la relation entre équipe pédagogique et ce dernier (contrat éducatif).

3) **Mettre en œuvre les séances** d'activités physiques sous la conduite du professeur en APA et Santé : délivrer les consignes pour une pratique qualitative, informer sur les signes d'alerte qui doivent amener à l'arrêt et sur les effets induits lors de la reprise de l'activité physique, accompagner et conseiller le patient puis l'aider à remplir son carnet d'entraînement.

4) **Evaluer les dépenses énergétiques supra-basales** du patient à partir d'un questionnaire prenant en compte les activités domestiques, professionnelles ou scolaire, de déplacement et de loisirs.

5) **Mettre en œuvre les séances d'activités physiques** : délivrer les consignes pour une pratique qualitative, informer sur les signes d'alerte qui doivent amener à l'arrêt et sur les effets induits lors de la reprise de l'activité physique, accompagner et conseiller le patient puis l'aider à remplir son carnet d'entraînement.

Concepteur actiphysicien (Niveau II)

1) **Concevoir et valider les programmes et les séances d'APA** pour les patients, à en mesurer les effets et à agir en interaction avec les médecins prescripteurs.

2) **Etablir un diagnostic éducatif et médico-sportif** avec les autres professionnels (concertation pluridisciplinaire): positionnement actuel, connaissances et perspectives d'évolution du patient : état de santé physique, psychique et social, activités physiques et sportives, liens positifs et négatifs unissant la santé et les activités physiques ou sportives.

3) **Définir les contextes de performance** avec le patient (déterminants : motivation, connaissances et apprentissages, dépenses énergétiques supra-

basales et capacités physiques) et fixer des objectifs à atteindre : amélioration de l'estime de soi, de l'adoption de comportements sains, de la maîtrise des risques comportementaux, amélioration de la qualité de vie et du lien social, réduction des facteurs de risques cardio-vasculaire et ostéo-articulaire.

4) **Engager les évaluations de la condition physique** avec l'aide si besoin d'un masseur-kinésithérapeute et sous supervision médicale, lorsque le patient est porteur d'une pathologie ostéo-articulaire, musculaire, cardiaque ou respiratoire, ou d'une déficience musculaire suite à une immobilisation prolongée.

5) **Elaborer avec le patient le programme d'entraînement individualisé**, la durée de la prise en charge et définir les modalités et les outils du suivi du programme ainsi que ses contenus (selon le modèle FIT soit fréquence, intensité, temps pour l'organisation des séances).

6) **Participer aux réunions du comité de suivi** en respectant l'ensemble des règles déontologiques permettant dans le cadre d'un travail en équipe, le respect du secret professionnel.

7) **Orienter et accompagner le patient**, à l'issue du programme, éventuellement avec l'appui du réseau sport-santé et des associations de patients, vers des structures associatives, publiques ou privées, qui proposent des APA, ainsi que vers les sites de pratique autonome adaptés à ses capacités, et s'assurer du caractère qualitatif de cette pratique.

Ingénieur actiphysicien ou Chef de projet en APA - Santé (Niveau I)

1) **Définir les modalités d'évaluation du programme** avec les équipes médicale, paramédicale, technique et administrative ainsi que, pour les patients, les contextes de performance, les outils adaptés à la formation des patients et les modalités d'évaluation concernant la motivation au changement comportemental, les dépenses énergétiques supra-basales, les capacités physiques, ainsi que les apprentissages et les connaissances.

2) **Mettre en œuvre** les différentes phases du programme avec les éducateurs médico-sportifs et concepteurs actiphysiciens pour l'ensemble des patients.

3) Une mission de **gestion des ressources humaines** peut leur être confiée dans un réseau sport-santé ou dans une structure de médecine du sport (centre de médecine du sport).

ANNEXE 5 – OBJECTIFS ET MISSIONS DES RESEAUX TRANSVERSAUX SPORT-SANTE

L'objectif spécifique de ces réseaux transversaux sport-Santé est de rendre possible la réalisation, pour toute personne sédentaire, porteuse ou non d'une pathologie chronique ou d'un handicap physique, mental ou social, d'une **activité physique** régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

Missions des réseaux transversaux sport-Santé

A) **Fédérer et coordonner les différents acteurs** (institutionnels ; professionnels de la santé, du sport, de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche ; associations ; établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ; collectivités territoriales) respectant les règles de déontologie et de fonctionnement du réseau (charte d'engagement, convention constitutive, bulletin d'adhésion professionnels et patients, référentiels de pratique et protocoles).

B) **Elaborer et expérimenter des outils collaboratifs** : système d'information partagé, référentiels de pratiques et protocoles visant à améliorer la prise en charge thérapeutique et éducative (dans une logique de complémentarité et de synergie des pratiques professionnelles), dans le cadre d'une éducation à l'activité physique adaptée.

C) **Proposer un parcours de soins coordonné** : prise en charge initiée par le médecin généraliste ou le spécialiste, à partir notamment de l'évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaire, puis poursuivie dans le champ de l'éducation du patient (entretien médico-sportif, visites à domicile, counselling, cycle éducatif) et maintenue par l'accompagnement des sujets (en fonction de leur pathologie) vers des structures adaptées et identifiées (label) de proximité. Ce parcours s'appuie sur les communautés de santé orientées vers le « sport-santé » (services, centres, maisons ou pôles de santé, centres de médecine du sport, officines,…) et sur les projets territoriaux de santé.

D) **Mettre en place des formations complémentaires** pour les professionnels de la santé et du sport.

E) **Recenser, soutenir et communiquer sur les offres** d'activités physiques adaptées aux différents publics (sédentaires, séniors, malades chroniques, handicapés,…).

F) **Favoriser l'accessibilité** aux offres d'activités physiques adaptées (public en situation de précarité, de handicap).

ANNEXE 6 – EXEMPLES DE RESEAUX DE SANTE TRANSVERSAUX « SPORT-SANTE »

1 – Association EfFORMIp : "La santé par l'Effort et la Forme en Midi-Pyrénées"

EfFORMip, association de type loi 1901 créée en **2005**, fonctionne comme un réseau de santé et permet une pratique structurée, sécurisée et à long terme d'APS par les patients porteurs de pathologies chroniques en Midi-Pyrénées.

Présidée par le Pr D. Rivière (Chef du service d'Exploration de la Fonction Respiratoire et de Médecine du Sport, Hôpital Larrey, Toulouse), EfFORMIp s'est dotée d'un conseil d'administration réparti en 4 collèges (professionnels de santé ; associations sportives ; membres de droits ; membres associés) et d'un conseil scientifique réunissant des experts des pathologies chroniques et du domaine sportif. Le Dr F. Depiesse (médecin conseiller, DRDJS Midi-Pyrénées/Haute-Garonne), cofondateur du projet et membre du conseil scientifique, est en charge des relations avec EfFORMIp.

Un médecin formé par EfFORMip prescrit au patient l'APS (référentiels EfFORMip), l'aide d'une coordination administrative, et l'adresse à un **éducateur/animateur** qui met en place sur le terrain l'APS prescrite. Ce dernier, également formé par EfFORMIp, travaille au sein d'une association sportive ayant une convention avec EfFORMip. Le maillage territorial par le monde associatif sportif (plus de 10 000 clubs en Midi-Pyrénées) permet une offre de proximité (l'éloignement du lieu de pratique accroit le risque de non observance).

Partant du constat que les médecins étaient peu formés à la prescription des APS pour la santé et que le milieu associatif était prêt à recevoir des patients mais n'était pas toujours formé à prendre en charge ces patients, EfFORMip a mis en place des sessions de **formation** de 2 jours. A ce jour 72 médecins et 100 éducateurs ont été formés.

Afin de faciliter la pratique, EfFORMip prend en charge **l'inscription dans la structure** (licence, assurance) la première année (à concurrence de 120 euros) sous réserve que le patient s'engage à pratiquer une APS au moins 2 fois /semaine et à retourner les questionnaires d'évaluation de la qualité de vie et de motivation. Les activités en club sont choisies avec le patient selon ses désirs, son lieu de résidence et ses aptitudes. Un dossier de suivi est tenu par le médecin prescripteur et **un coaching santé** est assuré par la coordination médico-administrative pendant l'année et jusqu'à 6 mois après l'inclusion. Un premier bilan montre que 2/3 des patients reprennent une licence à l'issue de la prise en charge EfFORMip. Depuis 2006, 182 patients atteints de pathologies métaboliques (obésité, diabète de type 2, syndrome métabolique), locomotrices (lombalgie chronique, arthrose) et hypertensives ont bénéficié de ce programme.

Une évaluation externe réalisée par un organisme indépendant a souligné qu'au-delà de ses objectifs propres EfFORMip assure une véritable "prestation de service" transversale pour l'ensemble des réseaux de santé de Midi-Pyrénées.

2 – Réseau « sport-santé-bien-être » en région Champagne-Ardenne

Le réseau des partenaires a été mis en place en février 2005 et le réseau de santé créé en juin 2007. Depuis avril 2008, un **chef de projet** a été recruté et le **comité de pilotage** est opérationnel (lien entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux, le Comité Régional Olympique et Sportif, le Collectif Inter-associatif Sur la Santé et l'équipe de coordination du réseau). Depuis mai 2008, les **documents réseaux** (charte d'engagement, convention constitutive, bulletin d'adhésion) ont été élaborés et les **premières adhésions** des professionnels de santé enregistrées (objectif de 50 médecins généralistes adhérents pour la première année). Une **médiatrice sociale** sera recrutée début 2009. Les premiers patients seront inclus à partir de mars 2009.

Le document d'information sur le réseau est en préparation. Le premier protocole collaboratif (sport et santé) sera prêt en octobre 2008 et deux autres (diabète et sport, sport et périnatalité) en 2009. Les protocoles d'évaluation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'activité physique sont actuellement testés auprès de 50 médecins généralistes. En 2007-2008, 65 éducateurs sportifs ont suivi une **formation** continue pour prendre en charge des patients après phase éducative (70 heures), et 80 médecins généralistes ont été sensibilisés à la prescription des APS. Depuis deux ans, le **recensement des offres d'APA** est opérationnel dans deux départements sur quatre et il est en cours dans les deux autres. Les offres d'APA seront publiées sur le site internet du GRSP à partir de mars 2009.

Fondateurs : DRDJS et **Association Utopie-PCV** (Unité Transversale et Ouverte pour la Prévention, l'Information et l'Education en Pathologies Cardio-Vasculaire), promotrice du réseau.

Réseau de partenaires : DRDASS/GRSP, Mission Régionale de Santé, Union Régionale des Médecins Libéraux, ordre des médecins et ordre des pharmaciens, Comités olympiques et sportifs régionaux et départementaux, UFR-STAPS, faculté de médecine, Association Régionale de Médecine du Sport, centres et plateaux techniques de médecine du sport, Unités Transversales d'Education du Patient des centres hospitaliers (dont le CHU), Collectif Inter associatif Sur la Santé, pôle d'excellence rurale « sport-santé-nature » de Bouzy, Centre Régional d'Education Populaire et de Sport.

Exemple de soutien financier :

- Mission Régionale de Santé (Agence Régionale de l'Hospitalisation et Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) : 13.000 euros (2008)
- DRDJS : Budget Opérationnel de Programme (BOP sport) : 40.000 euros (2008) et Centre National pour le Développement du Sport (CNDS) : 100.000 euros (2008) pour l'aide à l'ensemble des associations proposant des APA (hors budget réseau)
- GRSP : 100.000 euros (2008) pour l'aide à l'ensemble des associations proposant des APA (hors budget réseau)
- Sanofi-Aventis : 10.000 euros (2008) pour l'aide à la mise en place du réseau

Points forts : le partenariat et la volonté d'avancer des partenaires ; le financement proposé pour 2009 par le Conseil Général de la Marne (lien avec les services de la PMI, les services de maintien de l'autonomie des personnes âgées, des personnes handicapées, les services des sports et du tourisme) ; les 65 éducateurs sportifs formés en 2008 ; les 4 UTEP hospitalières et le centre de médecine du sport (Chaumont) disposant d'un éducateur médico-sportif à temps plein. Le centre de médecine du sport de Charleville qui évalue les patients du l'Unité Transversale d'éducation de l'hôpital. La participation des pharmaciens et de leurs équipes officinales aux activités du réseau.

Faiblesses identifiées : la précarité budgétaire du début de mise en œuvre pour l'équipe réseau ; la reconnaissance beaucoup trop faible des actes éducatifs (alimentation, activités physiques, gestion du stress).

Perspectives : Constitution d'une association ou d'une autre forme juridique (Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale) pour le réseau en mars 2009. Création d'une chaine de télévision privée (médiatour-santé) en 2009, dont les écrans seront installés dans les cabinets de médecins généralistes.

2 – Réseau « sport-santé » franc-comtois

Un comité de pilotage non hiérarchisé reposant sur le partenariat et l'échange, mis en place en juin **2007,** se réunit tous les mois et demi. Le secrétariat du réseau est assuré par la **DRDJS de Franche-Comté**. Une **convention de partenariat** entre les membres sera élaborée en 2008. Une **charte d'adhésion pour les éducateurs sportifs** ayant suivi la formation sera élaborée en 2008. La création d'une **exposition itinérante** à destination du grand public (2008-2009) est en cours. **L'orientation des patients** pris en charge par les réseaux de santé de Franche-Comté volontaires (diabète, obésité pédiatrique, réadaptation cardio-respiratoire) vers des associations sportives proposant des APA est un des objectifs pour 2009.

Le réseau sport-santé a élaboré, en particulier avec les éducateurs médico-sportifs des réseaux partenaires, un programme de **formation continue** pour les éducateurs sportifs ; cette formation a été mise en œuvre par le Centre Régional d'Education Populaire et de Sport (CREPS) de Franche-Comté : 9 stagiaires formés en 2008.

Fondateurs et partenaires : DRDJS et CREPS de Franche-Comté, partenaires : DDJS 70, Comité Régional Olympique et Sportif , DRASS et URCAM, Association des médecins du sport de Franche-Comté, Service de Médecine Préventive Universitaire (SUMPPS), réseau Gentiane (diabète), réseau REPPOP (obésité pédiatrique), centre de réadaptation cardio-respiratoire de Franche-Comté.

Financements : en 2007-2008 : DRDJS et CREPS ; en 2009 : financement GRSP prévu.

Point forts : Dynamique institutionnelle et partenariale forte avec participation très importante et constante au comité de pilotage ; partenariat avec les

éducateurs médico-sportifs des réseaux de santé partenaires et du centre de réadaptation cardio-respiratoire de Franche-Comté, et avec le Comité Régional Olympique et Sportif.

Point faible : Dynamique récente qui manque de moyens opérationnels spécifiques.

Perspectives : Le **recrutement d'un médecin conseiller** auprès de la DRDJS permettra d'élargir et de renforcer la dynamique enclenchée. Le **travail avec le mouvement sportif sera renforcé** pour faciliter l'accueil dans les clubs (formation d'éducateurs sportifs avec une palette plus large de disciplines) et pour assurer une relation plus importante avec les médecins de ville. Le réseau sport-santé franc-comtois va pouvoir s'appuyer sur les activités physiques mises en place au sein de **l'Université d'été de santé publique de Besançon** début juillet.

APS ET ENVIRONNEMENT

Coordinatrice

Alart Michèle

Groupe de travail

Delerue Guy

Desqueyroux Hélène

Gaubert Isabelle

Marquet Sarah

Menegoz Pierre-Paul

Oppert Jean-Michel

Rostan Florence

Weil Marcos

Autres contributeurs et auditions

Dumas Bruno

Engelsman Eddy

Leport Elie

Peigné Hubert

Saladin Jean-Luc

I. Synthèse

De nombreuses recherches ont montré que l'environnement construit, en milieu urbain ou rural, constitue un facteur déterminant de la santé des populations. Le cadre de notre vie est le produit d'une multitude d'actions qui relèvent de politiques publiques ayant une incidence spatiale: aménagement du territoire, urbanisme, environnement, transports, etc. Ces politiques obéissent à des logiques sectorielles qui ne prennent que très rarement en compte la dimension de santé publique. En effet, alors que les politiques territoriales intègrent clairement la lutte contre les nuisances (pollution de l'air ou des eaux, bruit), et plus encore depuis le Grenelle de l'environnement[87] elles n'envisagent que rarement l'activité physique quotidienne des Français comme conséquence possible de leurs choix en matière de mobilité. L'objectif consiste donc à assurer une meilleure prise en compte de la santé dans les politiques publiques d'aménagement du territoire et de l'urbanisme.

La mise en œuvre de cette stratégie vise à **agir sur l'environnement construit** pour :

- **modifier les modes de déplacement en favorisant la mobilité à force humaine** dite encore mobilité active ou mobilité « douce » ;
- **faire évoluer nos modes de vie, en luttant contre la sédentarité**

L'aménagement de l'espace collectif doit être conçu de manière à ce que la population puisse facilement augmenter sa dépense énergétique par des activités intégrées « naturellement » dans les pratiques quotidiennes.
Les niveaux stratégique et opérationnel de ces objectifs se complètent et fixent un cadre d'intervention cohérent, intégrant la lutte contre la sédentarité comme un des grands enjeux des politiques publiques territoriales et environnementales.

[87] www.legrenelle-environnement.gouv.fr

II. Principales Propositions

Ce rapport développe plus de 80 propositions visant à créer, par un environnement adapté, les conditions d'une vie plus active, en particulier lors des déplacements, qu'ils soient professionnels ou non. Dix nous paraissent essentielles.
Ces recommandations s'inscrivent dans la réalité nationale et internationale : le constat de départ porte sur le décalage en matière de déplacements urbains, entre des pays comme la Hollande et la France. De même, à Londres la proportion relative des voitures et des vélos a été profondément bouleversée par la mise en place du péage urbain, visant d'abord la lutte contre les embouteillages (*London congestion charge*) mais qui a aussi fait progresser l'utilisation du vélo de 50%.
Face à ces résultats, qui pourraient constituer un objectif à moyen terme pour la France, on pourrait s'appuyer sur l'engouement actuel pour les vélos en libre service (Vélo à la carte à Rennes, VélôToulouse, Vélib, Vélocampus à Nantes, Vélo'v, Ch'ti Vélo…) et la récente diminution de l'utilisation de la voiture (-10% en Juin ; -15% en Août 2008)[88] pour proposer une démarche en 3 étapes:
- amplification des expériences facilitant l'utilisation urbaine du vélo
- sécurisation des parcours de mobilité « active », vélo et marche
- accroissement des zones urbaines en limitation de vitesse à 30km/h

1. Recommandations concernant les communes

Les communes sont le lieu privilégié pour développer des mesures de proximité. Les mesures proposées se déclinent selon les thématiques liées à l'urbanisme et l'architecture d'une part, à la mobilité d'autre part.

- **1.1.** : Aménager les espaces publics et les rues pour les rendre favorables aux modes de déplacement actifs (sécurisation, agrément, valorisation, promotion)
- **1.2** : Veiller à la mixité d'usage dans les quartiers pour inciter à la marche et à l'utilisation du vélo : proximité et accessibilité des commerces, services, équipements
- **1.3** : Intégrer la dimension « mobilité active » dans le cahier des charges des commandes publiques (révision des PLU, aménagements routiers, projets d'urbanisation, espaces publics…)
- **1.4** : Mettre en place un programme d'information et de formation destiné aux élus locaux et aux cadres administratifs pour les sensibiliser aux relations entre activité physique et santé

[88] Une enquête CSA du 1er et 2 octobre 2008 révèle de profonds changements de comportement chez les automobilistes en raison, notamment, de la hausse des carburants et de l'évolution économique : 42% déclarent prendre moins leur voiture et choisissent la marche à pied quand il s'agit de petits trajets quotidiens de quelques centaines de mètres, tandis que 18% prennent plus volontiers leur vélo. La réduction de la mortalité routière est directement proportionnelle à ces changements (-25% du nombre de tués en septembre 2008).

2. Planification dans les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), les Départements et les Régions

Ces recommandations visent à ce que les objectifs d'amélioration de la santé publique par l'activité physique et sportive soient relayés dans les documents de planification à tous les niveaux institutionnels.

- **2.1** : Accroître la part des zones 30km/h lorsque l'urbanisation est dense
- **2.2** : Procéder à l'état des lieux vélo et piéton en milieu urbain et rural
- **2.3** : Renforcer le volet mobilité active des plans de déplacements urbains (PDU)
- **2.4** : Développer les mesures favorisant l'intermodalité, moyen d'articuler grandes et petites distances. Créer les conditions de remplacement du transport motorisé individuel non indispensable. Intégrer la mobilité active dans les chaînes de déplacements.
- **2.5** : Etablir des plans de mobilité d'école, d'université, d'institution, d'entreprise et de site.

3. Législation

Ces recommandations répondent à l'objectif d'une meilleure prise en compte de la santé par l'activité physique et sportive dans la législation en matière d'aménagement du territoire et d'urbanisme. Elles sont, pour l'essentiel, de la compétence de l'Etat.

- **3.1** : Proposer une défiscalisation à hauteur de 200 euros par an, pour favoriser les déplacements professionnels à vélo des personnes qui résident dans un rayon de 10km environ de leur lieu de travail.
- **3.2 :** Intégrer dans les critères de subventionnement d'ouvrages et d'équipements la prise en compte des effets du projet sur les mobilités douces.

III. Contexte

Les relations entre santé et environnement construit sont à l'origine même de la naissance de l'urbanisme en tant que discipline professionnelle. Ce sont en effet les enquêtes épidémiologiques sur les quartiers insalubres à la fin du XIX^{ème} siècle qui ont conduit à édicter les premières règles hygiénistes (éclairage, circulation de l'air, distribution des eaux potables, évacuation des eaux usées,…) cadrant le développement urbain.

Aujourd'hui les enjeux posés par l'aménagement des villes et des villages dépassent largement la production de logements salubres. L'aménagement du territoire en tant que lieu de convergence de politiques sociales, environnementales et économiques est à considérer comme un facteur déterminant en matière de santé publique. Aux préoccupations toujours actuelles d'un air pur et d'une eau propre, s'ajoute une nécessité de dépense énergétique, que notre environnement moderne a largement rendu superflue par un aménagement trop largement basé sur la mobilité motorisée. Ainsi, les obstacles de tous ordres que rencontrent piétons et cyclistes, les facilités offertes aux automobilistes, les distances toujours plus grandes entre logement, travail, enseignement et loisirs, ont largement contribué à la sédentarité des populations.

La corrélation entre l'environnement construit et la sédentarité a été mise en évidence au travers de nombreuses recherches. Modifier cet environnement de manière à faciliter et favoriser la pratique d'activités physiques quotidiennes constitue un enjeu majeur pour les politiques publiques. La marche et la pratique du vélo sont les activités physiques les plus simples ; elles peuvent donc être très facilement intégrées dans nos activités quotidiennes. Rendre nos villes et nos villages plus accueillants pour les modes de déplacement doux nécessitera certes des aménagements physiques, mais exigera surtout de vaincre quelques résistances institutionnelles, légales et psychologiques.

Considérer l'aménagement du territoire et l'urbanisme comme leviers d'action en faveur d'une amélioration de la santé publique implique des actions transversales :

> **au travers de tous les niveaux hiérarchiques de décision** : de l'Etat (lois cadres et programmes nationaux) jusqu'aux collectivité locales et territoriales, (aménagement du territoire) ;
> **au travers de toutes les disciplines qui façonnent notre cadre de vie** : urbanisme, équipement, transport, espace public.

Ces mesures, légales ou incitatives, doivent être combinées avec les actions concrètes et la communication. En effet, les aménagements sont nécessaires mais non suffisants. Ils constituent un potentiel mis à la disposition du public dont l'usage dépend des comportements individuels. Dès lors, les recommandations développées ci-après concernent aussi bien les aspects matériels qu'immatériels. Elles portent sur des aspects légaux, des modes de financement ou de subventionnement touchant tous les niveaux de décision. Des actions concrètes, pouvant être mises en œuvre par des acteurs publics ou privés, côtoient des mesures d'information, de promotion et d'éducation. Le programme d'actions « urbanisme-environnement-santé » vise ainsi à agir sur l'ensemble des déterminants spatiaux qui favorisent ou entravent l'activité physique au quotidien. Pour faciliter la mise en œuvre des mesures et

recommandations, celles-ci ont été classées en fonction des acteurs chargés de leur mise en œuvre.

Ces actions s'intègrent aussi dans certains programmes déjà engagés ou en interaction avec le Plan Santé-Transport en cours de définition, qui, pour l'instant, comporte essentiellement des mesures de réduction des émissions et d'amélioration des connaissances ou avec le Plan National Santé Environnement, PNSE2.

1. Programmes nationaux et internationaux

Différents pays en Europe et dans le monde ont mis en place des politiques visant à rendre « l'environnement », au sens large, plus favorable à l'activité physique (Schoëppe et al, 2004 ; WHO Obesity 2007). Ces stratégies nationales ont en commun les objectifs suivants : faciliter l'accès aux services et infrastructures en relation avec l'activité physique, améliorer l'information des citoyens en matière d'accès aux services et infrastructures, développer les moyens de transport « actif » et la mobilité active, mise en place de pistes cyclables et voies piétonnes, former les personnels pouvant encadrer les activités physiques au niveau local (communal), développer les infrastructures durables en matière d'équipements récréatifs et sportifs. Il faut noter que ces développements portant sur l'environnement favorable à l'activité physique se font, dans ces programmes, toujours en parallèle avec d'autres stratégies complémentaires que sont les campagnes d'information et l'ensemble des actions d'information et d'éducation des publics concernés.

Ces stratégies destinées à la population générale identifient comme groupes spécifiques d'intérêt les enfants et les adolescents, les sujets âgés, les sujets atteints de handicap. Ces stratégies visent à promouvoir la participation régulière à des activités physiques pour la santé tout au long de la vie. Elles insistent sur l'importance pour la santé de l'activité physique d'intensité au moins modérée (d'où l'intérêt pour la mobilité active) sans oublier les bénéfices potentiels d'une activité d'intensité plus élevée. Il s'agit donc bien de favoriser le concept de « mode de vie actif » (*active living*) autant que celui « d'activité physique pour la santé ». Ces messages portent l'accent sur les aspects positifs de l'activité physique en termes de santé mais aussi d'intégration et de cohésion sociales. Le cadre dans lequel se mettent en place ces stratégies est varié concernant tant l'école que le lieu de travail, le quartier, les organisations et associations sportives, ou le système de santé (soins de santé primaires).

Les politiques mises en œuvre dans les pays recensés reposent sur une combinaison d'approches pour augmenter l'activité physique de la population, approches individuelles d'une part, approches environnementales d'autre part (Schoeppe et al, 2004). Une difficulté récurrente concerne l'évaluation de ces programmes, l'organisation de cette évaluation et son financement.

On peut ainsi citer les programmes mis en place, en dehors de l'Europe, en Australie (Active Australia), en Nouvelle-Zélande (SPARC, Sport And Recreation New Zealand), au Canada (Canada Coalition for Active Living), au Brésil (Brésil: Agita Sao Polo, Agita Brazil). Certains programmes mis en place en Europe sont indiqués ci-dessous.

2. Registre des programmes de promotion de l'activité physique dans la région Europe (réseau HEPA Europe)

Le réseau HEPA (Health-Enhancing Physical Activity)[89] en Europe a réalisé un inventaire des programmes de promotion de l'activité physique disponibles spécifiquement dans les pays de la zone Euro de l'Organisation Mondiale de la Santé. La première étape de ce projet a porté sur deux types de documents : d'une part, les documents décrivant les politiques nationales de promotion de l'activité physique développées par les ministères concernés (santé, transports, environnement, etc), d'autre part, les documents relatifs aux réseaux nationaux de promotion de l'activité physique. Au sein de la région Europe au sens de l'OMS (53 pays), des informations de ce type sont disponibles pour 33 états membres.

Une analyse de ce registre est possible par secteur, par exemple le secteur « environnement » et le secteur « transport ». A la date du 1er janvier 2008, sur un total de 295 documents disponibles dans le registre, 186 (64 %) étaient des documents décrivant des politiques à l'échelon national dont 50 correspondaient au secteur « transport » et 1 seul au secteur « environnement ». Par comparaison, 116 documents étaient répertoriés dans le domaine de la « promotion de la santé » et 50 dans le domaine « sport ».

Le document du domaine « environnement », publié en 2005 par le Ministère de l'environnement norvégien ("*The Government's Environmental Policy*"), inclut l'activité physique dans un chapitre portant sur les activités d'extérieur (*outdoor*). Constatant une diminution de ce type d'activité autant chez les adultes que les enfants, le programme vise à la promotion des activités de pleine nature. Parmi les documents du domaine « transport », au chapitre des politiques et programmes nationaux, on compte un seul document (sur 10) concernant la France. Il s'agit des « propositions pour encourager le développement de la bicyclette en France ; Mission parlementaire vélo 2004 ». Parmi les 9 autres politiques nationales sur les transports en rapport avec l'activité physique, trois émanent de Suisse.

[89] www.euro.who.int/hepa

IV. Détail des propositions

Les préoccupations de santé sont transversales à nombre de domaines : éducation, milieu de vie, urbanisme, environnement. Les analyses et propositions qui suivent ciblent toutes un objectif de santé publique décliné au travers d'actions qui concourent à une meilleure qualité de vie et de santé de la population. Les comportements liés à des problèmes de santé peuvent être influencés par des facteurs individuels et environnementaux ainsi que par les politiques publiques. Les décideurs municipaux disposent, grâce à leur pouvoir de réglementation et leur possibilité de mettre en œuvre des politiques, de moyens puissants pour aider ou inciter les gens à bouger davantage et à mener une vie moins sédentaire. Pour être efficace, il faut agir en priorité au niveau des municipalités, là où les gens vivent, travaillent, pratiquent des loisirs, des activités physiques ou des sports. Les propositions ci-après sont essentiellement de la compétence des collectivités publiques (communes), lieu privilégié pour développer des mesures de proximité. Les mesures de cadrage global sont, quant à elles, réservées au domaine de la planification et de la législation

1. Mesures d'aménagement de l'environnement construit urbain

Toutes ces actions sont conçues de manière à prendre en compte les besoins de l'ensemble des usagers, quelque soit leur âge, leur état de santé ou leur handicap.

1.1 Aménager les espaces publics de manière à les rendre favorables aux activités physiques

JUSTIFICATION

L'aménagement de rues, des parcs, des squares, favorise la marche à pied. Les études montrent que plus un environnement est adapté à la marche piétonne (« marchable »), plus les gens marchent.

ACTIONS

1. Rendre les rues adaptées à la marche, agréables et sans obstacle

2. Rendre possible par des aménagements simples (chemins avec escaliers, zones de jeu de ballon pour les enfants…) dans les parcs de quartiers, des activités physiques spontanées de proximité. Des installations plus élaborées favorisant les activités sportives peuvent aussi être installées (paniers de basket, buts de handball…).

1.2. Favoriser les modes de déplacement actif en aménageant les centres villes, les traversées d'agglomération et d'une façon générale l'ensemble des rues, pour les rendre plus sûres et plus conviviales

JUSTIFICATION

Le partage de l'espace entre les différents modes de déplacement traduit les priorités et les valeurs d'une société. C'est un moyen important d'affirmer le souci de favoriser l'activité physique de chacun.

1/ Le vélo est une excellente forme d'activité physique, mais n'est pas sans risque au milieu des autres formes de déplacement.

Les études montrent une corrélation entre l'aménagement du réseau (nombre de km aménagés) et la pratique du vélo. Par ailleurs, la possibilité de parquer son vélo dans un endroit sûr, abrité et facilement accessible est une condition indispensable pour favoriser l'usage quotidien du vélo.

Les villes qui, après La Rochelle et Orléans, ont mis en place un système de vélos en libre service (VLS) font état d'un véritable renouveau des modes de vie citadins. Par delà un certain « effet-mode » (de l'expérience Vélib' notamment) il convient d'examiner certains chiffres qui tendent à prouver que la mobilité des populations concernées se trouve accrue.

A Paris, on atteint, après un an d'existence de Vélib', 14.000 vélos dans 1000 stations et le nombre d'abonnés mensuels est de 45.000. Depuis le lancement de Vélib' en Juillet 2007, 34.2 millions de trajets ont été effectués à la date du 21 Septembre 2008. La durée moyenne d'un trajet se situe entre 18 et 20 minutes. Pour 84% des utilisateurs Vélib' complète l'offre de transport existante, 20% utilisent moins souvent leur véhicule personnel et 19% des usagers ont utilisé Vélib' pour faire des déplacements qu'ils n'auraient pas effectués sans cela. On peut donc constater que le vélo devient un moyen de transport complémentaire et a changé les habitudes et les comportements des parisiens. En revanche, le manque de recul et l'absence de bilan d'envergure sur le sujet ne permettent pas de quantifier l'impact des VLS en terme de santé publique ni de préciser si le report modal se fait au détriment des transports en commun ou des véhicules personnels. En outre, de façon quasi unanime, les études existantes pointent les difficultés d'une transposition du VLS aux villes moyennes.

Quelles que soient les difficultés d'évaluation en terme sanitaire, la tendance sur l'activité physique est importante (+50% des déplacements à vélo à Londres en 4 ans) ; il convient donc de l'amplifier et de soutenir cette mutation avec des mesures incitatives fortes, aux coûts d'équipement modestes, à l'instar des politiques menées aux Pays-Bas dans le cadre de la lutte contre l'obésité et le développement de l'activité physique ou sportive.

2/ Le trottoir est un monde « entre deux » ; il n'y a pas vraiment de code du trottoir, il n'est pas surveillé par la police, ni, le plus souvent, entretenu par la voirie. L'entretien du trottoir est souvent fait de manière accessoire. Cet espace subit des pressions avec une tendance à l'envahissement par les privés (étalages, publicité, journaux, etc.) et par les moyens de déplacement roulants ou en stationnement (motos, voitures, vélos). Le trottoir est un champ de tensions dans lequel le piéton doit trouver son chemin.

ACTIONS

3. Créer et sécuriser des pistes et bandes cyclables. Faire en sorte que le vélo ait réellement sa place dans les rues et installer chaque fois que c'est possible des vélos en « libre service ».
4. Créer des places de stationnement abritées et sécurisées (possibilité de cadenasser le vélo à un support) et facilement accessibles (proches du logement, des lieux de travail, des commerces, des équipements et installations publiques, des interfaces de transport).
5. Installer près des parcs à vélos des « stations services vélos » pour aider à la maintenance.
6. Assurer la continuité des réseaux piéton et cyclable.
7. Multiplier les traversées piétonnes sécurisées (rehaussement des voies à la hauteur des trottoirs au niveau des passages piétons) avec feux et refuge central pour les avenues les plus larges.
8. Veiller à la suppression des obstacles sur les trottoirs pour permettre une libre circulation des personnes à mobilité réduite.
9. Assurer un éclairage de qualité, d'un part pour que les piétons et vélos soient vus des véhicules à moteur, et d'autre part pour limiter les risques lors des déplacements à pied.
10. Limiter la vitesse des voitures (zone 30km/h) pour permettre les déplacements à pied ou à vélo sans risque.
11. Agrémenter les zones piétons de bancs pour permettre aux plus âgés des déplacements à pied avec des zones de repos assurées, le long des parcours.

Pour les personnes âgées, la présence de bancs le long des parcours est indispensable. En effet, parmi les personnes à mobilité réduite, mais toujours en mesure de marcher, 30 % ne peuvent effectuer plus de 50 mètres sans s'arrêter ou sans souffrir de douleurs et 20 % ne peuvent effectuer qu'entre 50 et 200 mètres sans s'arrêter. Or les personnes âgées se déplacent plus fréquemment à pied que la moyenne de la population. A partir de 75 ans, au début d'une période dite de « fragilisation », un aménagement urbain inhospitalier représente un frein important à leur mobilité.

1.3. Aménager les zones d'habitation, lieux de vie pour favoriser les déplacements à pied

JUSTIFICATION

La proximité de parcs favorise la marche de loisirs. La proximité des commerces et services favorise la marche utilitaire.

ACTIONS

12. Favoriser l'accessibilité à pied ou à vélo des commerces ou services. Créer des passerelles, des passages protégés, des zones sans voiture.
13. Favoriser l'utilisation (en complément d'une partie faite à pied) des transports en commun pour accéder aux commerces et services.
14. Favoriser l'implantation de commerces et de services de proximité.

1.4. Aménager des parcours de promenade, pour tous

JUSTIFICATION

L'aménagement des parcours permet de multiplier les occasions de bouger dans son environnement proche et de retrouver l'envie de marcher.

ACTIONS

15. Aménager des parcours en boucle pour offrir aux personnes la vraie sensation d'une promenade et non la sensation d'être sur un terrain d'exercice.
16. Rendre agréables les zones de marche.
17. Sécuriser les zones de marche pour que les parents puissent réellement se détendre sans devoir en permanence surveiller leurs enfants.
18. Equiper de bancs et de zones de repos les parcours pour les personnes ayant un champ de mobilité réduit.
19. Créer des raccourcis dans les parcours pour ne pas imposer dés le départ une longue distance à parcourir. Pouvoir abréger en cas de fatigue.
20. Aménager les parcours pour les personnes avec handicap : sol permettant le passage des chaises roulantes, texture du sol variant selon que l'on est sur le chemin ou non pour les personnes ayant une déficience visuelle.
21. Entretenir ces parcours pour qu'ils soient sans risque.
22. Agrémenter les parcours de marche par de la végétation ou des informations attractives (panneaux explicatifs d'un monument ou d'un élément naturel, exposition temporaire, point de vue, mobilier d'extérieur original).

1.5. Multiplier les parcours de marche pour en rendre l'accès facile

JUSTIFICATION

La difficulté d'accès à un lieu de marche en limite fortement son utilisation par tous. Nombres de lieux de promenade nécessitent un déplacement automobile préalable et en interdisent donc l'accès aux personnes âgées ou handicapées seules. De même que la distance entre les lieux de vie et ces zones de promenade impose que l'on dispose d'un temps important pour s'y rendre, marcher et revenir à son point de départ.

ACTIONS

23. Créer des parcours démarrant à proximité des maisons de retraite et établissements pour personnes âgées, avec la possibilité d'écourter fortement le parcours.
24. Créer des parcours à proximité des entreprises qui favoriseront la marche au moment de la pause méridienne, avec des zones pour des déjeuners de plein air.

1.6. Aménager les abords immédiats des immeubles de manière à ce que les enfants puissent sortir seuls

JUSTIFICATION

Les études montrent que plus les enfants peuvent sortir, moins ils restent devant la télévision, plus la prévalence d'obésité diminue.

ACTIONS

25. Ecarter le stationnement des voitures devant les entrées d'immeubles.
26. Proposer des zones sans voiture et sécurisées le long des immeubles d'habitation pour permettre aux jeunes enfants de jouer sans être confrontés aux voitures, tout en restant sous la vigilance des parents.
27. Transformer le parking le plus proche, chaque mercredi après midi pendant que nombre d'adultes sont à l'extérieur avec leur voiture pour en faire une zone momentanée de jeu à destination des enfants.
28. Mettre des ralentisseurs à proximité des entrées d'immeubles pour que les enfants ne soient pas confrontés à des passages de voitures rapides (« *Laisser les voitures en liberté, c'est mettre les enfants en cage* », Dr. M. Hüttenmoser).
29. Détourner le flux de voitures de passage, des zones de jeu.

1.7. Aménager et équiper les cours de récréation et les zones de jeux

JUSTIFICATION

Un traçage au sol correspondant à différents types d'activité (jeux de balle ou de ballon, marelle…) permet à chacun de trouver sa place dans cet espace et éviter qu'une seule activité de ballon en se mettant au centre ne mobilise tout l'espace de jeux, excluant les autres enfants. La mise en place d'équipements ludiques dans les cours de récréation favorise des « récréations actives ».

ACTIONS

30. Dessiner sur le sol des cours de récréation des zones de jeux en utilisant de façon optimale tout l'espace
31. Equiper les zones de jeux en jeux simples libres d'accès.

1.8. Aménager les zones communes de circulation intérieure

JUSTIFICATION

Rendre agréable les zones communes des habitats collectifs et notamment les cages d'escaliers, développe l'envie de marcher et favorise leur utilisation. L'aménagement intérieur des bâtiments influence aussi le niveau d'activité physique à l'extérieur.

ACTIONS

32. Dégager l'accès aux escaliers qui doivent être bien en vue, bien éclairés et aérés. Orienter vers l'escalier avant de voir l'ascenseur.
33. Rendre agréable les escaliers : propreté, peinture de qualité, affichage…
34. Afficher l'intérêt de l'utilisation des escaliers sur le bien-être et la santé (Campagne « Retrouver le sourire en 3 escaliers »).

1.9. Rénovation urbaine

JUSTIFICATION

Une forte demande d'éducateurs sportifs se développe dans les quartiers pour répondre au besoin de diversification des activités proposées. Dans le cadre du plan banlieue, 215 quartiers feront l'objet d'un plan de rénovation urbaine lourd qui devrait intégrer les recommandations en matière de promotion des mobilités actives. De même la réactivation des emplois-jeunes et des adultes-relais devrait permettre de créer des postes d'encadrement de ces activités physiques.

2. Mesures d'aménagement de l'environnement construit rural

L'ensemble des mesures peut se décliner en milieu rural. Cependant certaines spécificités permettent d'envisager de :

2.1 Aménager les espaces publics de manière à les rendre favorables aux activités physiques

ACTIONS

cf1 : Rendre les rues agréables et « marchables »

2.2. Favoriser les modes de déplacement actif en aménageant la circulation dans les communes rurales autour des axes importants qui les traversent

JUSTIFICATION

Le partage de l'espace entre les différents modes de déplacement se réduit parfois au cadre d'une confrontation entre résidents et "traversants" motorisés voyant le site comme un obstacle à une circulation rapide, et oublieux des résidents.

ACTIONS

- Créer des pistes et bandes cyclables.
- Créer des priorités pour les vélos.
- Assurer la continuité du réseau piéton et du réseau vélo. Installer des aménagements sécurisés pour la traversée des grands axes.
- Assurer un éclairage de qualité pour que les piétons et les vélos soient vus des voitures.

Cf. action 10 : Imposer une modération des vitesses des voitures (zone 30) au centre des communes pour permettre les déplacements à pied ou vélo sans risque.

2.3. Aménager des sentiers de marche, pour tous et communiquer sur les sentiers existants et sur les zones et parcs d'activité.

JUSTIFICATION

Des voies aménagées de type sentiers de Grande Randonnée côtoient des chemins agricoles, d'anciens sentiers qui ne sont plus utilisés, d'anciens chemins de hallage. Ces derniers lieux possibles d'activité physique ne sont pas toujours recensés ou mis en valeur et leur accès parfois difficile ne favorise pas la marche. La relation de l'homme à la nature est une évidence. Le milieu urbain et la vie moderne ne favorisent pas la conscience de ce lien. La fréquentation des milieux ruraux et montagnards, où la nature est omniprésente, participe à la préservation de la santé. Il faut y veiller avec le même objectif de préservation des territoires.

ACTIONS

35. Aménager les sentiers existant et faire des parcours en boucle pour offrir la possibilité d'une marche agréable et de longueur adaptable.
36. Baliser les parcours avec des indications précises de distance et des cartes affichées et édition de topoguides. Aménager les espaces publics propices à l'éveil de notre lien avec la nature. Dans cette optique, il peut être mis en scène :
    - le côtoiement de l'eau (ruisseaux, fontaines…) ;
    - les perceptions d'odeurs caractéristiques dans la nature (pins, terres, lavandes, figuier, champignons…
    - l'identification du cycle des saisons sur des essences arboricoles
37. Favoriser les programmes sociaux visant à opérer un rapprochement des populations citadines avec les milieux ruraux ou montagnards. Rechercher des partenaires pouvant répondre à des activités de pleine nature en lien avec les programmes mis en place par les municipalités ou les associations dans les espaces publics.
38. Faire un inventaire de tous les lieux de marche ou de vélo VTT, existant sur la commune et le diffuser. Favoriser les activités physiques ou sportives en milieu de pleine nature (EPS pour les écoles, parcours de santé, mur d'escalade, pente école…)

Cf. action 18 : Equiper de bancs et de zones de repos les parcours pour les personnes ayant un champ de mobilité réduit.
Cf. action 19. Créer des raccourcis permettant d'abréger le parcours en cas de fatigue.

2.4. Créer des parcours de marche de proximité avec accès facile

JUSTIFICATION

Le nombre de lieux de marche qui nécessitent un déplacement automobile préalable en limite l'accès aux personnes âgées ou handicapées seules.

ACTIONS

Créer des parcours démarrant à proximité des maisons de retraite et établissements pour personnes âgées ou personnes handicapées, avec la possibilité d'écourter fortement le parcours.

39. Aménager dans la mesure du possible les parcours pour les personnes ayant un handicap, entretenir ces parcours et les agrémenter

3. Mesures de promotion de l'activité physique et des mobilités douces

Ce chapitre axé sur la promotion d'un style de vie actif est à destination des décideurs comme des citoyens. Il a pour but d'accompagner la mise en place des aménagements favorables à la pratique d'une activité physique et sportive comme le suggère le rapport INSERM[90] par des mesures de promotion d'un style de vie actif. Ces mesures combinent plusieurs stratégies et sont indissociables de celles énoncées dans le chapitre précédent (environnement construit).

3.1 Mesures destinées aux décideurs (compétence des collectivités locales)

3.1.1. Développement organisationnel

JUSTIFICATION

La commune est un lieu privilégié pour promouvoir un style de vie actif. L'aménagement de l'environnement peut favoriser une augmentation de la pratique physique régulière de la population telle que mentionnée dans l'expertise INSERM.

Aussi, les propositions d'actions ci-dessous visent à réorganiser l'espace, à prendre en compte de manière plus significative les mobilités douces, à réduire certaines inégalités de santé par une pratique physique ouverte et accessible à tous.

ACTIONS

40. Doter la commune d'une structure pérenne chargée de la promotion et de la mise en œuvre de mesures favorables aux piétons et aux cyclistes en nommant un Responsable « Mobilité Active », afin d'améliorer le bien être et la santé des citoyens en leur proposant un environnement plus sain. Ce référent pourra analyser, centraliser et coordonner les demandes de projets allant dans ce sens pour une meilleure prise en compte des déplacements à pied et à vélo dans la cité et l'intercommunalité, et se poser comme avocat de la mobilité active dans tous les projets.

[90] « *Itinéraires habituels pour se rendre au travail ou à l'école, pour s'approvisionner dans les magasins et pour d'autres obligations* »

41. Intégrer une dimension mobilité active dans le cahier des charges des commandes publiques (projets d'urbanisation, révision de PLU, aménagements routiers, espaces publics, etc).
42. Conditionner l'obtention des permis de construire des bâtiments publics à la mise en place et à l'accessibilité des escaliers, des abris à vélos ainsi qu'au « prolongement d'extérieur » favorisant les activités physiques de proximité.
43. Entretenir les aménagements cyclables, assurer leur sécurité, et leur éclairage afin qu'ils soient utilisés dans la durée.
44. Créer un usage différencié de certains espaces publics dans le temps : rues, parkings fermés certains jours pour permettre les sports de rue.
45. Reconnaître les associations co-gestionnaires de l'espace public par un subventionnement.

Pour toutes ces actions, les communes ne disposant pas d'un service technique devraient pouvoir s'appuyer sur les compétences d'un organisme indépendant, ainsi que d'outils les aidant à la mise en place, au financement et à l'évaluation de leurs projets.

3.1.2. Incitation

JUSTIFICATION

Afin de changer la norme sociale en matière de pratique d'activité physique, il faut promouvoir un style de vie actif en combinant plusieurs stratégies, individuelles et collectives. L'incitation à devenir une municipalité « active » au quotidien est une composante incontournable de cette stratégie.

ACTIONS

46. Mettre en place un suivi de la progression des déplacements à pied et à vélo et en informer le public.
47. Inciter la collectivité à adhérer à des réseaux prenant en compte le bien être des citoyens : réseau villes – santé (OMS) ; « child friendly cities » ; « villes d'enfants, villes d'avenir » ; « villes actives du PNNS » ; charte internationale de la marche ; etc.

- Inciter, par un subventionnement adapté, les collectivités à décliner le PRSE sous forme d'un plan local de santé et d'activité physique qui permettrait de faire entrer les activités physiques pour la santé dans la « culture » locale.

48. Introduire la contractualisation de chartes du bien-être et de la qualité de vie par l'activité physique aux documents de planification.
49. Prôner l'exemplarité des administrations en mettant à disposition des vélos de service ou en offrant un vélo au personnel renonçant à venir en voiture

3.1.3. Information et sensibilisation des élus et techniciens

JUSTIFICATION

Afin d'attirer l'attention des élus et des techniciens sur l'image positive d'un territoire "santé" ; il convient de démontrer les effets et l'impact que peuvent

avoir des projets de prévention et d'éducation pour la santé sur le bien-être de leur population.

ACTIONS

50. Proposer à un niveau national (INPES, CNFPT, Forum des Villes, Association des Maires de France) un programme destiné aux élus locaux et aux cadres administratifs pour les sensibiliser et les informer sur les relations entre activités physiques et santé, les incidences de l'environnement construit sur la santé, les réalisations possibles en la matière.
51. Lier les institutions existantes (Directions Régionales Jeunesse, Sports et Cohésion Sociale, GRSP, ARS) et le milieu associatif afin de relayer ce type de formation sur le terrain.
52. Former les acteurs des collectivités à l'évaluation des projets « Vie active santé ».
53. Distribuer des brochures, plaquettes d'informations aux élus, techniciens ainsi qu'aux relais locaux suite à la formation.

3.2 Mesures destinées au public

JUSTIFICATION

Les mesures destinées au public ont pour objet de donner de la visibilité sur l'utilisation de la cité comme terrain de pratique de l'activité physique et sportive. Son objectif : lutter contre la sédentarité en favorisant et facilitant l'engagement actif au cours des déplacements quotidiens.

Pour ce faire, plusieurs étapes ou actions simultanées et complémentaires sont nécessaires : informer, favoriser, accompagner le grand public (ex : le balisage de la ville, la mise à disposition d'outils : podomètres, cartes…). Le but est de valoriser l'image du citoyen actif par différents moyens. Soulignons ici le rôle primordial joué par les associations, maillon essentiel dans la mise en place de ces propositions.

ACTIONS

54. Distribuer des brochures, plaquettes d'informations aux élus, techniciens ainsi qu'aux relais locaux suite à la formation.
55. Distribuer des cartes/plans indiquant les parcours piétonniers et cyclables. Construire des parcours de découverte thématique de la cité en collaboration avec la Fédération Française de Randonnée Pédestre, les directions de la culture et des services historiques, les restaurateurs…
56. Distribuer des cartes des temps de parcours de déplacement à pied entre différents quartiers et équipements.
57. Communiquer sur les itinéraires d'accès à l'école en cartographiant les différents parcours.
58. Distribuer des podomètres (*moyen simple pour situer son propre niveau d'activités physiques)*[91] aux publics cibles avec un kit d'accompagnement

[91] Activité physique – Contextes et effets sur la santé. Éditions Inserm, mars 2008, 832 pages, Collection Expertise collective

incluant les normes et recommandations dans le cadre d'un véritable projet d'éducation à la santé (différents partenaires possibles du niveau national au niveau local : INPES, CRES, CODES, éducation nationale, fédérations sportive, OMS – office municipal des sports - éducateurs sportifs locaux…).

59. Favoriser le choix des déplacements professionnels à vélo en proposant une mesure de défiscalisation à hauteur de 200 euros par an à ceux qui choisissent d'utiliser leur vélo (on peut insister sur les personnes résidant dans un rayon situé à moins de 10 km sans pour autant pénaliser ceux qui résident plus loin et qui souhaitent aussi utiliser ce moyen de transport).
60. Labelliser les réalisations favorisant le bien-être pour une meilleure santé (« label » reconnu au niveau national et relayé par les médias ou les institutions).
61. Cartographier à l'aide d'un site internet les « points noirs » du réseau piétonnier et cyclable et mettre cette information à disposition dans les administrations.
62. Jalonner et baliser les itinéraires cyclables.
63. Améliorer la communication autour de l'usage d'espaces naturels propices à des activités physiques.
64. Communiquer sur ce qui a été fait pour réduire les facteurs constituant un frein à l'usage du vélo en ville (dangerosité, distance, lenteur).
65. Informer régulièrement les habitants sur les programmes d'aménagements réalisés en faveur des piétons ou des cyclistes.
66. Organiser des événements qui sensibilisent et favorisent l'activité physique au quotidien, en complément de projets plus globaux ou en s'appuyant sur un événementiel existant à notoriété nationale
    - Journée du 22 septembre « En ville sans ma voiture »
    - Semaine européenne de la mobilité, 16-22 septembre
    - Move for health day (10 mai)
    - Mouv'Eat (novembre)
    - Manifestations favorisant les sports de rue
    - Courses pédestres urbaines
    - Marches pédestres
    - Dimanches Piétons du Marais de Paris

4. Compétences et planification

La mise en place des actions préconisées est de la compétence des régions, départements, établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et communes et s'adressent donc aux responsables des collectivités publiques.

4.1 Inverser les priorités des modes de déplacement

JUSTIFICATION

Actuellement, les aménagements sont conçus pour les déplacements en voiture. La primauté de la voiture décourage l'emploi des modes de déplacements doux, principalement pour des raisons de sécurité. Ce mode donne pourtant une fausse impression de rapidité : en réalité, en ville, jusqu'à 5 km, les déplacements en vélo sont plus rapides et évitent les problèmes de stationnement. Or en ville en France, un déplacement sur deux s'effectue dans un rayon de moins de 3 km.

ACTIONS

67. Donner la priorité aux modes de déplacement doux (marche, vélo) sur les autres modes de déplacements individuels motorisés.
68. N'autoriser une limite de vitesse à 50 Km/h que s'il peut être démontré que ces rues garantissent une sécurité suffisante des piétons et cyclistes par des aménagements adéquats. Dans le cas contraire, limiter la vitesse à 30 km/h.

Exemples :

En ville de Lausanne, la hiérarchie des modes de transports met la marche au premier rang.

A Graz (Autriche), les zones à vitesse limitée sont la règle générale. Les rues où l'on peut rouler à 50 km/h sont l'exception.

4.2 Prendre en compte une mixité d'usages dans toute opération d'aménagement du territoire.

JUSTIFICATION

Un « urbanisme de petits trajets » exige une certaine densité et une mixité entre logements, activités de commerce et services de proximité. La mixité d'usages de l'espace public est aussi une condition-cadre de cohésion sociale (coprésence). La conception de tels espaces permet d'organiser plus facilement les déplacements. L'intermodalité est le seul moyen d'articuler grandes et petites distances et ainsi de concurrencer le transport motorisé individuel. Elle permet d'intégrer la mobilité active dans la chaîne des déplacements.

ACTIONS

69. N'autoriser une limite de vitesse à 50 Km/h que s'il peut être démontré que ces rues garantissent une sécurité suffisante des piétons et cyclistes par des aménagements adéquats. Dans le cas contraire, limiter la vitesse à 30 km/h.
70. Développer un programme de mesures favorisant l'intermodalité. Ce peut être effectué au moyen de plans directeurs de mobilité active. Ceux-ci doivent être élaborés à l'échelle communale, en cohérence avec le PDU, qui a un rôle à jouer dans la coordination intercommunale, l'intermodalité, les priorités, du financement (cf. partie 4.5 : Changer la législation pour mieux prendre en compte les modes de déplacement favorisant l'activité physique).
71. Réaliser un **audit piéton**.
    Evaluer la répartition des passages piétons (tous les 50 mètres dans les zones centrales) ; la présence des traversées piétonnes avec refuge central (ou feux) dans les rues dont la fréquentation est supérieure à 10000 véhicules/jour ; la qualité de l'accès piétonnier aux arrêts des transports publics ; la suppression des obstacles pour les personnes à mobilité réduite ; la diminution du temps d'attente aux traversées avec feux.
72. Compléter les normes de stationnement avec des exigences concernant le parcage des vélos (nombre de places abritées et sécurisées par logement, par surface de vente, par employé, etc).

    Des places de stationnement abritées, sécurisées et facilement accessibles sont indispensables pour favoriser un usage quotidien du vélo. Les études montrent que la crainte du vol constitue un obstacle important à la pratique quotidienne du vélo.
    La réalisation d'abris à vélos doit être introduite pour les nouveaux bâtiments de logements, pour les équipements publics, les surfaces commerciales, les entreprises, etc.
73. Etablir des plans de mobilité scolaire.

    Intégrer et mettre à contribution les écoles dans la mise en œuvre des plans de mobilité scolaire : accessibilité sécurisée à l'école pour les piétons, exemple des « Pédibus », « Car à pattes » ou autre « Car à cycles » (= bus pédestres et bus cyclistes). Identification des « points noirs » du réseau d'accès par les enfants et leurs parents.

Les recommandations ci-dessus visent à ce que les objectifs définis dans les lois et règlements soient relayés dans les documents de planification à tous les niveaux institutionnels. Les recommandations devraient s'appliquer à tous les instruments de planification, qu'ils soient obligatoires comme le schéma de cohérence territoriale (ScoT) et le PLU, ou facultatifs, ces derniers devant être en cohérence avec les documents de planification obligatoires.

Les propositions faites dans le cadre de la commission prévention sport et santé pourront être reprises au sein du Plan Santé-Transport en cours de définition qui doit être incorporé au Plan National Santé Environnement 2. Le Plan Santé-Transport comporte pour l'instant essentiellement des mesures de réduction des émissions et d'amélioration des connaissances.

5. Législation

Les recommandations qui suivent répondent à l'objectif d'une meilleure prise en compte de la santé au travers de l'activité physique dans la législation sur l'aménagement du territoire, l'urbanisme, la mobilité et le développement durable. Elles sont pour l'essentiel de la compétence de l'Etat et s'adressent donc aux ministères en charge de ces domaines. Les recommandations s'appuient sur deux types d'instruments : les lois et règlements relatifs à l'aménagement du territoire d'une part, la réglementation des mécanismes économiques d'autre part.

5.1 Réglementer les mesures d'aménagement.

5.1.1. Prendre en compte les mobilités douces dans les documents de planification et les travaux d'aménagement

JUSTIFICATION

Les modes de déplacements doux ne sont pas suffisamment pris en compte dans les documents d'aménagement du territoire. Cette prise en compte peut être systématisée.

ACTIONS

74. Introduire l'obligation d'un volet « mobilités douces » dans les Plans Locaux d'Urbanisme avec des objectifs chiffrés. Doter les collectivités de moyens légaux pour les mettre en œuvre (déclaration d'utilité publique). Article L121 du Code de l'Urbanisme (sur les Schémas de Cohérence Territoriale, qui permettent de coordonner les politiques menées en matière d'urbanisme, d'habitat, de développement économique, de déplacement et d'implantations commerciales, les Plans Locaux d'Urbanisme et cartes communales qui permettent de construire un projet pour une commune en définissant les zones urbaines, les zones à urbaniser, les zones agricoles et naturelles).
75. Introduire l'obligation, pour toute implantation d'entreprise de plus de 20 employés, d'établir un « plan de mobilité d'entreprise » comprenant un volet « vélo ». A adapter en fonction des infrastructures existantes et de l'environnement (urbain, rural). Renforcer les dispositions du Plan de Déplacements Urbains dans ce sens. Prendre en compte les besoins des cyclistes : places de stationnement, vestiaires, douches.
76. Modifier les normes de construction et réfection des routes pour que les mobilités douces soient systématiquement prises en compte.

5.1.2. Garantir la sécurité des piétons et cyclistes

JUSTIFICATION

Les piétons et cyclistes sont très vulnérables par rapport à la voiture. Le mode de conduite inapproprié ou l'environnement défavorable sont rarement remis en question.

ACTIONS

77. Compléter le code de la route par des dispositifs (chartes) qui assurent une meilleure prise en compte des besoins spécifiques des usagers les plus faibles et les plus fragiles.
78. Modifier les procédures d'enquête concernant les accidents de la circulation impliquant les piétons, notamment les enfants et les personnes âgées.
79. Introduire un volet d'analyse de l'environnement bâti dans les procédures d'enquête sur les accidents, afin de mettre mieux en évidence les défauts ou absences d'aménagement comme facteur déterminant.

5.1.3. Changer la législation pour mieux prendre en compte les modes de déplacement favorisant l'activité physique

JUSTIFICATION

Pour que la planification devienne opérationnelle, elle doit être accompagnée d'objectifs chiffrés qui obligent à faire le lien entre intentions et moyens financiers à disposition ou à dégager.

ACTIONS

80. Renforcer le lien entre santé et environnement bâti. Introduire ou compléter la notion de santé par l'activité physique dans la législation : code de l'urbanisme, loi LOTI, projet de loi Grenelle 1.

    Article L121-1 du Code de l'Urbanisme

    Article 28-1 de la Loi d'Orientation sur les Transports Intérieurs (LOTI), qui définit les Plans de Déplacements Urbains

    Article 7-3 du projet de loi Grenelle 1 qui doit être examiné par le Parlement en septembre ou les futurs décrets d'application de cette loi

81. Compléter l'article 28-1 de la loi LOTI avec des objectifs cibles pour les déplacements urbains.

    Exemple : à l'intérieur des agglomérations, les parts modales des déplacements à pied et à vélo doivent progresser selon la situation de départ – la part modale du vélo est de l'ordre de 2% environ (à l'exception de quelques villes comme Strasbourg : 17% ; marche : 20 à 35%). Si les objectifs ne sont pas atteints, des mesures supplémentaires doivent être prises et le subventionnement de certaines infrastructures peut être remis en question.

5.2 Réglementer les incitations économiques.

JUSTIFICATION

La politique des transports est en grande partie polarisée sur les déplacements de longue distance, qui mobilisent de grands moyens financiers au détriment des déplacements de courte distance, à pied et à vélo qui concernent pourtant les déplacements de l'ensemble de la population.

ACTIONS

82. Intégrer dans les critères de subvention d'ouvrages et d'équipements, la prise en compte des effets du projet sur les mobilités douces.

    Exemple : En Suisse, les cantons qui souhaitent bénéficier du fonds d'infrastructure de la Confédération doivent présenter un « projet d'agglomération » démontrant l'articulation entre urbanisme et transports et répondant à des critères d'efficacité. A l'intérieur des agglomérations, les mobilités douces sont favorisées.

83. Mettre en place des mécanismes de financement favorables aux déplacements de courtes distances.

    Un financement spécifique du département ou de la région peut être dédié pour contribuer à l'implantation d'une action d'intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité (ICAPS), soutenue par un guide (en cours de réalisation avec l'INPES).

84. Corriger le subventionnement implicite de la voiture.

    Souvent les entreprises ou administrations mettent à disposition gratuitement (ou pour un prix symbolique) des places de stationnement pour les employés. Les usagers des transports publics ou des mobilités douces ne bénéficient pas de telles mesures. Afin de lutter contre certaines inégalités sociales, on peut imaginer croiser avec un système de points basé sur la distance domicile-travail favorisant ceux qui privilégient le vélo ou la marche pour une distance donnée.

V. Partenariats

Les recommandations ci-après illustrent des collaborations et partenariats à développer avec différents groupes professionnels afin que l'information, les messages et les mesures soient relayés le plus largement possible.
Nous avons pu voir précédemment que 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 individuelles, 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.
Les recommandations peuvent être l'initiative d'élus (collaborations locales) ou de partenaires privés qui, par leur activité, sont directement concernés par la production d'un environnement favorable à un style de vie actif
Les mesures proposées se déclinent selon différents groupes-cibles.

1. Professionnels de santé

1.1. Informations sur les bienfaits du vélo sur la santé dans les revues techniques

85. Trouver des relais pour des publications dans les revues spécialisées qui constituent la principale source d'information des praticiens.

1.2. Utiliser les cabinets de médecins, cardiologues, kinésithérapeutes, pharmaciens et autres professionnels de la santé, comme relais pour distribuer des informations sur le vélo : cartes cyclables, conseils, etc.

86. Distribution de cartes vélos dans les cabinets de médecins et les pharmacies (Exemple de Genève en 2002)

1.3. Former les acteurs de la santé (tels que les auxiliaires de vie) aux problématiques de l'aménagement urbain et des relations avec la santé.

2. Professionnels de l'activité physique

2.1. Partenariat en matière de communication et de mise en place d'événements

2.2. Relais des messages nationaux en matière d'éducation à l'activité physique

3. Milieu scolaire

3.1. Aménagement des cours d'écoles avec des jeux variés pour inciter les enfants à avoir des activités physiques. Assurer ainsi 15 minutes d'activité physique quotidienne grâce aux équipements ludiques des cours de « récréation active ». Mise à disposition des cours d'école pour des activités physiques (sportives, ludiques) en dehors des horaires scolaires.

87. Voir chapitre 1.

4. Architectes, ingénieurs, urbanistes, paysagistes

4.1. Adaptation des normes relatives à la construction des routes, trottoirs, etc.

88. Augmentation de la largeur minimum des trottoirs.

89. Prise en compte systématique du vélo dans tout nouvel aménagement.

La construction des voiries répond à des normes où les mobilités douces n'ont que peu leur place. Ces normes sont principalement orientées vers le trafic individuel motorisé et constituent souvent un frein à la recherche de solutions innovantes. Il conviendrait de favoriser les maîtrises d'œuvre partagée architectes/ingénieurs intégrant ces solutions innovantes.

4.2. Modules de cours à introduire dans les formations des architectes et ingénieurs. Organisation de séminaires, journées d'études

90. Enseigner les relations entre santé – urbanisme et santé - architecture.

5. Universités

91. Développer des programmes de recherche sur la mobilité active et les activités physiques avec les STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives) et les services Jeunesse et Sports.

6. Ministères et institutions

92. Procéder à des enquêtes dans la fonction publique sur les conditions de déplacements, l'existence de parkings pour les vélos et les conditions d'accueil pour les agents qui viennent à vélo (vestiaires, douches…).

7. Entreprises

Voir le chapitre 3 "Entreprises"

8. Commerçants

93. Collaborer avec les commerces (centres commerciaux et centre-ville commerçants) afin qu'ils mettent en place des systèmes facilitant les achats à pied ou en vélo.

Exemples :

- *Livraisons à domicile à vélo (éventuels emplois de réinsertion).*
- *Service « vélo+shopping » : arceaux de stationnement vélos, consigne vélo gardée en centre-ville le samedi et les jours de marché.*
- *Cofinancement de cartes cyclables (éventuels supports de publicité).*
- *Association avec les commerçants concernés par le thème du bien-être, de la santé, du sport, et des loisirs pour développer des projets de promotion de la marche et du vélo au quotidien.*

9. Transporteurs

9.1. Equipement des arrêts de bus, avec les services nécessaires/utiles aux piétons

94. Améliorer l'information des usagers sur l'état de fonctionnement du réseau : perturbations, temps d'attente, correspondances (exemple aux arrêts de bus.) et sur la fluidité du trafic pour les déplacements « actifs » : temps de parcours à la marche ou en vélo sur le même trajet.

9.2. Equipements des arrêts bus/tram avec des abris à vélos

95. Implanter des « stations services » vélos sur certains sites pour assurer la maintenance des vélos pendant que les usagers ne les utilisent pas.

9.3. Equiper les principales gares de stations-vélos offrant divers services aux cyclistes

Mesure complémentaire de la mesure 5.9.2

9.4. Prévoir les relais modaux dans le choix des matériels roulant acceptant des vélos à bord

9.5. Information sur les trajets et temps de parcours depuis la gare jusqu'à destination

96. Prévoir des services indiquant le parcours à pied depuis la gare jusqu'à la destination finale (exemple des Chemins de Fer Fédéraux Suisses proposant un service sur téléphone portable).

9.6 Aménagement de voies vertes sur les voies ferrées désaffectées (RFF)

97. Aménager des parcours de randonnée pédestre, de parcours cyclables ou équestres.

10. Acteurs de la promotion touristique

98. Mettre en place des balisages et jalonnements pour les piétons.

    Balisage touristique à combiner avec des informations pour les usagers quotidiens.

    La marche et le vélo sont fortement valorisés pour des activités de loisirs.

99. Favoriser des campagnes de type « Redécouvrir sa ville » « Touriste en sa ville ».

11. Equipementiers

100. Aménager le mobilier urbain, bancs, chaises, panneaux… permettant de rendre les parcours piétons plus amènes et l'espace public plus « domestique ». Introduire des installations permettant des activités physiques dans les parcs.

12. INPES et autres partenaires

101. Intégrer la promotion de l'activité physique ou sportive et d'un style de vie actif en cohérence avec les actions de communication et les messages de prévention et de promotion de santé.

Principaux indicateurs permettant de mettre en place un partenariat efficace
Les principaux partenaires internes/externes (ex : associations, institutions, organisations, financeurs) concernés par le projet ont clairement été identifiés.
Des outils/incitatifs ont été mis en place pour motiver/mobiliser les partenaires (réunion de sensibilisation, de présentation, de concertation…).
Les principaux partenaires concernés par le projet ont été impliqués dans la préparation du projet. L'action ou les modalités de l'action ont été définies conjointement avec les partenaires.
La participation des partenaires a été formalisée par des accords (contrats, conventions de partenariats, charte, accord, déclaration d'intention, financement) qui définissent le rôle de chacun.
Un comité de pilotage a été mis en place si nécessaire pour le suivi du projet.
Les modalités de l'évaluation ont été planifiées avec les partenaires.

VI. Evaluation

Afin de mesurer l'efficacité des politiques de promotion de l'activité physique, la mise en place des actions doit être suivie d'une évaluation. Il convient de mesurer d'une part la mise en place, l'entretien, la rénovation des aménagements et la promotion autour de ces aménagements, et d'autre part les pratiques, leur utilisation, en établissant un état des lieux de la situation actuelle, et une évaluation suite à la mise en œuvre des mesures proposées.
- Recensement des environnements physiques favorables existants
- Aménagements réalisés pour favoriser la marche et le vélo
- Classification de ces environnements pour suivre leur évolution

La mise à disposition d'infrastructures est un pré-requis (expertise INSERM), ces indicateurs doivent être complétés par des indicateurs mesurant l'utilisation de ces aménagements:
- Nombre d'utilisateurs de vélos en libre service,
- Nombre de locations de vélos
- Nombre de parkings ou places de stationnement sécurisées pour les vélos
- Nombre de zones limitées à 30km/h
- Mesurer l'activité physique: s'appuyer sur les données du baromètre santé, enquête ménages déplacements
- Taux de cyclistes, taux de piétons: fréquentation des voies réservées vélos / piétons
- Nombre de kilomètres / nombre de pas parcourus
- Mesure des temps de parcours réalisé en mobilité douce
- Nombre d'événements organisés autour de la marche

VII. Bibliographie

- Commission Européenne (1999), « PROMPT, New means to promote pedestrian traffic in cities » 5ème PCRD, Énergie, Environnement et Développement Durable
- Kayser Bengt (2008), Institut des sciences du mouvement et de la médecine du sport, Université de Genève, « La santé en marchant ? », *Urbanisme* n° 359, mars-avril 2008, pp. 55-56.
- Kino-Québec (2005), « Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger », Gouvernement du Québec, Ministère de l'Education, du Loisir et du Sport, téléchargeable sur www.kino-quebec.qc.ca
- Lavadinho Sonia et Pini Giuseppe (2005), « Développement durable, mobilité douce et santé en milieu urbain », Actes du colloque « Développement urbain durable, gestion des ressources et gouvernance », Université de Lausanne, 21-23 septembre 2005, téléchargeable sur http://www.unil.ch/ouvdd/page55279.html
- Lavadinho Sonia et Winkin Yves (2005), « Les territoires du moi : aménagements matériels et symboliques de la marche urbaine », Actes du colloque « Développement urbain durable, gestion des ressources et gouvernance », Université de Lausanne, 21-23/09/2005, http://www.unil.ch/ouvdd/page55279.html
- Office fédéral du sport, Office fédéral de la Santé publique, Réseau suisse Santé et activité physique (2008). « Se déplacer par la force musculaire. Document de base », Macolin : Office fédéral du Sport OFSPO
- Rennesson Catia (2007), « Country Report. Cost 358 Pedestrians' Quality Needs. France », Certu, téléchargeable sur www.walkeurope.org
- Réseau Piétons-Vélos (1999), « L'avenir appartient aux déplacements à pied et à vélo. Etat des connaissances, mesures et potentiels – Vers une réorientation des politiques de transport », Rapport A9 du Programme national de recherche PNR 41 Transport et environnement
- Sauter Daniel, Walker Jim, Tolley Rodney (2006), « Charte internationale de la marche. Créer des collectivités saines, viables et efficaces, où les gens choisissent de marcher », Conférence internationale Walk 21
- http://www.urbanisme.equipement.gouv.fr/
- http://www.ademe.fr/
- Booth SL, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev* 2001; 59: S21-39.
- Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, Editors. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Geneva, WHO, 2006.
- Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31(11 Suppl): S663-7.
- Diez-Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. *J Urban Health* 2003; 80: 569-89.
- P Gordon-Larsen, et al. Inequality in the Built Environment Underlies Key Health Disparities in Physical Activity. *Pediatrics*, 2006
- Heath GW, et al. The Effectiveness of Urban Design and Land Use and Transport Policies and Practices to Increase Physical Activity: A Systematic Review. *J Phys Activ Health,* 2006; 3(Suppl 1), S55-S76.
- Hillsdon M, Foster C, Thorogood M (2005). Interventions for promoting physical activity. *The Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 1. Art. No.: CD003180.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD003180.pub2.
- Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *Am J Prev Med* 2002; 22: 188-99.

- Kahn EB, et al. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review. *Am J Prev Med,* 2002; 22(4 Suppl. 1), 73-107.
- Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Soc Sci Med* 2002; 55: 125-39.
- Ministère de la santé et des solidarités. Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010. http://sante.gouv.fr thème Nutrition
- Ogilvie D et al (2007). Interventions to promote walking: A systematic review. BMJ: *Brit Med J*. 2007; 7605, 1204-1213.
- Owen N, et al. Understanding environmental influences on walking; Review and research agenda. *Am J Prev Med* 2004; 27: 67-76.
- Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Ann Behav Med* 2003; 25: 80-91.
- Sallis JF, Glanz K. The role of built environments in physical activity, eating, and obesity in childhood. *Future Child* 2006; 16: 89-108.
- Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999; 29: 563-70.
- World Health Organization, WHO. Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques : rapport d'une consultation d'experts OMS/FAO. Genève, OMS : Rapports techniques, No. 916, 2003.
- World Health Organization, WHO. Stratégie globale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé. 2004
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_french_web.pdf

VIII. Annexes

- Pedestrian Quality Needs www.walkeurope.org
- Pôle d'excellence rurale: Création d'un relais "sport, santé, nature et patrimoine". Commune de Bouzy www.millenaire-3.fr
- Rue de l'avenir, Chambéry et Grenoble www.ruedelavenir.com
- Réseau Piétons-Vélos. Dossier volume M32 du programme national Suisse de Recherche 41 « Transport et Environnement » www.rue-avenir.ch
- Kino Québec : Aménageons nos milieux de vie pour nous donner le goût de bouger www.kino-quebec.qc.ca
- Charte Internationale de la Marche rodney.tolley@walk21.com
- Certu : Des voies pour le vélo : 30 exemples de bonnes pratiques en France www.certu.fr
- Epode www.epode.fr
- ADEME : Réglementation d'urbanisme : politiques de déplacement, de stationnement et de transport. Les politiques locales de développement du vélo www.ademe.fr
- National Institute for Health and Clinical Excellence: Physical activity and the environment-Guide to resources. Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity www.nice.org.uk

FORMATIONS NECESSAIRES A LA MISE EN ŒUVRE DU PNAPS

Coordinateur
Bertsch Jean

Groupe de travail
De Stefanis Pierre-Yves
Duclos Martine
Einsargueix Gilles
Faivre Jeanine
Magaloff Patrick
Mocquet Marie-José
Rivière Daniel
Thoreux Patricia

Autres contributeurs et auditions
Barrault Denys
Bergeau Hélène
Delamarche Paul
Eberhard Yves
Got Françoise
Laureyns Franck
Neulat Nadine
Nougier Vincent
Urcun Jeanne-Marie

et

Grosvalet François
Picard John
pour le chapitre APS en milieu carcéral

I. Introduction

En 2007, l'Inserm a réuni un groupe d'experts dans la cadre d'une procédure d'expertise collective et a publié un ouvrage intitulé : « Activité physique. Contextes et effets sur la santé » (812 pages, Editions Inserm) permettant à partir des connaissances scientifiques et médicales actuelles d'aborder une synthèse scientifique sur les relations entre activité physique et santé et de proposer des recommandations.

La synthèse scientifique sur les relations entre activité physique et santé peut être résumée en 10 points clés :

1. L'activité physique ou sportive (APS) régulière est un déterminant majeur de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie.

2. La pratique des APS est déterminée par des facteurs individuels, sociaux et environnementaux.

3. La pratique régulière d'une activité physique et sportive, même d'intensité modérée, diminue la mortalité et augmente la qualité de vie.

4. Même d'intensité modérée, elle permet de prévenir les principales pathologies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, ostéoporose et maladies ostéoarticulaires).

5. La pratique régulière d'une activité physique ou sportive permet une croissance harmonieuse chez l'enfant et l'adolescent et le maintien de l'autonomie chez les personnes âgées.

6. Elle aide au contrôle du poids corporel chez l'adulte et l'enfant.

7. Elle est associée à une amélioration de la santé mentale (anxiété, dépression).

8. L'activité physique régulière est un élément majeur du traitement des principales pathologies chroniques (cardiopathies ischémiques, bronchopathies chroniques obstructives, obésité et diabète de type 2) ou participe à la prise en charge thérapeutique d'autres pathologies (maladies ostéoarticulaires et dégénératives, certaines pathologies neurologiques dégénératives). Elle réduit en effet les conséquences fonctionnelles de ces maladies en améliorant les capacités physiques des patients. De plus, elle agit directement sur l'évolution de ces pathologies, ce qui se traduit par une diminution de la morbidité et de la mortalité.

9. Les risques pour la santé de la pratique d'une APS sont minimisés par le respect de précautions élémentaires et un suivi.

10. La promotion d'une activité physique ou sportive favorable à la santé relève d'actions multisectorielles associant les structures sportives, la santé, l'éducation, les transports… et implique une formation des professionnels de santé et le développement de nouveaux métiers.

À l'issue de cette analyse, le groupe d'experts a proposé des recommandations qui concernaient les différentes populations au niveau individuel ou collectif et s'adressaient aux acteurs de santé publique, aux décideurs, aux scientifiques et aux institutions. Parmi les recommandations, certaines ébauchaient déjà la reflexion à propos de la formation :

1) Promouvoir des activités physiques pour tous et des programmes de prévention en *sensibilisant et formant les professionnels à la dimension préventive de l'activité physique.*

2) Promouvoir l'activité physique chez le patient atteint de maladie chronique en informant et formant les professionnels et soignants et développer de nouveaux moyens pour l'accompagnement de la prise en charge.

Les éléments contenus dans ce rapport permettent donc de comprendre le sens des propositions en terme de formation émises par la commission éponyme dans le cadre de la préparation du PAPS, plan national de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives.

II. Prescription d'activité physique ou sportive

1. Connaissance des effets de l'activité physique sur la santé dans les études médicales

1.1. Constat

La formation initiale des médecins, quant à la connaissance sur les effets de l'activité physique, est quasi inexistante avant l'examen classant national. Elle repose en fait sur des initiatives individuelles, particulièrement disparates selon les universités. On peut observer quelques notions dans certaines disciplines ; dans certains cas des enseignements complémentaires dans le deuxième cycle des études médicales, mais dans tous les cas, cet enseignement est totalement optionnel. Il n'existe aucun enseignement de type transversal.

A l'examen classant national, on voit apparaître un enseignement dans le module 7 « Santé et Environnement, Maladies Transmissibles » qui regroupe les items 71 à 111 et dans lequel un seul item, l'item n° 111, est consacré à : « Sport et Santé, Aptitude au Sport chez l'Enfant et chez l'Adulte, Besoins Nutritionnels chez le Sportif ». Dans la majorité des facultés, cet item est traité en deux heures (maximum 3 heures dans certaines facultés). Cette durée d'enseignement est notoirement insuffisante.
Le contenu de l'item 111 doit permettre de former en deux heures :

- à la conduite de l'examen médical d'aptitude au sport *(*qui est en fait un examen de non contre-indication)
- aux connaissances sur les bénéfices et les inconvénients de la pratique sportive chez l'enfant et l'adulte ;
- aux besoins nutritionnels chez le sportif enfant et le sportif adulte ;
- aux précautions et contre indications à la pratique sportive intensive.

Pour être complet, on trouve dans le module 3 « Maturation et Vulnérabilité », un item 45 « Addictions et Conduites Dopantes », mais il est surprenant de constater que la seule mention quant au sport à l'intérieur de cet item est la recommandation de diagnostiquer une conduite addictive (tabac, alcool, psychotrope, substance illicite, jeux, activité sportive intensive) ; le sport étant, dans ce cas précis, assimilé à une addiction.

En dehors de cet enseignement, ce n'est qu'après la thèse que les étudiants peuvent s'inscrire à une capacité de Médecine et Biologie du Sport de 100 à 120 heures d'enseignement théorique avec une formation pratique de 40 demi-journées. Un des problèmes est la diversité importante de ces enseignements en France et la nécessité de les harmoniser. Mais quelle que soit la faculté de Médecine qui délivre cet enseignement, la part des activités physiques ou sportives (APS) pour la santé est très minoritaire, puisque dans les thèmes du programme officiel de la capacité, figurent « *Santé de l'adulte et de l'enfant sportifs, aspects médicaux de la pratique des sports* » et « *Sports et états pathologiques* », qui s'intéressent plus aux sportifs pratiquants qu'à la volonté de faire pratiquer une APS.

Plus récemment a été créé un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) en Médecine du Sport qui dure 2 ans avec 4 semestres de stage hospitalier ; la coordination nationale en est assurée par le Professeur Pierre Rochcongar. Il a été décidé qu'il y aurait 1 inscrit par an et par faculté de Médecine. Il est ouvert à toutes les spécialités, y compris à la médecine générale mais pour cette spécialité il est très difficile voire quasi impossible de valider la maquette dans plusieurs villes.

En dehors de ce DESC, un nombre important de Diplômes d'Université et de Diplômes Inter Universitaires, très hétérogènes, couvrent tout ou partiellement le champ de la médecine du sport et du sport-santé avec également des modules « APS pour la santé » dans des enseignements très spécifiques à une pathologie (DIU d'Obésité Pédiatrique avec Approche de Santé Publique par exemple).

Il est à noter que la Capacité de Médecine et Biologie du Sport, le DESC et l'ensemble de ces DU et DIU sont laissés à la liberté de l'étudiant : la très grande majorité des médecins n'a donc aucune formation en médecine du sport ni en médecine des activités physiques pour la santé, à l'exception des deux heures de l'item 111 de l'examen classant national.

1.2. Propositions

Face à ce constat, la proposition est faite de créer une formation en direction **de l'ensemble des médecins** sur ce sujet, tant en prévention primaire que tertiaire.

1.2.1. Inscription de la formation en APS dans le cursus initial des études de médecine (1er et 2ème cycles des études médicales)

Pour cela, nous proposons en **formation initiale** :
- un **module commun** de 60 heures, à raison de 30 heures par an, introduit de façon transversale en PCEM 2 et en DCEM 1. Ce module pourrait s'intituler

« Santé, Adaptation et Environnement » et regrouper une formation à la prévention par les activités physiques ou sportives, à la médecine des APS, à la nutrition, à l'hygiène de vie et à la santé environnementale.

- l'inscription de **5 items au titre de l'examen classant national**.
À l'issue de cet enseignement, nous proposons que 5 items soient retenus pour l'examen classant national et consacrés par exemple à la prescription des APS, la nutrition, les spécificités du certificat d'aptitude, les addictions, incluant le dopage et ses conséquences, les activités physiques en milieu professionnel, l'adaptation aux conditions environnementales…

- des **modules spécifiques** au sein des enseignements des spécialités. En complément du tronc commun de formation de l'ensemble des médecins, un enseignement doit être réalisé à l'intérieur de la majorité des spécialités : 3 heures dévolues à la prescription des APS spécifiques de la spécialité concernée pour l'ensemble des spécialités autres que la spécialité de médecine générale et dans la spécialité de médecine générale, 6 heures consacrées aux activités physiques pour la santé, enseignement qui pourrait être couplé avec des enseignements d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé.

En résumé, 60 heures de formation en liaison avec des spécialistes des sciences et techniques des APS, de la nutrition, de la prévention et de l'éducation à la santé permettraient de sensibiliser les futurs médecins aux effets physiologiques et psychologiques des APS.

1.2.2. Formation médicale continue

Le deuxième type d'enseignement est l'enseignement de **formation continue**[92].
Les textes de la Formation Médicale Continue (FMC) (http://www.cnfmc.fr/index.php) précisent qu'elle a pour objectif d'améliorer, tout au long de la carrière, les connaissances, la qualité des soins et le mieux-être des patients. Tous les médecins en activité, quel que soit leur mode d'exercice ou leur métier, sont soumis à l'obligation de FMC. Aussi, pour satisfaire à cette obligation, le médecin doit cumuler 250 crédits sur une période de cinq ans.

Nous avons déjà évoqué la présence de DU et de DIU qui sont uniquement régis par le volontariat. Il existe un certain nombre de sociétés savantes : Société Française de Médecine du Sport, Société Française de Traumatologie du Sport, Club des Cardiologues du Sport, qui peuvent assurer une formation pour leurs adhérents, mais là encore soumise à volontariat.
Il va de soi que ces Sociétés devront être agréées pour la FMC (agrément par les CNFMC) et répondre à l'appel d'offre de l'OGC et à son cahier des charges dans le cadre de la FMC conventionnelle.

[92] Arrêté du 13 juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la formation médicale continue

Pour tous les médecins qui jusqu'à présent n'ont eu aucune formation initiale en médecine du sport, nous proposons que les formations médicales continues de remise à niveau, soient régulièrement mises en place annuellement.
Deux voies sont d'ores et déjà explorées :

- la FMC conventionnelle ;
- l'EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Les autres voies de FMC peuvent être également encouragées à proposer des modules APS, dans un objectif de santé publique.

Nous proposons que la formation médicale continue en activités physiques pour la santé et en médecine du sport fasse partie chaque année des thèmes retenus pour la formation médicale continue conventionnelle[93].
Nous proposons que soit élaboré un **référentiel national d'EPP** sur la prescription de l'APS. Il devra permettre la mise en place dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), non seulement d'une évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins du sport, qu'ils soient titulaires de la Capacité de Médecine et Biologie du Sport ou du DESC, mais également une évaluation des pratiques professionnelles de l'activité physiques pour la santé pour l'ensemble des médecins.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces propositions, concernant la Formation Initiale et la Formation Continue s'appuiera sur un groupe constitué par des représentants de toutes les disciplines concernées par les APS pour la santé dont la coordination peut être confiée au collège des Enseignants de Médecine du Sport, issu de la Société Française de Médecine du Sport et la Société Française de Traumatologie du Sport.

2. Acte de prescription médicale d'activité physique ou sportive

Impulser la pratique d'activités physiques ou sportives comme facteur déterminant de santé implique que des prescriptions en ce sens soient faites par les médecins. Les propositions *permettent* de conférer au corps médical des compétences qu'ils n'acquièrent pas jusqu'ici dans le cursus des études médicales ou dont ils ne bénéficient pas en formation continue. La prescription, d'un point de vue réglementaire et d'un point de vue économique, suppose que le praticien consacre un temps à l'élaboration d'un diagnostic et d'une prescription d'activité physique incluant le choix du type d'activités, de leur intensité, de leur alternance, de leur programmation dans le temps et de leur suivi. Ceci suppose un acte codifié et rémunéré.

[93] Les orientations de la formation professionnelle conventionnelle des médecins libéraux sont définies par la Commission Paritaire Nationale et portent sur :
- l'accompagnement des thèmes conventionnels de maîtrise médicalisée ;
- l'accompagnement des médecins dans leurs missions de soins, dans le respect des objectifs prioritaires de santé publique définis par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ;
- la connaissance approfondie de la réglementation et de l'organisation du système de soins ;
- la prise en charge efficiente d'une situation médicale selon les référentiels et les recommandations existantes.

L'offre de services relatifs à l'activité physique est très variable, ce qui traduit bien la multiplicité des recours auxquels elle donne lieu. Cette variabilité va de la simple approche consistant à recommander le principe de la pratique d'une APS à l'offre d'un cycle de séances précises, programmées dans le temps, organisé et suivi.

Trois perspectives se dessinent:

(i) une éducation à l'APS qui fait de l'exercice une fin en soi sur prescription médicale (Perrin, Champley et Chantelat, 2008) ; la sortie du programme prescrit est alors conçue comme le passeport pour une pratique autonome d'exercices sur le long terme afin d'entretenir les gains du programme ;

(ii) une éducation à la santé *via* l'activité physique ou sportive ;

(iii) une éducation thérapeutique qui touche directement à la partie liée au traitement de la pathologie dont souffre le patient.

Selon les publics auquel il s'adresse, l'acte de prescription médicale doit être codifié, réglementé et rémunéré, en particulier dans le cadre conventionnel négocié avec l'assurance-maladie.

Plusieurs scenarii concernant le cadre de cotation de cet acte de prévention sont envisageables :

2.1. Acte de prescription médicale de l'APS en prévention primaire.

La proposition de créer un acte de prescription de l'activité physique va se heurter à la question de sa prise en charge par l'assurance maladie. Si une CCAM clinique était mise en œuvre, la création d'un acte spécifique[94] pourrait être proposée. Il paraît toutefois délicat de proposer l'inscription d'un acte sous cette forme, sachant que la CNAMTS explore à ce jour plutôt les systèmes de rémunération par forfait ou capitation, et qu'il n'existe pas de certitude qu'une CCAM clinique sera mis en œuvre en France. Par exemple, dans le système actuel, les consultations de prévention expérimentées l'ont été sur la base d'un tarif majoré.

La prescription d'une APS à visée préventive peut être envisagée dans le cadre de l'article L.162-5 CSS[95] qui concerne la rémunération des activités non curatives et permet une dérogation au principe du paiement à l'acte. Cette consultation peut aussi être prise en charge par les Mutuelles dans le cadre d'un acte de prévention primaire, selon le modèle de consultation avec action de prévention (c*ounseling, intervention sur les facteurs de risques)* incluant une prescription d'APS, en veillant à l'équité de l'accès à une prévention souhaitable pour tous, mais dont le financement ne serait pas assuré par un dispositif de solidarité nationale.

[94] Par exemple, la nomenclature américaine prévoit des consultations de prévention en fonction de l'âge (moins de 1 an ; 1-4 ans ; 5-11 ans ; 12-17 ans ; 18-39 ans ; 40-64 ans ; plus de 65 ans), et selon qu'il s'agisse d'une première consultation ou d'une consultation de réévaluation. Il existe une codification spécifique pour les consultations avec action de prévention (*counseling, intervention sur les facteurs de risques)* selon le temps passé (15, 30, 45 ou 60 minutes). L'activité physique ne fait pas l'objet d'un acte spécifique.

2.2. Acte de prescription médicale de l'APS en prévention tertiaire dans le cadre d'une prise en charge en éducation thérapeutique

Dans le cadre du rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » le financement de l'activité d'éducation thérapeutique a été proposé selon les modalités suivantes : une tarification spécifique d'une part, en ambulatoire comme à l'hôpital, et un fonds national clairement identifié et réparti au niveau régional sur les agences régionales de santé d'autre part. Ce rapport ne prévoit pas de détailler les diverses prescriptions pour l'ETP. Cependant, la prescription de l'APS peut être prise en compte dans la fixation de la rémunération selon les modalités proposées dans le rapport.

Ainsi, l'acte de prescription médicale des APS peut entrer dans le cadre de la prévention primaire comme dans celui de l'éducation thérapeutique ; la rémunération de cet acte dans le cadre d'un prise en charge thérapeutique des patients doit faire envisager des modalités particulières en fonction des pathologies et selon l'avancée des connaissances.

Les voies à explorer sont multiples mais il convient de défendre l'intérêt de santé publique et d'amener l'ensemble des professionnels à discuter des moyens adéquats pour répondre à cet enjeu. Cela peut rejoindre le principe du mandat de santé publique pour les médecins généralistes, proposé par la Société Française de Santé Publique. Il peut également s'agir d'un acte qui entre dans les actions de prévention que la CNAMTS prend en charge telles que son récent programme de prévention cardio-vasculaire, par exemple, l'envisage.

L'hypothèse d'intégrer cette consultation au sein d'actes d'éducation thérapeutique est tout à fait concevable, la spécificité d'un acte de prescription encadré abordant la question de la qualification requise (Médecin traitant, titulaires d'une capacité ou du DESC de médecine du sport) et du lieu d'exercice (cabinet, maison de santé, centres médico-sportifs)

III. Formation et intervention en activité physique ou sportive

1. La mise en œuvre de la prescription d'APS

Elle requiert des opérateurs formés, agissant en interaction avec le prescripteur, et implique des lieux et des réseaux d'exercice avec la meilleure visibilité possible.

1.1. Les réseaux d'activité physique

De multiples lieux institutionnels ou associatifs, dans les collectivités locales et territoriales, médicalisés ou non, en entreprises ou en structures d'accueil,

organisent et dispensent de l'activité physique, dans une démarche de pratique préventive (primaire, secondaire ou tertiaire). Les experts auditionnés ont mis en avant la nécessité d'une coordination et le besoin de mettre en activité des personnes formées et sensibilisées aux spécificités des publics et des pathologies rencontrées. La loi relative à la santé publique d'août 2004 a installé les réseaux impliquant de multiples acteurs, issus de domaines professionnels différents (médecins, spécialistes universitaires d'activité physique, acteurs fédéraux) et ont donné lieu à la création de réseaux inter professionnels coordonnés (tels qu'Efformip en Midi-Pyrénées) en régions.

Les points de convergence sur ces réseaux concernent :

- une volonté politique locale ou d'agglomération, avec participation de tous les acteurs, de la conception à la mise en œuvre ;
- la programmation des actions reposant sur des fondements scientifiques (INPES, PNNS..). Ceci implique de concevoir un étage intermédiaire d'opérateurs dont l'action ne se concentre pas sur l'animation de l'AP mais bien sur la conception et la validation de programmes d'AP ;
- une ingénierie de projets qui implique un étage supérieur d'opérateurs, chargé de la direction et du management de ces projets et de la relation avec les prescripteurs ;
- une labellisation des opérateurs ;
- la définition de prérogatives d'exercice ;
- des partenariats multiples (collectivités, mutuelles, entreprises privées, DDJS, DRJS, mouvement sportif) ;
- la création éventuelle d'entreprises, telles que l'ont organisée certaines infirmières libérales pour proposer des activités physiques ou sportives.

1.2. Les opérateurs permanents

(Cf Chapitre Prévention tertiaire : annexe 4)

Selon la loi, le métier d'éducateur médico-sportif figure dans le « Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière ». Cependant, très peu d'éducateurs médico-sportifs sont embauchés au sein des hôpitaux et, lorsqu'ils le sont, c'est au titre de « techniciens supérieurs » contractuel (renouvelable au mieux tous les ans). En pratique, la fonction d'éducateur médico-sportif n'existe pas dans la grille des salaires de la fonction publique hospitalière. La commission suggère que soit créé un concours au sein des hôpitaux pour le recrutement spécifique de ces agents.

Au plan général, dans les réseaux de santé, on note la participation :

(i) d'éducateurs sportifs qui interviennent souvent sous forme de prestations de services, essentiellement en animation de séances d'activité physique. Titulaires souvent d'une formation courte de type Brevet d'Etat (Brevet APT, activité Physique pour Tous, Brevet d'Etat « Métiers de la forme »), ou titulaires de diplômes fédéraux spécialisés, ce sont des intervenants de niveau IV dans la nomenclature professionnelle ;

(ii) d'éducateurs médico-sportifs (EMS) recrutés depuis 1999, formés à l'université au sein d'une licence Activités Physiques Adaptées – Santé

(APA-S), diplôme inscrit au sein du répertoire national de la certification professionnelle (RNCP) et développé dans 25 UFR STAPS réparties au plan hexagonal. Certains possèdent même un master APA-S. Leur activité professionnelle est concentrée essentiellement sur la mise en situation pratique des patients et l'encadrement de séances d'AP ;

(iii) de masseurs-kinésithérapeutes, dans l'application de prérogatives de « remise en forme » ou dans la prérogative classique de réadaptation.

(iv) de médecins, ostéopathes, psychomotriciens…

La commission recommande l'identification de trois niveaux d'opérateurs, spécialistes d'Activité Physique ou Sportive, dits « actiphysiciens », en harmonie avec l'étagement de l'offre publique de formation aux métiers du sport, de l'activité physique et de l'animation

Niveau IV de la nomenclature :
- Titulaires de BE APT et de BP JEPS Remise en Forme : animateurs occasionnels.

Niveau III :
- Création d'un BTS « Sport et Activité Physique » (cf. rapport BERTSCH *Réorganisation de l'offre publique de formation aux métiers du sport, de l'AP et de l'animation, juin 2008),* mention « Activité Physique » et débouchant sur le métier **d'éducateur médico-sportif (actiphysicien).** Cet éducateur dispose des prérogatives d'encadrement des séances d'activité physique avec les patients. Les éducateurs sont formés à l'université et se substituent aux éducateurs sportifs (niveau IV) actuels.

Niveau II :
- Licence APA-santé dispensée à l'université et formant des **concepteurs actiphysiciens.** Ils complètent les fonctions des EMS actuels. Leur rôle consiste à concevoir et valider les séances et des programmes d'AP adaptée pour les patients, à en mesurer les effets et à agir en interaction avec les médecins prescripteurs.
Ils peuvent être embauchés par l'hôpital au même titre que les ex-éducateurs médico-sportifs (inclusion dans la T2A des actes des éducateurs médico-sportifs). Au sein des hôpitaux, des concours pour le recrutement de concepteurs actiphysiciens ou éducateurs médico-sportifs peuvent être mis sur pied. L'arrêté du 12-12-2004 permet aux licenciés STAPS APA-S d'exercer certaines prérogatives décrites dans la fiche RNCP correspondante.

Niveau I :
- Titulaires d'un Master APA-Santé, les étudiants formés deviennent **ingénieurs-actiphysiciens**, chef de projets d'AP pour les personnes souffrant de pathologies lourdes, légères ou la gestion de projets destinés aux seniors, femmes enceintes, post-accouchement, rééducation, seniors, sédentaires : organisation, gestion de projets, responsables de l'encadrement des concepteurs actiphysiciens. Les masseurs-kinésithérapeutes diplômés de K3, sous réserve de passer un master avec inscription directe en M2 dans des masters spécialisés en APA-santé, intégreraient le corps de ingénieurs-actiphysiciens au même titre que les titulaires de Master 2 issus de l'université. Un arrêté identique à celui du 16-12-

2004 doit être pris pour les titulaires du master et s'appuyer sur les prérogatives d'exercice décrites dans la fiche RNCP correspondante.

Niveau I supérieur : titulaires de doctorat STAPS mention APA-santé. Ils constituent le corps des **docteurs actiphysiciens** et leur mission consiste à développer des structures, à coordonner et diriger des réseaux avec une compétence ajoutée en gestion des ressources humaines.

1.3. Les opérateurs auxiliaires ou en devenir

Afin de permettre un enracinement progressif de ces corps d'intervenants spécialistes d'APS, la commission recommande d'envisager une période de lancement au cours de laquelle un certain nombre de postes de l'une ou l'autre des catégories mentionnées seraient « mis au concours » pour une période courte et une durée provisoire (2 ans) comme ce fut le cas pour l'opération 1000 postes STAPS en 2006. Leur pérennisation serait évidemment l'objectif à atteindre.

La commission recommande, l'opération « Trois Cents postes » dont le financement serait assuré par tiers: 1/3 par le CNDS, 1/3 par le réseau partenaire qui encadre l'emploi, 1/3 par la structure bénéficiaire pour une durée de 2 ans ; les postes seraient affectés après appel à projets national en direction de toutes les structures souhaitant développer l'AP en direction de populations particulières, avec jury national.

La commission recommande aussi d'utiliser les licenciés STAPS mention APA-Santé, au cours de leur scolarité, dans le cadre des stages obligatoires, pour leur offrir des terrains d'expérience dans certains environnements (école primaire, hôpitaux, maisons de retraite)

Les Titulaires de BE APT et de BP JEPS Remise en Forme (Niveau IV de la nomenclature) peuvent intervenir comme animateurs occasionnels (CQP idem).

Par ailleurs, les aidants, les élus des collectivités, les conseillers CRAM etc devraient pouvoir bénéficier de formations sur la connaissance des effets des APS, pour les accompagnements dont ils témoignent.

1.4. Les formations

Il est inutile de redécliner ici les formations APA-Santé dispensées à l'université, diversifiées selon des pathologies distinctes (diabète, vieillissement, insuffisants respiratoires etc..). Par contre, il est important de pointer les nécessaires interactions à établir entre certains groupes de formation : STAPS ou Kinésithérapie.
Il existe un continuum des compétences liées au mouvement, de la physiologie à la pathologie (médecine) en passant par la réadaptation (kinésithérapie) jusqu'à l'exercice intégré (STAPS) sans que les passerelles nécessaires soient pour l'instant présentes de manière effective. La recherche peut transcender ce continuum, comme cela est tenté dans certaines formations de haut niveau telle que l'Ecole doctorale 456 Sciences du Sport, de la motricité et du mouvement

humain des universités parisiennes (Université Paris Descartes, Université Paris 10 Nanterre, Université Paris Sud 11).

Dans ce contexte, il parait indispensable d'assurer une forte interdisciplinarité entre toutes les formations qui se préoccupent de mouvement et de mobilité. Des rapprochements significatifs, sous forme de tronc communs d'enseignements suivis de cours spécifiques par exemple, pourraient être envisagés entre médecine, sciences et techniques des APS, kinésithérapie, ostéopathie, ergonomie, psychomotricité… au sein du dispositif LMD.

Ces formations ont le mouvement comme dénominateur commun. Elles peuvent s'articuler autour de la licence professionnelle « activité physique », de la licence académique « APA-Santé », du master pour la conception des programmes et du doctorat pour la recherche.
Partant du niveau Licence, certaines de ces formations (kinésithérapie notamment) bénéficieraient d'une universitarisation dans une formule originale et pionnière. En pratique, ces rapprochements existent dans de nombreuses universités et écoles : préparation aux études ou mastérisation des diplômés de Kinésithérapie en STAPS.

Les experts auditionnés et les membres de la commission s'accordent sur une réflexion à mener concernant une nouvelle section du conseil national des Universités, intitulée « Sciences du Mouvement » dans laquelle pourraient s'intégrer l'ensemble des disciplines concourant à la réflexion et à la recherche sur le mouvement.

IV. Le certificat médical

Plusieurs types de certificats médicaux rencontrent la pratique sportive : ce qu'il est convenu d'appeler le certificat de non contre-indication, le certificat de contre-indication pour les sportifs de haut niveau, le certificat dit de « dispense » notamment chez les jeunes à l'école et les certificats d'aptitude.

1. Le certificat médical de non contre-indication (CMNCI)

Le texte de loi d'avril 2006, dit Loi Lamour, vise à augmenter le degré de sécurité médicale dans la pratique sportive, en renforçant le contrôle médical des sportifs licenciés amateurs et professionnels et des compétiteurs. La loi précise qu'un certificat doit attester l'absence de contre-indication à la pratique d'une discipline sportive. S'y ajoute, pour les compétiteurs, la nécessité d'une mention « en compétition ». Cependant le certificat médical unique pour toutes les disciplines sportives ne se révèle plus valable en raison des spécificités de certains sports, tels que la plongée sous-marine, la course automobile, le parachutisme ou la boxe, présentant des risques plus élevés d'accident aux conséquences graves, pour le sportif ou l'entourage (public, encadrant, partenaire…), en cas de survenue d'un problème de santé. La prise en compte de ce risque nécessite des précautions ou des restrictions dans la pratique.

La situation est d'autant plus paradoxale que ce certificat ne s'impose pas aux formes de pratique libres non encadrées, qui représentent pourtant près des deux-tiers de la pratique sportive et des 900 000 accidents de sports annuels [96], ou aux activités encadrées par des structures non fédérales ou aux compétitions non organisées ou non autorisées par les fédérations. Pourtant, certains organisateurs de manifestations sportives l'exigent dans le but de préserver leur responsabilité en cas d'accident.
Lorsqu'il est correctement réalisé, le recueil complet de ces données (biométriques, cardio-vasculaires, ostéo-articulaires, cutanée, ORL, etc) engendre un travail long, pour une consultation le plus souvent masquée dans une visite traditionnelle sans surfacturation, en raison de l'absence de nomenclature et de cotation.

De fait, le CMNCI sert le plus souvent à libérer de certaines de leurs contraintes les cadres, les structures ou les organisateurs de compétitions dans un contexte de médiatisation et de judiciarisation accrues des accidents sportifs, à la recherche de facteurs de responsabilité opposables.

Il convient donc *i.* d'adapter le certificat médical pour dépasser la simple précaution et *ii.* d'intégrer le fait que certaines circonstances de pratique des APS requièrent une prise en compte détaillée de l'état de santé du pratiquant. Ces conditions peuvent s'appliquer au sujet lui-même (senior, sujet à risque cardio-vasculaire, scoliose de l'enfant …) ou à l'environnement de la pratique (intensité ou volume d'entraînement élevés, geste asymétrique, traumatisme inhérent à la pratique …).

[96] InVS, Description et incidence des accidents de sport Réseau Epac (2008). www.invs.sante.fr/publications/2008/accidents_sports/

2. Auto-questionnaire et Certificat d'Aptitude

Une réflexion doit être engagée sur cette problématique en tenant compte des éléments sanitaires, juridiques, économiques et sociaux, mais en s'inspirant également des mesures mises en œuvre à l'étranger.

Les conclusions du groupe de travail national sur le sport et la santé des états généraux du sport 2003 recommandent la mise en place d'une consultation annuelle d'adaptation au sport répondant à un cahier des charges par âge et par discipline, et remboursée par l'assurance maladie.
En Italie, le contrôle médical est obligatoire pour tous les sportifs de compétition et très orienté vers les pathologies cardio-vasculaires (ECG de repos et d'effort systématiques).

Au Canada, l'évaluation de l'état de santé des sportifs se fait par un auto-questionnaire individuel (QAAP) qui détermine l'opportunité du contrôle médical associé à un guide de recommandation sur la pratique sportive [97].
Ce dispositif serait une option intéressante à mettre en œuvre dans notre pays car il permet de laisser à chacun l'appréciation du risque propre à la pratique qu'il souhaite mener, tout en portant à sa connaissance l'ensemble des informations nécessaires pour éclairer son jugement. En France, cette option d'auto-questionnaire est également proposée parmi les recommandations de la commission de la sécurité des consommateurs dans son Livre blanc « Prévenir les accidents de la vie courante »[98].

Une autre option consiste à s'orienter vers un Certificat Médical d'Aptitude à la pratique spécialisée (CMAS) pour des sports (boxe, plongée…) ou des circonstances (obésité, diabète de type 2, compétition en altitude, températures inhabituelles, intensité et volume d'entraînement élevés…) présentant de fortes probabilités d'accidents potentiellement graves. Les investigations requises seraient alors plus ciblées que les investigations actuelles, laissées à la libre appréciation des médecins. Il conviendrait alors de s'orienter vers un guide de recommandations de bonne pratique à destination des médecins, réalisé conjointement avec les sociétés savantes (SFMS, SFTS, SFC…), les agences (HAS, INPES, InVS) et les instituts de recherche (Inserm, IRMES) permettant de clarifier le débat chez l'adulte, comme chez l'enfant.

Au total l'auto-évaluation par questionnaire individuel, adaptée à la pratique loisir, pourrait être opportunément associée au certificat médical d'aptitude (CMA) avec cahier des charges précis pour les sports ou les circonstances présentant de fortes probabilités d'accidents graves pour le pratiquant ou son entourage.

[97] http://www.csep.ca/main.cfm?cid=574&nid=8363
[98] www.securiteconso.org/article494.html

3. Centres régionaux de médecine du sport

Les Centres régionaux de Médecine du Sport (CMS) sont des structures très adaptées à la réalisation du contrôle médico-sportif des sportifs de masse et de haut niveau. Ils pourraient s'avérer d'excellents lieux pour réaliser des examens d'aptitude pour les sportifs dans leur ensemble.
Parmi la multitude des fonctionnements, il en existe 5 types principaux :

- CMS des Offices Municipaux des Sports ;
- CMS municipaux en régie directe ;
- CMS d'associations sportives ;
- CMS gérés par le MSJSVA ;
- CMS des Centres Hospitalo-universitaires (CHU) qui sont souvent des plateaux techniques intégrés à des services de Médecine du Sport.

Ce paysage épars nécessite certainement d'être clarifié selon les recommandations de bonne pratique évoquées plus haut, en vue de missions telles que [99] :

- visites d'aptitude à la pratique des sports de compétition ou les pratiques de loisirs ;
- suivi médical des entraînements et contrôle ;
- orientation des pratiquants non compétiteurs vers les APS adaptées à leurs aptitudes ;
- visites d'aptitude et suivi des activités sportives dites « à risques », même de loisir.

Environ 480 CMS sont en activité, constituant un réservoir important de compétences et d'expérience pour des visites médicales de prévention, de dispense et d'aptitude sportives qu'il convient d'optimiser.

4. L'accueil de tous les élèves en cours d'EPS

Les cours d'Éducation Physique ou Sportive (EPS) ne doivent pas être considérés comme le lieu exclusif d'acquisition de techniques sportives, mais aussi comme des outils éducatifs au service de la santé. En la circonstance, tous les élèves doivent y être accueillis et bénéficier de pratiques adaptées à leur situation.

Les professeurs d'EPS doivent disposer de compétences liées à la connaissance de publics particuliers et de leurs pathologies. La formation reçue en licence et en master doit donc être augmentée de modules (de 30 à 50h) portant sur les questions de handicap ou de réadaptation, sur les inaptitudes partielles et les moyens d'y faire face.
Au CAPEPS il convient de procéder à l'extension de l'épreuve de polyvalence en intégrant la validation de compétences acquises en APA-Santé. À l'agrégation externe, comme dans tous les autres concours, les épreuves d'admission devraient également intégrer ces connaissances dans les items de leurs programmes.

[99] Assises de la Fédération Nationale des Offices Municipaux des Sports – FNOMS - et du Centre National de la Fonction Publique Territoriale - CNFPT

V. Activité Physique en milieu pénitentiaire

GROSVALET François, Ministère de la Justice
&
PICARD John, Conseiller Technique National FFEPGV

1. Constat

Parmi les 63 000 personnes détenues sur le territoire, certains groupes sont à considérer au regard de la problématique de prévention santé par les APS, alors que 10% des détenus ont accès aux sites de pratique physique.

1 / **800 mineurs** : le moment de leur incarcération est propice à un bilan corporel et sanitaire, à une information portant sur les questions de santé et une orientation vers une pratique des APS dans des clubs d'accueil labellisés par les fédérations.

2 / **2 000 femmes** : leur position minoritaire dans la population carcérale les éloigne d'un accès régulier aux installations sportives, alors qu'une pratique physique fréquente leur serait bénéfique pour des raisons identiques à celles des populations non incarcérées.

3 / **7 000 détenus âgés** ou corporellement affectés par les effets d'une détention longue pourraient bénéficier d'une action spécifique tournée vers le diagnostic de leur condition physique et la récupération progressive de capacités motrices.

4 / **15 000 détenus consommateurs de substances psychoactives** pourraient également bénéficier des effets d'une pratique contrôlée et progressive d'APS sur leur addiction.

Quelques actions pourraient être proposées pour améliorer la condition physique, psychique et sociale des détenus.

- faire participer des personnes de ces groupes à des manifestations sportives à l'intérieur des prisons ou dans le cadre de sorties sportives
- proposer un programme d'évaluation de la condition physique à l'entrée et en cours, de détention ainsi qu'un programme de restauration en partenariat avec des fédérations affinitaires, le Ministère de la Santé et des Sports, le Ministère de la Justice et le Secrétariat d'État aux Sports avec évaluation d'impact

2. Propositions

L'adhésion à toute démarche de prévention santé en milieu carcéral passe par une forte concertation et une bonne coordination avec les partenaires et les services composant l'administration pénitentiaire intervenant dans des domaines distincts (sport / éducation à la santé / surveillance).

1 - Inciter les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA, dans les établissements pénitenciers) à mettre en œuvre des politiques d'éducation à la santé incluant les activités physiques comme moyen thérapeutique.

2 – Sensibiliser les médecins coordonnateurs des UCSA à la mise en œuvre des APS comme moyen de prévention.

3 - Informer et former le personnel soignant aux bienfaits de l'APS.

4 - Intégrer les APS dans le projet de détention du détenu, comme moyen d'éducation à la santé et non comme seule activité de défoulement.

5 - Mettre en place un dispositif d'évaluation, de suivi et de contrôle de la condition physique chez le détenu en amont et en aval des programmes incluant les indicateurs traditionnels de santé (pathologies initiales, biométrie, nombre de consultations, évaluation des prises médicamenteuses ; anxiolytique, antidépresseur, somnifères ou opiacés).

6 - Renforcer l'action des partenaires santé (INPES) quant aux campagnes de prévention (activité physique, nutrition, sommeil…)

7 – Proposer des modules de formation continue spécifiques Prévention Sport Santé aux moniteurs de sport avec accompagnement par un professeur d'APA détaché du centre hospitalier de proximité, appartenant à l'UCSA.

8 – Former les animateurs sportifs externes à la spécificité du milieu et ses contraintes

9 – Conduire des recherches sur le bienfait des programmes de réentrainement en milieu carcéral

10 – Sensibiliser et convaincre le personnel surveillant des effets bénéfiques de l'APS

11– Favoriser la pratique au sein, voire à l'extérieur, des établissements pour certaines populations de détenus, lors de manifestations locales ou d'événements ciblés

12 – Mutualiser les moyens entre financeurs, opérateurs et partenaires santé : valoriser les programmes d'activités physiques et santé dans les PRSP et les étendre au milieu carcéral

13 – Développer des programmes spécifiques favorisant le développement des enfants de détenues (exemple de « gym' câline », dans le cadre de séances d'APS communes mère / enfant ; partenariat prison de Rennes - FFEPGV)

ANNEXE 1

Questionnaire d'Aptitude à l'Activité Physique (QAAP)
www.csep.ca

Pour la plupart des gens, l'activité physique ne présente pas de difficulté ou de risque. Le QAAP a été conçu pour les individus pour qui l'activité physique n'est peut-être pas appropriée ou encore pour ceux qui auraient besoin des conseils d'un médecin sur le choix d'un type d'activité. Avant de commencer ou d'augmenter votre activité physique, il serait sage de remplir le QAAP afin d'éviter un problème médical.
Nous vous demandons de répondre consciencieusement à ces questions.

1. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un problème cardiaque et que vous ne devriez participez qu'aux activités physiques prescrites et approuvées par un médecin ?

2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine lorsque vous faites de l'activité physique ?

3. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des douleurs à la poitrine lors de périodes autres que celles où vous participez à une activité physique ?

4. Éprouvez-vous des problèmes d'équilibre reliés à un étourdissement ou vous arrive-t-il de perdre connaissances ?

5. Avez-vous des problèmes osseux ou articulaires qui pourraient s'aggraver par une modification de votre niveau de participation à une activité physique ?

6. Des médicaments vous sont-ils actuellement prescrits pour contrôler votre tension artérielle ou un problème cardiaque (par exemple, des diurétiques) ?

7. Connaissez-vous une autre raison pour laquelle vous ne devriez pas faire de l'activité physique ?

Si vous avez répondu :

OUI à une ou plusieurs questions, consultez votre médecin AVANT d'augmenter votre niveau de participation à une activité physique.
Il se peut que vous n'ayez aucune contre-indication à l'activité physique dans la mesure où vous y allez lentement et progressivement. Par ailleurs, il est possible que vous ne puissiez faire que certains types d'efforts adaptés à votre état de santé. Indiquez à votre médecin le type d'activité que vous comptiez faire et suivez ses recommandations.

NON à toutes ces questions, vous êtes, dans une certaine mesure, assuré(e) que vous pouvez vous adonner à une pratique régulière d'activités physiques en commençant lentement et en augmentant progressivement l'intensité des activités pratiquées. C'est le moyen le plus simple et le plus sûr d'y arriver.

Avant de débuter un nouveau programme d'activité physique, d'augmenter votre niveau d'activité ou de subir une évaluation de conditionnement physique, vous devriez consulter votre médecin. Il faut lui montrer votre questionnaire QAAP ou lui indiquer les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative.

Attendez avant de faire beaucoup plus d'exercices :
- si vous ne vous sentez pas bien en raison d'une maladie passagère comme une grippe ou un rhume (attendez de vous sentir mieux);
- si vous êtes enceinte ou pensez l'être (consultez votre médecin avant de commencer à être beaucoup plus active).

Note: Si votre état de santé change et que vous devez répondre OUI à une des questions ci-dessus, demandez conseil à votre médecin ou à un professionnel de l'activité physique.

Après une évaluation médicale, demandez conseil à votre médecin sur votre aptitude à entreprendre :
- une activité physique non restreinte en commençant par des exercices faciles et en progressant peu à peu;
- une activité restreinte ou supervisée pour satisfaire à vos besoins particuliers, surtout au début.
Si vous avez répondu NON à toutes ces questions, vous pouvez dès maintenant commencer à faire davantage d'activités physiques sans danger pour votre santé. Mais n'oubliez pas de procéder graduellement en augmentant peu à peu votre rythme; c'est la façon la plus agréable et la plus sûre de le faire.

STRATÉGIES DE COMMUNICATION

Coordinatrice
Magali Tézenas du Montcel

Groupe de travail
Magali Tézenas du Montcel
Thierry Lardinoit

Autres contributeurs et auditions
Fabrice Moreau
Franck Pons
Guy Thibault
Nicole Civatte
Michel Chauliac
Roland Krzentowski
Benoit Eycken
Eddy Engelsman
Fatima Kartout
Alban Dechelotte
Adrien Seugé
Laurent Sacchi
Georges Toussaint
Jean-Michel Borys

I. Synthèse

1. Le contexte et les enjeux

Au contraire des programmes de lutte contre le tabagisme ou l'obésité, ceux destinés à développer l'activité physique sont relativement récents. Le territoire de communication du lien sport et santé est encore à construire. Même si certaines bases ont été posées dans le cadre du PNNS, le repère concernant l'activité physique a un niveau de notoriété perfectible et demeure surévalué.

Il existe aujourd'hui un certain consensus international, des recommandations de l'OMS ainsi que des expériences prolongées dans d'autres pays qui donnent les principaux facteurs clefs de succès : utiliser une définition large de l'activité physique, développer une approche santé publique en population, impliquer de multiples secteurs et travailler à différents niveaux, développer des environnements favorables à l'activité physique, favoriser l'équité dans les opportunités d'être actif, s'appuyer sur les expériences ayant fait leurs preuves.

Les enjeux identifiés pour relever le défi de la communication sont :
- la capacité à changer la représentation sociale et les comportements des français vis-à-vis de l'APS impliquant une réelle modification des styles de vie,
- une approche intégrée permettant d'agir sur les déterminants environnementaux et socio-économiques qui influencent fortement les styles de vie des individus, ce qui implique de nouer de nouveaux partenariats avec d'autres secteurs : aménagement, transport, environnement, travail, éducation, logement ;
- une gouvernance forte du secteur de la santé afin d'être capable de gérer un projet d'une telle transversalité, en optimisant les rôles des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ;
- en utilisant la complémentarité des différentes méthodes d'interventions : informative (campagnes médiatiques, messages prescripteurs et information sur la santé), comportementales et sociales (interventions individuelles et sur des communautés ou des groupes) et environnementales et politiques (favoriser les déplacements, l'accessibilité aux installations, implantation d'infrastructures).

2. Les recommandations

Ce plan consiste à rendre l'activité physique accessible au plus grand nombre de Français, dans leur pratique quotidienne, dans le but d'améliorer leur santé dans son acceptation la plus large. Sa mise en place peut reposer sur une identité, une « marque » évocatrice.

La diversité des pratiques et des styles de vie associés à la pratique d'activités physiques ou sportives peut amener à décliner les messages de façon spécifique sur certaines cibles prioritaires puis dérouler par étape l'ensemble d'une communication nationale relayée par les acteurs indispensables à son application régionale.
Ces acteurs sont les cibles « intermédiaires » définies dans chacun des chapitres (le corps médical, les élus des collectivités locales, les enseignants, les

entreprises…) et les leaders d'opinion qui doivent être sensibilisés et impliqués en amont.

Le groupe de travail qu'il conviendra de mettre en place afin de coordonner l'ensemble de ces aspects du plan devra revenir sur le message, l'analyse des freins, la communication en elle-même et son accessibilité.

- Un premier travail de concrétisation du message « 30 minutes » sera réalisé et clarifié pour renvoyer aux situations réelles du quotidien.
- Un certain nombre d'items doivent être intégrés pour lever les freins à la pratique (analyse du « prix à payer ») : la possibilité du fractionnement, les bienfaits de l'APS sur la santé, la non limite en âge, la nécessité d'un travail spécifique selon les groupes mobilisables, la prise en compte de l'impact sur l'image de soi pour les adolescents, les risques d'accidents et les bénéfices de la sédentarité.

- La communication auprès de la population pourra s'appuyer sur des valeurs de plaisir, de bien-être (concept plus large permettant de s'adapter aux différents âges) et de sociabilité. Son cadre sera celui de la famille permettant de cibler prioritairement les enfants et, de façon indirecte, les parents et grands parents. Le cadre de la communauté d'amis pourra aussi être exploité. La présence de sportifs de haut niveau répondant à certains critères permettrait de gagner en impact.

- Tout ceci ne sera entendu qu'à la condition de rendre le message accessible à tous. Une coordination sera nécessaire entre les différentes actions d'émergence (sensibilisation des leaders d'opinion, formation des cibles intermédiaires). Voici quelques pistes d'actions : l'intégration des sportifs de haut niveau dans la campagne, la complémentarité des supports médias, l'utilisation des événements sportifs comme vecteur de communication, la création d'événementiel, la potentialisation grâce aux entreprises partenaires et l'utilisation comme vecteur de diffusion des lieux de vie tels que l'école, les entreprises et les clubs d'activité physique ou sportive.

II. Propositions

1. Etat des lieux

1.1. Etat des lieux général du lien APS / santé en France

1.1.1. Liens ambivalents entre santé et pratique d'APS

La santé est à la fois un frein et une motivation à la pratique

Il est étonnant de constater que la santé est à la fois l'une des premières motivations citées par les pratiquants de sport et aussi le premier frein à la pratique.

D'après l'étude IPSOS/FPS de 2008, analysant les motivations à la pratique sportive, la santé est citée en troisième position par 88% des répondants (86% pour les hommes et 91% pour les femmes). La santé est évoquée après des motivations qui peuvent lui être rattachées : « se sentir bien » pour 98% des répondants et « se détendre » pour 95%. Des résultats comparables sont retrouvés aussi dans le Baromètre santé de 2000.

D'après l'enquête INSEE « Pratique culturelle et sportive » de 2003, menée auprès de la population de plus de 15 ans ne pratiquant aucune activité physique ou sportive, les « problèmes de santé » viennent en tête des raisons de non pratique d'APS. Sur l'ensemble de la population, ce frein est le premier cité dans 41% des cas. Le pourcentage est bien évidemment corrélé à l'âge : 14% chez les 15-29 ans, 23% chez les 30-59 ans et 60% chez les 60 ans et plus.

Certains problèmes liés à la pratique sportive de haut niveau peuvent décrédibiliser la démarche

Deux éléments peuvent influencer négativement l'association sport et santé : le problème du dopage et les blessures liées à la pratique du sport de haut niveau. Ces deux aspects sont de plus fortement médiatisés. L'été apporte régulièrement son lot de polémiques à l'occasion des courses cyclistes et les accidents cardiaques de sportifs sont aussi largement relayés. Mais le faible nombre de ces cas (on estime autour de 500 cas par an le nombre de morts subites dans le contexte sportif), malgré leur poids médiatique, et la connaissance des raisons qui les expliquent doivent être mis en perspective avec les risques beaucoup plus grands, à l'échelle de la population, d'une absence totale d'activité en terme de morbidité et de mortalité cardiovasculaire : environ 40 000 décès sont dus à une mort subite en dehors du contexte sportif.

1.1.2 Etat des connaissance de la population des messages sport / santé

Avant de faire la moindre recommandation de communication, il est impératif d'apprécier le niveau de connaissance de la population sur le lien entre APS et santé. Dans cet objectif, les données de post test des messages sanitaires, incluant l'APS (le « bouger 30 minutes par jour »), montrent que :

a. 1/3 de la population cite spontanément la recommandation. Ce résultat est plutôt encourageant mais il reste un effort important de sensibilisation ;
b. le contenu du message est surestimé par son aspect encore insurmontable en regard des contraintes du quotidien, de temps notamment. Il faut donc encore expliquer en quoi consiste un niveau d'activité physique favorable à la santé et pourquoi il convient de prendre ce temps ;
c. Les femmes de moins de 50 ans sont les plus réceptives avec un risque de culpabilisation. Il convient donc d'éviter cet écueil ;
d. La population se sent fortement concernée par ces messages, mais, en l'absence de caractère pratique et de recommandations concrètes, ceux-ci incitent peu à faire d'avantage d'activité physique.

1.2. Recommandations internationales et OMS

Dans de récentes publications[100], l'OMS donnent des recommandations concernant l'activité physique, insistant sur leur caractère multidisciplinaire : santé, sport, loisirs, transports, environnement, urbanisme. Mais contrairement aux programmes de lutte contre le tabac ou contre l'obésité, ceux destinés à développer l'activité physique sont relativement récents. La portée des messages APS – Santé est donc à étendre.

Plusieurs réseaux et groupes de travail ont pour objectif de développer et soutenir l'activité physique ou sportive dans un but de santé publique. Il s'agit principalement du « *European network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity* » (HEPA), du « *Global Alliance for Physical Activity* » (GAPA) aux Etats-Unis, ou de l'association « *Agita Mundo* » en Amérique du Sud. De tels groupements permettent de comparer les bonnes pratiques et d'échanger les expériences.

1.3. Apprendre des expériences étrangères ou françaises

1.3.1. Québec

L'objectif du programme Kino Québec est de promouvoir un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la population québécoise.
Depuis 30 ans, ce programme fait la promotion d'un mode de vie physique actif, intégrant les APS dans le quotidien (loisir et déplacements). Ce programme est géré par le ministère de l'éducation, du loisir et du sport, le ministère de la santé et des services sociaux ainsi que les agences régionales de santé. Il s'agit d'un modèle d'intervention ciblant autant la personne que son environnement physique, social et organisationnel, associant facteurs personnels et environnementaux.

L'objectif d'ici 2010 au Québec est d'augmenter de 10% la proportion de la population québécoise suffisamment active, durant ses temps libres ou à

[100] Physical Activity and Health in Europe – Evidence for action, WHO Europe 2006

l'occasion de ses déplacements, pour en retirer des bénéfices pour la santé.
Kino Québec se positionne aujourd'hui comme un service expert au sein du MELS (Ministére de l'Education, loisirs et des sports) québécois, travaillant en partenariat avec d'autres organisations plus opérationnelles. Kino Québec définit des priorités d'actions par cycle de trois ans.
Actuellement (2005-2008), Kino Québec concentre ses actions dans deux milieux de vie : le milieu scolaire et le milieu municipal (la famille, le quartier, la communauté). Ce programme développe la conception et la promotion des environnements organisationnels, physiques et sociaux favorisant les modes de déplacement actifs et la participation aux activités physiques ou sportives des jeunes et des adultes, particulièrement ceux qui ont des enfants. Les populations particulièrement visées par le programme sont les jeunes d'âge scolaire (5 à 17 ans) et leurs parents.
Les priorités du prochain cycle (2009-2012) demeurent identiques aux priorités actuelles auxquelles seront rajoutés les « aînés » (cette cible avait été prioritaire il y a quelques années puis laissée au libre arbitre des régions qui décident de pérenniser ou non certains programmes nationaux).

Kino Québec fonctionne avec une coordination nationale au sein du ministère de l'éducation, des loisirs et du sport, un comité scientifique, un comité exécutif et 35 conseillers régionaux Kino. Ces conseillers travaillent au sein des ARSSS (Agences Régionales de Santé et Services Sociaux).
Pour les actions de communication Kino Québec bénéficie d'un partenaire privé, entreprise du médicament.
Kino Québec développe ses propres programmes et se positionne en partenaire d'autres programmes mis en place par d'autres associations ou entités, tel que le programme ci-dessous par exemple.

Le programme « Défi santé 5/30 » est un bon exemple de promotion. Des concours sont organisés dans différentes catégories, dont celle de la famille. Des partenaires privés sont associés à cette opération.

1.3.2. Nouvelle Zélande

L'objectif du programme "SPARC" consiste à promouvoir, encourager et supporter le sport et l'APS loisir en Nouvelle Zélande. Le positionnement est très ambitieux "*The most effective sport and recreation systems*". Ce programme, mis en place en 2000, s'appuie sur une forte culture sportive de la nation et fait suite à un constat de baisse des performances sportives du haut niveau et de croissance de la sédentarité. La Nouvelle Zélande souhaite ainsi retrouver les valeurs d'un mode de vie actif et performant dans le domaine sportif.
L'organisation de SPARC dépend du ministère du sport et des loisirs. Les ambitions sont de rendre les Néo-Zélandais à nouveau « actifs, impliqués et vainqueurs ».
Les groupes plus particulièrement ciblés sont les populations Maori, les Peuples du Pacifique, les femmes, les seniors et les handicapés.

1.3.3. Finlande

La Finlande mène une politique favorable à l'APS depuis une trentaine d'années. Après une première phase consacrée plus particulièrement au sport de compétition et au haut niveau, une politique de développement de l'activité physique pour tous a été mise en place depuis 20 ans. C'est une volonté multi-sectorielle sur le long terme qui a pu diffuser l'information sur les bénéfices de l'APS en plusieurs campagnes de communication successives.
La forte implication des politiques a permis de développer une action nationale très visible tant du point de vue de la recherche ou de la formation que de l'éducation. Le relais local a été pris par les municipalités afin de faciliter l'accès aux infrastructures permettant l'APS pour tous.

1.3.4. PNNS

Le Programme National Nutrition Santé français a pour objectif général, depuis 2001, d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.
Il s'agit de la promotion d'une nutrition « positive » associant nutrition et plaisir, non normative, prenant en compte la diversité des situations et reconnaissant la complexité de l'acte alimentaire, sa dimension sociale et culturelle.
L'un des objectifs quantifiés est d'augmenter l'APS quotidienne par une augmentation de 25% du nombre de personnes, de tous âges, faisant l'équivalent d'une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine (75% des hommes et 50% des femmes).
Le PNNS est destiné à l'ensemble de la population avec des opérations :

- adaptées aux âges de la vie pour l'obésité (enfants, adolescents, adultes) ;
- spécifiques pour les enfants, les adolescents, les femmes au moment de la maternité ou les seniors ;
- qui se développent auprès des populations défavorisées et des personnes en situation de précarité

1.4. Les enjeux

Tenant compte du caractère récent des nouvelles incitations françaises pour favoriser les liens entre activité physique et santé et considérant les facteurs clefs de succès soulignés dans les recommandations des campagnes internationales, on peut proposer de :

1.4.1. Changer la représentation et les comportements

Il ne s'agit pas uniquement de développer la pratique sportive ou l'activité physique de quelques groupes, mais de décliner un objectif de long terme sur la santé de l'ensemble de la population.

1.4.2. Développer une approche intégrée

Cela implique d'agir aussi sur les déterminants environnementaux et psychosociaux qui influencent les styles de vie. L'activité physique ou sportive est une ressource pour la santé dont la promotion est souhaitable ; la principale

clef du succès de cette promotion réside dans son approche intégrée telle que le montre des pays comme la Finlande ou le Canada. L'enjeu réside dans le fait de sortir du cadre santé et sport afin de nouer de nouveaux partenariats avec d'autres secteurs : aménagement, transport, environnement, travail, éducation, logement ce qui implique la mise en action d'un nombre important d'intermédiaires avant d'arriver à provoquer un changement de comportement durable.

1.4.3. Renforcer la gouvernance du secteur de la santé …

Cette approche intégrée va demander une gouvernance très forte afin de gérer un projet d'une telle transversalité. Les responsabilités seront partagées mais la stratégie générale et le pilotage doivent être confiés au ministère de la santé. La santé est en effet un facteur commun à tous ces projets éclatés sous différentes tutelles.
Les futures Agences Régionales de Santé (ARS) pourraient jouer ce rôle de relais régional. Ce programme de prévention santé s'inscrit au cœur des missions de prévention qui leur sont confiées. Comme il est recommandé dans le rapport Flajolet, il convient de faire converger les plans transversaux au sein des ARS pour réduire certaines inégalités territoriales de prévention sanitaire.

1.4.4. … utilisant la complémentarité des différentes méthodes d'intervention

Il existe trois types d'interventions : informative (campagnes médiatiques, messages prescripteurs et information sur la santé), comportementales et sociales (interventions individuelles, sur des communautés ou des groupes) et environnementales (favorisant les déplacements, l'accessibilité aux installations, l'implantation d'infrastructures).[101]
Ces méthodes d'interventions doivent avoir une gouvernance transversale nationale et une application locale afin de toucher l'individu dans sa sphère de proximité. En ce sens les Agences Régionales de Santé seront les relais dans les territoires de ce nouvel outil de prévention en étroite association avec les directions régionales des sports.

2. Les recommandations

2.1. Méthodologie

La démarche de marketing sociétal permet d'accroître l'efficience des deniers publics. Elle a pour finalité le changement de comportement. Elle impose une démarche d'analyse en amont de la communication et un processus structuré qui suit certaines étapes :

- la définition et la priorisation des objectifs et des cibles,
- la différenciation de l'offre de service,
- la cohérence et la convergence d'actions entre l'offre (programme et services), les freins (prix psychologique), l'organisation et la diffusion des

[101] Kahn et coll. 2002

messages (distribution) et la communication centrée sur le bénéfice perceptible.
- la mesure et l'évaluation des programmes mis en place.

La déclinaison du programme de communication pour le PNAPS comporte les étapes suivantes :

1. *Connaissance du contexte*
Connaître le profil des groupes cibles, identifier leurs besoins, leurs attentes, les motivations pour la pratique d'APS, les perceptions, les styles et milieux de vie et les habitudes médias, pour la partie opérationnelle de la communication.

2. *Segmentation pertinente*
La segmentation classique âge, sexe, CSP doit désormais intégrer les modes de vie, les valeurs, les comportements et les perceptions.
Une étude approfondie des freins et barrières au comportement visé en plus des motivations est recommandée tant sur les aspects rationnels qu'irrationnels mais réellement perçus. La segmentation permet d'identifier les cibles les plus susceptibles de répondre favorablement à un programme.

3. *Intégrer le décalage* possible entre l'intérêt et les besoins individuels et l'objectif de santé publique.

4. *Adapter les moyens de communication* aux profils des cibles et de leur *habitus media.*

5. *Mettre en place des mesures d'impact et d'efficacité*
Les outils barométriques tels que ceux développés à l'INPES ou dans le cadre du PNNS permettront de mesurer l'impact sur les connaissances, attitudes et pratiques de ces programmes multifactoriels et multi-niveaux (national, local, expérience collective et contexte personnel). Ce dispositif d'évaluation doit être indépendant et inscrit dans le long terme.

6. *Impliquer les groupes concernés dans la conception du programme.*

7. *Mettre en place des partenariats* pour une meilleure accessibilité aux cibles et la mobilisation de ressources humaines et financières.

8. *Intégrer une synergie avec les autres programmes sociétaux* (PNNS, PNSE, Plan Santé Transport, Loi Grenelle, Plan et réforme de la santé au travail).

9. *Viser un engagement substantiel et durable* : on recherche ici un changement de comportement qui ne peut s'obtenir que sur le moyen ou le long terme.

2.2. Objectif du plan

▪ Qualitatif

Le but est de développer durablement l'activité physique ou sportive des français en intégrant l'APS dans les représentations sociales.

▪ Quantitatif

Les indicateurs qui permettront d'évaluer régulièrement (2 à 4 ans) l'impact du plan et d'assurer son pilotage seront de trois catégories :

- Indicateurs de résultat final

Il s'agit d'apprécier les changements de comportement enregistrés grâce au PNAPS. L'évaluation portera sur des indicateurs généraux populationnels et sur des suivis de populations spécifiques qui auront été jugées prioritaires.
Augmenter le taux de pratique et mesurer l'état de forme des groupes par des auto-évaluations ou des tests plus complets type Athlétest® et dérivés[102], incluant des paramètres de l'état de santé physique et psychique.
Pour être en mesure de piloter la campagne il convient aussi d'évaluer le contenu de la campagne et sa mise en œuvre grâce à des indicateurs qui apprécieront la notoriété, la compréhension, l'acceptation de la campagne et sa capacité à déclencher les changements de comportement.

- Indicateurs de campagne

Il s'agit d'apprécier la notoriété, la compréhension, l'acceptation de la campagne et sa capacité à déclencher les changements de comportement.

- Indicateurs de mise en œuvre de la campagne

La campagne nationale n'aura d'impact que si elle est bien diffusée au sein de la population et donc bien mise en œuvre dans le quotidien et la proximité de la population. Cet aspect devra être évalué (acteurs impliqués, programmes mis en place…).

2.3. Positionnement du plan

Il s'agit de trouver le positionnement idéal par un programme portant sur l'image sociale de l'effort, son accessibilité, ses bénéfices, sa pérennité ; position qui dépend aussi de comportements et d'habitudes concurrentes.

2.3.1. Activité physique ou sportive

Le sport peut être perçu dans sa dimension compétitive de discipline olympique mais aussi comme une activité éducative ou de loisir qui connait aujourd'hui un fort développement. Dans le cadre de l'activité physique ou sportive, l'objectif n'est pas de convertir au sport les non sportifs mais de permettre à chacun d'atteindre un niveau d'activité physique qui améliore la qualité de vie ou prévienne un certain nombre de maladies.
Est valable tout type d'activité entraînant un certain niveau de dépense physique car le sport, convenablement pratiqué, contribue aussi à la promotion d'une activité physique favorable à la santé, celle des recommandations. Le vieux débat opposant sport de compétition et activité physique de loisir n'a plus lieu

[102] www.athletest.com/athletest/

d'être. Il convient de lui substituer la notion de gradient de dépense énergétique dont les risques sont majorés à chaque extrémité de la gamme : pour une activité nulle et pour une activité trop intense.

On voit d'ailleurs très nettement qu'il existe des profils différents entre français ayant une activité physique favorable pour la santé et ceux pratiquant un sport. Le questionnaire d'évaluation « *International Physical Activity Questionnaire* » (IPAQ) intègre une notion plus large de l'APS incluant les temps de loisir, de travail et de transport et permet de préciser ces niveaux d'APS favorables à la santé. Les principaux résultats du Baromètre santé 2005, utilisant IPAQ auprès des 15 à 74 ans, peuvent être résumés ainsi :

Activité physique favorable à la santé : 46%
(52% d'hommes et 39% de femmes)

Davantage pratiquée par :
- Les hommes
- Parmi les actifs, les agriculteurs
- Travail à temps partiel

Moins pratiquée si :
- Sujets âgés de 55 ans et plus
- Diplôme supérieur au baccalauréat
- Hauts revenus
- Agglomération parisienne
- Maladie chronique
- Lecture et ordinateur : plus de 3h /j

ou si
- 48h de repos consécutifs
- Plus de 25 jours de congés par an

Pratique habituelle d'un sport :
58%

Davantage pratiquée par:
- Les hommes
- Les 15 – 25 ans
- diplômés (augmente avec le niveau de diplôme)
- Niveau de revenu élevé
- Actifs occupés
- Cadres, professions intellectuelles, ou intermédiaires, employés
- Plus de 25 jours de congés

Moins pratiquée par:
- plus de 35ans
- au moins un enfant de moins de 14 ans
- Maladie chronique
- Surpoids ou obèse
- Fumeurs réguliers
- Consommateurs quotidiens d'alcool
- Plus de 3h de télévision par jour

2.3.2. Développer le déterminant activité physique de façon spécifique

Jusqu'à présent la promotion de l'activité physique que ce soit au niveau national comme local s'est principalement réalisée dans le cadre des actions du PNNS.
Compte tenu de l'objectif de changement de la représentation sociale et des comportements il convient de donner un positionnement spécifique et marqué à l'activité physique ou sportive, de trouver des synergies et de capitaliser sur la marque « mangerbouger » car il n'est pas souhaitable auprès du grand public d'avoir deux opérateurs avec des actions et des messages si proches. L'INPES et le comité de pilotage du PNNS pourront jouer le rôle de coordination entre les deux programmes.

2.3.3. Définition du positionnement :

Le programme consiste à rendre accessible au plus grand nombre, dans sa pratique quotidienne, l'activité physique ou sportive afin d'améliorer le bien-être général de la population.
« rendre accessible au plus grand nombre » impose de respecter l'égalité des chances, le volontariat et les libertés individuelles.

« dans sa pratique quotidienne » : l'activité physique doit s'intégrer aux gestes, aux réflexes de vie et ne pas considérer d'effort démesuré ou très contraignant.
« améliorer le bien-être » : l'objectif est certainement la santé, mais ce mot est souvent perçu par le grand public dans sa composante physique inverse de la maladie. En employant le terme santé, on risque de ne pas toucher les personnes pour lesquelles la préoccupation physique de la santé passe souvent au second plan, par exemple les jeunes, ou au contraire ceux qui, tels les malades chroniques, bénéficient pourtant considérablement de telles pratiques.

2.3.4. Bâtir une marque évocatrice et fédératrice

Un positionnement doit être relayé en terme de communication par une « marque » qui représente une promesse de valeur. Cette marque doit être évocatrice de l'enjeu du programme, doit « donner envie » et être reconnaissable entre toutes. Elle devra faire l'objet d'une grande visibilité afin que son symbole génère ensuite l'association au comportement recherché. Elle doit être capable de fédérer l'ensemble des publics concernés.
On voit en général une marque ombrelle du programme et des marques opérationnelles plus évocatrices auprès des différentes cibles concernées.

Voici quelques exemples de marques des programmes précédemment cités :

Marque ombrelle :

:

PROGRAMME DE PRÉVENTION DE L'ABANDON DE LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE À L'ADOLESCENCE

Marque opérationnelle

Kino Québec

Marque ombrelle :

SPARC ihi AOTEAROA Sport & Recreation New Zealand

Marques opérationnelles :

SPARC PUSH PLAY ihi AOTEAROA

Green Prescription ACTIVE FAMILIES

MISSION-ON

Marque ombrelle :

Programme National Nutrition Santé

Marque opérationnelle :

www.mangerbouger.fr

Dans le cas du PNNS c'est le terme « mangerbouger » qui est aujourd'hui évocatrice pour le grand public. Pour le PNAPS, les notions déclinant les

accroches les plus fortes devraient porter sur le mouvement, le plaisir, la mobilité, le dynamisme, la forme…

2.4. Choix des cibles

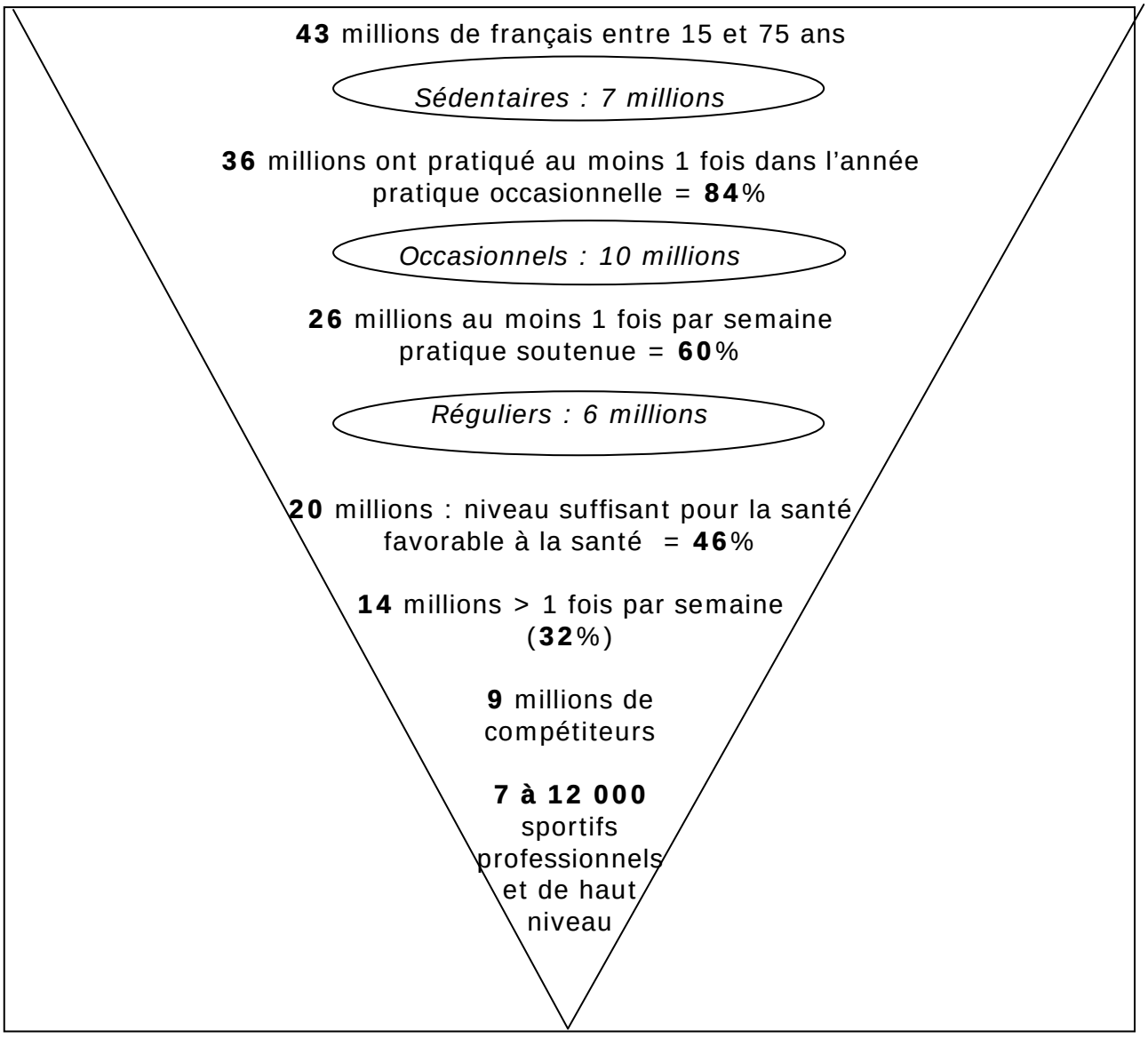
Il est essentiel de comprendre l'environnement dans lequel on évolue, c'est-à-dire connaître les populations que l'on souhaite atteindre grâce à ce programme. Il existe deux classes de cibles : la cible finale c'est-à-dire la population française et les cibles intermédiaires ou prescriptrices qui peuvent relayer le message vers la cible finale.

2.4.1. Cible finale en population

La population française est très diverse dans ses comportements vis-à-vis de l'APS, il convient de bien les comprendre afin de répondre à ses attentes.

- La pyramide de la pratique sportive chez les adultes :

On peut hiérarchiser la population des plus de 15 ans par rapport au gradient de pratique, de la façon suivante:



Il faut utiliser ces chiffres avec discernement car ils sont issus de deux enquêtes différentes[103], mais ils donnent une idée assez précise du fait que :
- 7 millions de français entre 15 et 75 ans sont sédentaires et
- 16 millions de français ont une pratique occasionnelle qui n'est pas suffisante pour être favorable à leur santé.
- parmi ces 16 millions, **6** ont une pratique dite soutenue mais encore insuffisante pour être favorable à la santé.
-**20** millions de personnes ont un niveau d'activité suffisant pour la santé.

Il existe donc 3 grands groupes de population, se différenciant par leur niveau de pratique et pour lesquels l'objectif de l'intervention devra être spécifique :

- le groupe des 7 millions de sédentaires est à « convertir »
D'après les stades du modèle de Prochaska, la population qui compose ce groupe peut-être en phase d'indifférence totale ou de réflexion vis-à-vis de l'activité physique.
Dans la phase dite de « pré-contemplation » ou d'indifférence, le sujet est inactif, satisfait de l'être et n'envisage pas de devenir actif. Le type d'intervention nécessaire consiste à sensibiliser, informer, proposer des bilans de forme afin de susciter l'intérêt et le doute.
Dans la phase dite de « contemplation » ou réflexion, le sujet est inactif mais se pose des questions et envisage de devenir actif. Le type d'intervention consiste à informer mais aussi proposer des « balances décisionnelles » (avantages ; inconvénients) en faisant ressortir les contradictions.

- le groupe des 10 millions de pratiquants occasionnels est à « développer ».
Il ne part pas de zéro, possède un vécu de l'activité physique et sera plus facile à convaincre que le groupe précédent.
Parmi eux, on trouve des personnes en phase de « préparation » : sujets pour lesquels la décision de changer est prise, qui sont légèrement actifs mais pas suffisamment. Il convient dans ce cas là de renforcer la motivation, d'expliquer comment faire plus, de proposer des actions, de rassurer sur les peurs, de lever les freins et de répondre aux attentes.

- le groupe des 6 millions de pratiquants réguliers est aussi à « développer »
On retrouve le même type d'intervention possible que précédemment avec un niveau plus avancé d'activité physique ce qui facilite la tâche.

- le groupe des 20 millions de pratiquants ayant une activité suffisante pour la santé est à « fidéliser »
Ce groupe doit être considéré dans notre programme car il peut aussi jouer un rôle de levier pour sensibiliser les cibles « à développer » des groupes précédents.
Pour les actifs, le type d'intervention consiste à valoriser le changement en mettant en avant les bénéfices obtenus, pérenniser l'accès à la pratique, discuter les côtés négatifs et prévenir un arrêt prématuré.

[103] INSEP 2000 et INPES 2005

- Eléments de pratique chez les moins de 15 ans

Même si les taux de pratique d'APS sont plus élevés dans la population des moins de 15 ans que dans la population adulte, la France est classée en dernière position de l'étude *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) 2001-2002 qui compare la pratique d'activité physique chez les pré-adolescents dans plusieurs pays européens et américains. On comptabilisait 11% chez les filles et 25% chez les garçons de 11 ans, à comparer au taux moyen de 33% et 44% respectivement, l'Irlande venant en tête avec 51% et 61%.

Les niveaux de pratique chez les jeunes filles sont toujours inférieurs à ceux des garçons, en particulier à l'adolescence qui représente un moment à fort risque d'abandon de l'APS.

Il faut noter l'influence du modèle parental c'est-à-dire la transmission des modèles sportifs des parents vers les enfants. Le rôle de la mère est tout particulièrement discriminant puisque l'écart de pratique entre les garçons et les filles disparaît si la mère pratique régulièrement un sport.
Le milieu socio-économique est très influent : en fin de second degré, le taux de pratique sportive des garçons de milieux favorisés est supérieur (81%) à celui des garçons de milieux moins favorisés ou que celui des filles issues de ces milieux (40%). De même, les enfants en filières professionnelles pratiquent moins (58%) que ceux en lycée (72%).[104]

- Comment segmenter la population ?

- Approche sur la base des critères classiques : CSP, âge, sexe
En raison de l'évolution des modes de vie, cette technique de segmentation est insuffisante surtout dans le cas d'un changement de comportement influencé par de multiples critères personnels et environnementaux.
- Approche basée sur le questionnaire IPAQ intégrant une notion plus large de l'APS (incluant les temps de loisir, de travail et de transport.
Les critères du Baromètre santé utilisant ce questionnaire segmentent de façon plus spécifique l'AP favorable à la santé.
- Approche par les styles sociaux
Plus globale, elle se base sur le mode de vie et les motivations à la pratique
- Approche mixte intégrant IPAQ et styles sociaux
Cette dernière approche parait plus pertinente et réduit les erreurs provenant de différences d'interprétation selon que les études intègrent, ou non, l'activité physique au sens large.

[104] Inserm, Contextes sociaux et motivations, 2008

- Styles de vie et conception de la santé et des activités physiques ou sportives [105]

Ce travail caractérise quatre grands profils sur la base des styles de vie et sur la conception de la santé et des activités physiques. Les profils se positionnent sur deux axes. Le premier se définit entre les pôles des sensations morbides et des sensations de plaisir. Le deuxième axe se dégage entre deux pôles d'instrumentation corporelle l'un à la recherche d'un corps efficace dans les activités professionnelles et l'autre lié aux capacités des APS d'apaiser le stress et de renforcer le contrôle de soi :

Style 1: physiquement inactif et sentiment de ne pas être en bonne santé
- *L'APS est inexistante et jamais considérée comme un plaisir*
- *considère son niveau de santé inférieur à la moyenne ; difficultés psychologiques*
- *consulte le médecin 1 fois par mois et prend quotidiennement des médicaments*
- *problèmes de sommeil, motricité*
- *considère la santé comme la capacité à sortir, voir des amis et travailler*

Style 2: physiquement actif orienté vers le plaisir et les loisirs
- *se considère en excellente santé physique et psychologique*
- *la santé est considérée comme la capacité à pratiquer une activité*
- *pratique une APS 1 ou 2 fois par semaine depuis plus de 5 ans*
- *le sport est le loisir favori*
- *l'APS est synonyme de plaisir*

Style 3: physiquement actif au travail, sans attention pour la santé
- *fumeur et/ou buveur*
- *la santé consiste à sortir, voir des amis et travailler*
- *ne consulte pas de médecins ; pas de médicaments, pas de stress*
- *pas d'APS en raison de contraintes professionnelles*
- *le loisir réside dans des activités à la maison, au jardin*

Style 4: physiquement actif pour lutter contre le stress
- *haut niveau de stress*
- *non fumeur, buveur modéré*
- *consulte un médecin tous les 3 mois*
- *cherche à diminuer le niveau de stress avec un composante hédonique (silhouette)*
- *l'AP n'est pas le hobby favori (gymnastique d'entretien, relaxation)*

- Groupes prioritaires :

Au-delà des styles de vie et de la santé publique, l'expérience d'autres pays peut amener à définir quelques grands groupes de population pour lesquels la promotion de l'AP parait pertinente dans un objectif de santé publique :

Les enfants, les adolescents

1. Même s'ils ont un fort niveau d'APS comparé à la population générale (APS scolaire obligatoire), les premières années de vie sont le moment idéal pour adopter les attitudes et comportements positifs vis-à-vis de l'AP (hygiène de vie).

[105] Perrin et coll, 2002

2. Le public des jeunes enfants (école primaire) est très réceptif aux messages sanitaires qui peuvent être donnés par les enseignants à l'école.
3. Les enfants sédentaires préparent les sédentaires adultes : 62,5% des adolescentes inactives le restent à l'âge adulte et chez les adolescents inactifs 55% le restent à l'âge adulte[106]. Tout ce qui n'est pas fait au plus jeune âge hypothèque l'avenir.
4. Cependant, l'adolescence est une période à risques pour la pratique de l'AP. L'émancipation passe aussi par l'abandon des bonnes pratiques de l'enfance et le refus du modèle parental.
5. Enfin, les enfants sont un bon vecteur pour toucher la cellule familiale (fratrie, parents et grands parents) et permettent d'avoir une action trans-générationnelle.

Les femmes

1. Les femmes par leur niveau faible d'implication dans les APS, présentent un fort potentiel de développement d'APS.
2. C'est le cas des femmes professionnellement « inactives » pour lesquelles l'AP n'est pas forcément un plaisir mais peut être perçue comme un moyen d'intégration.
3. Le contexte social influence beaucoup la pratique féminine.
4. Les femmes représentent un levier d'influence sur les enfants et la cellule familiale très important. Le changement d'attitude et de perception bénéficiera de l'implication des femmes. Une femme convaincue des bienfaits de l'AP, ce sont aussi des enfants et un cercle familial plus actifs.
5. Elles ont avec la maternité puis leur rôle de mère plus de moments de vie à risques d'abandon de l'AP, alors que, même à ces périodes, les bénéfices d'une APS mesurée sont patents.
6. Enfin, les femmes sont plus réceptives aux messages de prévention sanitaire que la moyenne de la population et se sentent concernées pour elles mêmes comme pour leur entourage.

Les seniors

1. Pour bon nombre de maladies chroniques, les interventions sur l'alimentation et l'activité physique ont démontré leur efficacité préventive à court terme.
2. La contrainte temps pour la majorité d'entre eux se réduit par rapport à la période d'activité professionnelle.
3. L'aspect social de la pratique est aussi essentiel pour les classes d'âge les plus avancées.
4. Les 60 ans et plus ont des freins qui leurs sont spécifiques.

- <u>Le choix des cibles</u> :

Nous recommandons de diffuser le message dans le cadre d'une campagne d'envergure nationale auprès d'un public très large composé :

[106] Matton 2006, Pietila 1995

1. des pratiquants occasionnels et réguliers avec un objectif de développement de la pratique pour atteindre le niveau favorable à la santé ;
2. des sédentaires, même si l'action de « conversion » peut apparaître actuellement plus difficile ;
3. des enfants et des femmes ;
4. des seniors.

La question du décalage dans le temps s'impose au regard de l'efficacité des campagnes et des décisions portant sur le tabagisme passif et actif. Y répondre permet de mettre en place et solidifier les structures de proximité indispensables au changement de comportement.

Il faut considérer le cas de certaines populations qui pourraient faire l'objet de campagnes plus intimistes via les cibles intermédiaires qui les concernent (corps médical, éducateurs sportifs, associations de patients), il s'agit des :
- personnes atteintes de maladies chroniques
- personnes atteintes de maladies rares
- personnes en situation de handicap
- patients en situation sociale précaire

qui nécessitent une approche particulière et spécifique, s'appuyant sur l'expertise et la participation des associations de patients, médecins, éducateurs médico-sportifs, actiphysiciens.

Chaque cycle de communication pouvant durer entre 2 et 3 ans, durée nécessaire pour induire le changement de comportement, il est préférable d'étaler la démarche dans le temps.

2.4.2. Cibles intermédiaires : identifier les leviers

Afin de convaincre ou simplement de rentrer en contact avec les populations ciblées, les sous groupes de la commission ont mis en évidence un certain nombre de cibles intermédiaires ou prescriptrices.

Scolaires		Enseignants EPS Personnel pédagogique Parents
Etudiants		Enseignants EPS Médecine préventive Personnel administratif Etudiants élus et engagés
Entreprise	Collectivités locales INPES	DRH DG management Partenaires sociaux Médecine du travail Ministère travail ANACT, INRS
Senior		Personnel EHPAD

Environnement	Collectivités locales Entreprises INPES	Décideurs politiques Formateurs d'élus, cadres administratifs territoriaux ADEME
Prévention Prévention	Médecins généralistes, médecins spécialistes, médecins du sport, réseaux de santé	Educateurs sportifs, Associations et clubs sportifs Fédérations sportives Educateurs médico-sportifs, Kinésithérapeutes, Nutritionnistes, Diététiciennes Associations de malades Mutuelles, Assurances,

Se dégagent 4 cibles intermédiaires prioritaires :

- Le corps médical
- Les enseignants
- L'entreprise
- Les collectivités locales

Des recommandations d'actions auprès de toutes ces populations ont été développées dans les différents rapports. Il convient de veiller à :

1. consolider les actions se rapportant à une même cible afin d'éviter la surcharge d'objectifs et proposer des priorités en fonction des cibles stratégiques choisies.
2. coordonner l'ensemble des opérations afin d'en assurer la cohérence dans le contenu et dans le cadencement.

2.5. Communication

2.5.1. Définir le contenu du message

Il s'agit de définir les connaissances, attitudes et comportements que l'on veut promouvoir auprès du public ciblé.

- *Dénormaliser le repère des 30 minutes 5 fois par semaine*

L'enjeu consiste à concrétiser ces 30 minutes 5 fois par semaine, à transformer un message de santé publique en un message communicable et intelligible par le plus grand nombre. Il s'agit de « dénormaliser » le repère et de dédramatiser afin de transmettre l'idée qu'intégrer l'APS dans sa vie quotidienne est simple et possible pour tous. Cet aspect est d'autant plus important que l'on sait que le repère des 30 minutes est surestimé, ce qui freine son opérabilité. Par ailleurs la perception du « ça fait mal » doit pouvoir évoluer en « je me fais du bien » (et je pourrais même y trouver du plaisir). La question de l'intensité de la pratique devra être clairement définie : qu'est-ce que 30 minutes d'activité soutenue ? Comment puis-je les mettre en pratique ?

- *Capitaliser sur les pratiques populaires, activités et lieux de pratique*

Il est plus facile de développer des pratiques déjà implantées dans le quotidien des Français. Les activités les plus populaires en France [107]

Marcher	20 millions (55%)
Nager	14 millions (38%)
Faire du vélo	13 millions (34%)
Courir	6 millions (17%)

Le palmarès de ces activités démontre le souhait de pratiquer hors des contraintes des structures. Les fédérations sportives ont bien analysé cette tendance qui pousse par exemple l'athlétisme à aller chercher des pratiquants « hors stade ». Ceci est expliqué par la liberté d'organisation induite par ce type de pratique et aussi par le goût du lien avec la nature : 63% des activités ont lieu en pleine nature, 47% dans des espaces aménagés (parcs ou parcours de santé) et 34% dans la rue. Les activités dont la pratique implique l'accès à une infrastructure payante sont moins fréquentées (26% pour les piscines).

Un groupe de travail pourrait être créé dont l'objectif serait de « traduire » cette aspiration en un langage simple, concret et porteur de valeurs. Ce groupe sera constitué d'expert de l'activité physique et de la communication. Les messages peuvent être :

- simple ;
- génère du plaisir ;
- facile à intégrer dans la vie quotidienne ;
- cela crée du bien-être pour moi et mon environnement proche.

Certains de ces points seront intégrés de façon informative dans le message et d'autres seront traduits par la forme de celui-ci dans les éléments d'exécution de la campagne.
La communication sur ce sujet a été peu développée en France ; il conviendra donc de commencer à sensibiliser avec un message simple mais impactant, à répéter autant que faire se peut dans le but de créer un territoire de communication fort.

2.5.2. Analyse du prix à payer : les freins et les activités sédentaires

Afin que ce message trouve écho auprès de la population, il faudra veiller à comprendre les freins à la pratique. Quelles concessions le public peut-il faire pour pratiquer l'APS, en terme de temps, de mode de vie, d'argent ou de risque ?

- *Le fractionnement et l'intégration des AP dans le quotidien au service de la contrainte temps*

L'expertise INSERM 2008 a bien mis en évidence l'importance du facteur temps dans la pratique d'APS. Le temps est une contrainte certaine mais c'est plutôt la capacité à savoir gérer et organiser son temps qui détermine les activités de loisir et l'APS. Les formats doivent donc s'inscrire facilement dans la vie

[107] Enquête Insep-MJSVA 2000, Expertise collective INSERM 2008

quotidienne. En cela, le fractionnement des 30 minutes est important car il peut aider à la gestion du temps et peut être un facteur favorable à l'adhésion. Une étude a montré que des femmes participant à 3 sessions d'APS de 10 minutes par jour, adhérent plus longtemps à l'AP que celles effectuant une session unique de 30 minutes[108].
Par ailleurs, intégrer l'APS dans le quotidien n'additionne pas forcément un temps supplémentaire sur la journée ; cela peut signifier transformer une activité sédentaire en activité physique (par exemple remplacer la voiture par le vélo ou la marche).

- *Principales raisons de ne pas pratiquer d'APS*

o « Problèmes de santé » : ce frein est prépondérant chez les 60 ans et plus mais il est évoqué aussi un quart des 30-60 ans. Il s'agit d'un frein qui peut concerner le sport mais ne devrait pas affecter la pratique d'APS dans une telle proportion. Ce frein peut être levé grâce au corps médical dans le cadre d'une prescription plus large de l'AP.

o « Trop âgé » : ce frein concerne essentiellement les 60 ans et plus : près de la moitié d'entre eux s'estiment trop vieux pour pratiquer des APS. Il convient d'informer sur le fait qu'il n'est jamais trop tard pour entreprendre une activité physique adaptée à sa condition.

o « Les contraintes professionnelles, scolaires et familiales » sont très liées à la contrainte temps précédemment évoquée. Les contraintes familiales sont particulièrement évoquées par les femmes. Il y a un travail important à réaliser afin de les déculpabiliser par rapport au temps consacré à leur famille, à leur rôle de mère et d'épouse, pour leur épanouissement personnel par la pratique d'activité physique ou sportive.

o « Trop cher » : il ne faut pas ignorer ce frein qui est réel pour certaines classes de la population et pour certaines activités sportives. Démontrer que l'APS consiste avant tout à marcher, courir ou faire du vélo aidera à répondre à cette contrainte. D'autres d'interventions hors du périmètre de la communication seront bien évidemment nécessaire pour lever ce frein.

- *Freins évoqués par les adolescents*

Ils font état de contraintes d'entraînement (très marqué chez les filles), de la peur de prendre des coups, du manque de maîtrise de la technique et de ne pas être bon (plus marqué chez les garçons)[109]. La plupart de ces freins ont un lien direct avec l'estime de soi, facteur d'importance chez les adolescents.
Deux facteurs responsables des modifications de pratique d'AP chez les adolescentes ont été identifiés : la contrainte temps et le niveau d'aide apporté par les parents, les enseignants et l'entourage[110]. Comparativement à l'enfant, l'adolescent accorde beaucoup d'importance aux facteurs comportementaux et socio-culturels. Il semble important de travailler en terme de communication sur le lien entre la pratique d'APS et l'image ou l'estime de soi.

[108] Jakicic et coll. 1995
[109] MJSVSA Insep, 2001
[110] Neumark-Sztainer et coll. 2003

- *Ne pas ignorer les risques d'accidents*

Les accidents de sport viennent juste derrière les accidents de la vie domestique dans le classement des accidents de la vie quotidienne[111] ; 22% des accidents de la vie courante concernent spécialement les jeunes de 15 à 25 ans lors de la pratique de sports collectifs. Un travail de communication sur une pratique en toute sécurité devra être réalisé auprès des jeunes et aussi de leurs parents qui peuvent conseiller à leurs enfants l'arrêt d'une pratique sportive lorsqu'ils la trouvent à risque. Cette attitude parentale n'est pas marginale car elle concerne un quart des parents d'enfants de 5 à 12 ans (35% des garçons et 17% des filles)[112].

Par ailleurs, les conditions de bonne pratique d'APS doivent être soulignées en communiquant sur trois points :

- la recherche de conseils de professionnels pour éviter une pratique inappropriée,
- un contrôle médical à partir d'un certain âge,
- l'utilisation d'un matériel approprié.

- *Convaincre sur les lieux de sédentarité*

Développer l'activité physique peut aussi être une conséquence de la diminution des activités sédentaires.
L'analyse des occupations sédentaires dans le Baromètre santé 2005, donne un temps moyen passé assis par jour de 4 h 40 minutes ; 33% des français de 15 à 75 ans sont assis en moyenne 6h par jour (34% dans Eurobaromètre 2002).
La télévision est la première activité visée d'autant qu'elle génère en plus des habitudes alimentaires particulières telles que le grignotage plus important que devant un livre ou un ordinateur.

Les résultats du Baromètre santé 2005[113] montre que le temps passé devant un ordinateur ou un livre (plus de 3 heures par jour) diminue les probabilités d'avoir un niveau d'AP favorable à la santé et que le temps passé devant la télévision réduit le temps pour les activités sportives.

S'il semble difficile de renoncer à l'ancrage de la télévision dans le quotidien, on peut alors envisager de l'utiliser. Une expérience hollandaise a montré l'efficacité d'émissions quotidiennes diffusant des séquences d'exercices entrecoupées de conseils sur la santé. Le programme Nom-tv (Netherlands On the Move) est destiné aux personnes de plus de 55 ans et touche quotidiennement 120 000 téléspectateurs. Ceci est un bon exemple de l'utilisation d'un média facteur de sédentarité au profit du développement de l'activité physique.

[111] CNAM 2002 et B. Thélot, EPAC, InVS 2008
[112] Boufous et coll., 2004
[113] Guilbert et Gautier, 2006

On peut aussi profiter des grands événements sportifs retransmis à la télévision pour passer des messages sur l'intérêt de l'APS et faire intégrer ces mêmes messages dans les activités sur ordinateur ou sur internet.

2.5.3. Communication auprès de la population

- *La recherche du plaisir*

Les codes de communication doivent être positifs, empathiques, non moralisateurs, ni alarmistes. Il faut avant tout comprendre les motivations de la pratique. Le plaisir, la santé et les rencontres avec des amis sont celles qui interviennent le plus souvent[114]. Les motivations sont influencées par la catégorie socio-professionnelle, le sexe et l'âge.
Pour toutes les CSP, le plaisir et la santé sont les premières motivations.

Même s'il existe ensuite des différences entre catégories, le fait de rencontrer des amis est systématiquement cité en troisième position.
Les différences hommes / femmes sont plus marquées. Les hommes font du sport pour le plaisir plus fréquemment que les femmes (75% vs 67%). Les femmes sont peu attirées par l'esprit de compétition (4% vs 11% pour les hommes). En revanche elles recherchent plus la perte de poids que les hommes (19% vs 11%). Enfin, la motivation pour la santé augmente avec l'âge, en particulier après 45 ans, âge à partir duquel la santé le devance.
L'aspect social est fort jusqu'à 25 ans. La motivation pour se muscler est importante entre 15 et 25 ans puis diminue fortement.

Le plaisir, la santé et la sociabilité sont donc les trois motivations uniformément citées comme motivation à la pratique sportive.

- **Le plaisir** et ses expressions de « satisfaction, besoin, désir, agréable, contentement » sont autant d'éléments qui peuvent être utilisés dans l'exécution publicitaire de la campagne.
- **La santé** doit se traduire différemment en fonction des âges ciblés :
  - elle n'évoque que peu de choses mobilisatrices pour les enfants ;
  - pour les adolescents, elle peut se traduire par une image de soi et une estime renforcées ;
  - les adultes sont plus sensibles au bien-être et à l'équilibre ;
  - les seniors reçoivent bien les idées de prévention et de santé en mouvement.

Ces « traductions » devront être testées et validées auprès des différents publics.

- **La sociabilité** peut être un autre élément de la grille d'analyse et d'exécution.

- *Utiliser le cadre familial, le groupe d'amis*

[114] Guilbert et coll., 2001 et Baromètre santé 2000

La famille peut être une porte d'entrée idéale. Elle permet de toucher un public large dans un premier temps : enfants, parents, grands parents ; elle est présentée sous différentes formes de façon à tenir compte de l'évolution du modèle familial.
On retrouve dans les recommandations consistant à favoriser la pratique populaire du sport, l'organisation des séances de sport parents - enfants. Ce type de pratique a démontré son efficacité en Belgique dans des « écoles du mouvement ».
Certains événements ont vu le jour autour de ce concept intergénérationnel tels que le « Week-end du sport en famille » des 27 et 28 septembre.

- *Des soutiens sportifs (« endorsers ») au service du programme*

L'impact médiatique de certains sportifs reconnus peut permettre de porter ces messages. Retirés de la compétition, pères ou mères de famille, cela peut les légitimer pour véhiculer une image d'AP en famille (un père accompagnant à pied son fils à l'école et non pas en voiture, une mère montant les escaliers avec sa fille plutôt que de prendre l'ascenseur…).

2.5.4. Accessibilité du message

Tous les éléments de communication doivent être mis en place de façon cohérente dans le temps et dans l'espace. La communication nationale n'aura d'impact réel qu'à la condition d'être relayée en local par des actions concrètes de proximité.

Optimiser les outils de diffusion de la communication nationale

L'étude du façonnement des normes en matière de santé[115], montre qu'il faut respecter trois étapes afin de voir intégrer une norme dans la population : l'émergence, la cascade et l'internalisation. Ces préconisations peuvent être classées en fonction des deux premiers stades, le dernier correspondant à la phase d'acceptation de la norme.

1. <u>Etape préalable « d'émergence »</u>

Grâce à de nombreux travaux et la récente expertise INSERM, nous disposons de tous les éléments scientifiques et socio-économiques pour convaincre les leaders d'opinion de l'importance de développer dans la population l'activité physique ou sportive dans un but de santé publique.
Les leaders d'opinion sont dans ce cas les quatre principales cibles intermédiaires identifiées ainsi que d'autres acteurs tels que les politiques, la communauté scientifique et les médias ou du moins ceux qui font leur contenu. Deux types d'action doivent être proposées : information et sensibilisation puis formation pour la mise en application de la campagne.

<u>Information et sensibilisation des leaders d'opinions</u>

[115] Groupe de recherche médias et santé, Lise Renaud 2005

Ces leaders d'opinion devront être impliqués et régulièrement informés de l'avancement du plan.

Formation pour la mise en application de la campagne auprès des cibles intermédiaires

La compilation des différents rapports a fait apparaître 4 cibles intermédiaires prioritaires qui ont un rôle essentiel à jouer dans le transfert d'information à la population.
Des recommandations ont été faites dans chacun des chapitres du rapport. De plus, un plan de communication spécifique doit être mis en place pour chacune de ces 4 populations; il devra contenir à minima:

- Une information préalable au lancement de la campagne grand public,
- Un module d'information sur la campagne et un module concernant leur propre rôle,
- Des outils clefs en main afin de relayer le message,
- Des possibilités d'événements leur permettant de mettre en valeur leur implication.

Tous ces éléments de communication devront être réalisés avec des représentants de chacun de ces groupes afin de correspondre à leurs attentes.
Un duo de personnalités spécifiques à chaque cible pourrait parrainer la campagne (un sportif accompagné d'une personnalité scientifique, d'un enseignant, d'un chef d'entreprise ou d'un élu).

- Le corps médical

Les médecins (généralistes, spécialistes, du travail, gériatres), les infirmières (en particulier en entreprise) et les kinésithérapeutes doivent être informés en amont de toute campagne de communication auprès du grand public.
Ils doivent être en mesure de relayer cette campagne par de l'affiche en salle d'attente, de la documentation et des explications. Les actions suivantes pourront être mises en place dans un premier temps :

- un kit spécifique réalisé à cet effet,
- des contacts pris avec les principales sociétés savantes afin d'obtenir leur participation et implication.

- Le monde des enseignants et des éducateurs

Comme pour les médecins les enseignants dans leur globalité devront relayer le message de l'intérêt de l'APS auprès des enfants de façon ludique.

- Un kit spécifique devra être réalisé pour les enseignants du primaire, des collèges et des lycées.
- Un kit spécifique devra être diffusé aux enseignants et éducateurs sportifs dans le but d'évaluer la forme de leurs élèves et de suivre son évolution.
- Des journées nationales d'activité physique à l'école devraient être systématisées afin de favoriser la découverte et de « donner envie ».

- L'entreprise

Une campagne de sensibilisation auprès des managers devrait permettre de les sensibiliser à l'intérêt de développer l'APS dans leurs entreprises. Au-delà des aspects de formation dont il a été question dans le rapport entreprise, cela devra se faire par des campagnes dans les médias adaptés à cette population, des conférences dans les écoles de management et auprès d'associations d'anciens élèves par exemple. D'autres actions telles que des « concours », des

labellisations ou de l'événementiel permettront de sensibiliser le monde du travail.

- Les collectivités locales

Elles sont les seules capables de mener l'action de façon globale jusque dans la vie quotidienne de chacun. Les élus du sport sont prêts à relayer le plan national, il convient de les aider à diffuser l'information auprès de leurs adhérents et à l'ensemble des maires de France en leur proposant de les accompagner dans la démarche tel que cela est fait dans le cadre du programme EPODE.

2. Deuxième étape : « la cascade »

Il s'agit de la phase de mise en application du programme, dans laquelle peuvent intervenir de très nombreux acteurs avec quelques premières pistes opérationnelles.

Des sportifs et personnalités mis à contribution pour une cause nationale

- « *Endorsers* » sportifs et personnalités

Les sportifs ou personnalités demeurent des vecteurs de communication extrêmement puissants. Le potentiel de diffusion des messages retenus peut être très cohérent avec l'activité de certains d'entre eux, sportifs et non sportifs, hommes et femmes qui génèrent une grande sympathie dans l'opinion et possèdent un capital confiance important auprès des français. Ces personnalités peuvent aussi être crédibles sur les sujets de la famille, de l'environnement, de la convivialité.

Mises en situation d'AP quotidienne, certaines des personnalités sportives préférées des Français pourraient être sollicitées pour cette grande cause: monter des escaliers plutôt que prendre l'ascenseur, aller chercher les enfants à l'école à pied plutôt qu'en voiture, aller en vélo au bureau…

- Les sportifs de haut niveau

Les médaillés mondiaux et olympiques pourraient considérer cette mission d'intérêt général.

Optimiser la diffusion grâce à un choix pertinent de médias

- Utiliser les supports classiques adaptés à toutes les cibles :

Le modèle Canadien montre comment un plan média global peut être mis en place grâce à des partenariats avec les principaux médias.

Lorsque les cibles seront hiérarchisées et définitivement choisies, le plan média devra être affiné. L'utilisation combinée de différents médias permettra de couvrir les différentes cibles :

- la télévision est le média grand public privilégié dans les campagnes de cascade de norme en santé. Il permet d'avoir une couverture de cible très large mais aussi de cibler quelques grandes populations considérées prioritaires telles que les femmes au foyer, les enfants ou les seniors. La télévision permet de véhiculer les campagnes de sensibilisation ou informatives (via des programmes courts, des émissions et reportages). La

pratique peut être aussi facilitée par des programmes d'exercice physique ;
- o il en est de même pour la radio ;
- o la presse permet d'être plus sélective dans le ciblage (presse féminine, presse pour managers, presse destinée aux enfants, adolescents et étudiants...) ;
- o web : sites internet préférés des adolescents ;
- o affichage urbain spécifique pour stimuler la marche, le vélo, les escaliers ;
- o affichage dans les écoles, à l'université ou dans les entreprises.

- Trouver des supports de communication originaux :
Il a été proposé de plagier les mises en garde utilisées dans les campagnes anti-tabac en imprimant sur des supports originaux tels que des billets d'entrée dans des musées, des spectacles, des tickets de métro une formule-miroir : « Marcher fait vivre ! »

Utiliser le vecteur que représentent les événements sportifs

Les spectateurs ou téléspectateurs d'événements sportifs ne sont pas toujours actifs. Cependant, l'audience de ces événements permet de diffuser des messages de sport et de santé. Certains sportifs ou commentateurs pourraient être impliqués dans la transmission du message afin de décupler son impact. Concrètement cela peut se traduire par des messages publicitaires, à l'antenne, en incrustation d'écran ou encore sur les terrains.

Créer de l'événementiel autour des APS

Sur l'exemple du « week-end sport en famille », on peut recommander de mettre en place une semaine nationale de l'Activité Physique ou Sportive, déclinée dans les municipalités favorisant les démonstrations conviviales.

Bénéficier des capacités de diffusion des entreprises partenaires

Comme cela se fait au Canada, des partenariats avec le secteur privé permettraient de gagner en impact. Les entreprises partenaires du programme national pourraient :
- apporter leur savoir faire et leur puissance de communication (diffusion de programmes courts, reportages, rédactionnel …),
- mettre à disposition leur réseau de distribution pour diffuser le message,
- utiliser des packaging produit pour diffuser le message,
- faire bénéficier leurs employés et leur entourage de campagne spécifiques en entreprises,
- participer à des concours tel que « Défi Santé 5/30 » au Canada.
-

Diffuser au travers de lieux présentant une population « captive »

- o Ecoles
  - Affichage
  - Brochures
  - Vidéo
- o Entreprises
  - Affichage

- Economiseurs d'écran
- Intranet
- Conférences

o Clubs et associations sportives

- Affichage
- Le « faire faire » : organiser des démonstrations, des journées portes ouvertes afin de faciliter l'accès et de donner envie.

3. Conclusion

Un nouveau territoire de communication reste à créer. Ce défi peut être aujourd'hui relevé grâce à une profonde réflexion sur la communication que chacun s'accorde à considérer comme une pièce maîtresse du PNAPS. Le référentiel scientifique est extrêmement complet mais les méthodes de communication ne recueillent pas encore le consensus. Il faut considérer l'ensemble de la population et les spécificités de chaque groupe afin de minimiser les inégalités en s'appuyant aussi sur une personnalisation des actions. L'ensemble des acteurs (corps médical, enseignants, entreprises, collectivités locales, leaders d'opinion) doit être activé de façon cohérente et coordonnée en ayant pris soin d'assurer l'adaptation des structures d'accueil de proximité.

REFERENCES

- Observatoire du sport FPS/IPSOS, 2008
- Guilbert P, Perrin-Escalon H. Baromètre santé nutrition 2002, *Édition Inpes* 2004
- Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, *Éditions Inpes* 2006
- Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Premiers résultats, *Éditions Inpes* 2005
- Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre santé 2000, éditions CFES, 2001
- Kahn E.B, Ramsey LT, Brownson RC et al (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med*, 22 (4S) 73-107
- Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F. Physical activity and health in Europe. Evidence for action. *World Health Organization*, 2006
- Enquête INSEE « Pratique culturelle et sportive », 2003
- Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Insep. Les adolescents et le sport, *Editions de l'Insep*, 2004
- Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Ministère de la culture, Insee. La pratique des APS en France, *Editions de l'Insep*, 2005
- Ministère des sports, Insep. Les pratiques sportives en France, Editions de l'Insep, 2002
- Ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Insep. Les pratiques sportives en France, *Editions de l'Insep*, 2000
- Prochaska JO, Welicer WF. The transtheorical model of health behavior change. *Am J Health Promotion* 1997, 12: 38-48
- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, SetterttobulteW et coll. Young people's health and health-related behaviour. In: Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : international report from the 2001-2002 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Policy for children and adolescents, N°4, 2004: 53-161
- Perrin C, Ferron C, Gueguen R, Deschamps JP. Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. *Sozial Und Praventivmedizi* 2002,47:162-171
- Matton L, Thomis M, Wijndaele K, Duvigneaud N, Beunen G et coll. Tracking of physical fitness and physiscal activity from youth to adulthood in females. *Med Sci Sports Exerc* 2006, 38: 1114-1120
- Pietila AM, Hentinen M, Myhrman A. The health of Northen Finish men in adolescence and adulthood. *Int J Nurs Stud* 1995, 32: 325-338
- Jakicic JM, Wing RR, Butler BA, Robertson RJ. Prescribing exercice in multiple short bouts versus one continuous bout: effects on adherence, cardiorespiratory, fitness, and weight loss in overweight women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995, 19: 893-901
- Duret P. Sociologie du sport, *Que sais-je ?* PUF, 2008
- Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Tharp T, Rex J. Factors associated with changes in physical activity: a cohort study of inactive adolescent girls. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003, 157: 803-810
- Garry F. Les accidents de la vie courante en 2000. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés, 2003, 39
- B. Thélot, EPAC, InVS 2008 :
  http://www.dsi.univ-paris5.fr/AcVC/Publications/beh_33_2008.pdf
- Boufous S, Finch C, Bauman A. Parental safety concerns a barrier to sport and physical activity in children ? *Aust N Z J Public Health* 2004, 28: 482-486
- Lagarde F. La promotion de l'activité physique dans le contexte bilingue canadien : l'exemple de ParticipAction. In : jeux, sports et francophonie. L'exemple du Canada. Pessac. Ed. MSHA, 2007 : 51-56
- www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf
- Groupe de recherche médias et santé, Lise Renaud 2005
- www.sportenfamille13.fr
- www.epode.fr
- www.euro.who.int/document/e89490.pdf
- www.euro.who.int/hepa
- www.globalpa.org.uk
- www.agitamundo.org
- www.kino-quebec.qc.ca
- www.defisante530.com
- www.sparc.org
- www.mangerbouger.fr

ANNEXE 1

Représentations du sport selon l'étude SIMM 2007

Sport Data Center, Havas Sports. Les items qui viennent en première position sont : l'hygiène de vie, le défoulement, le divertissement et l'anti-stress, le moyen de relaxation.

Le sport, c'est :	Avant tout un divertissement	15,9
	Une passion	12,8
	Avoir un esprit de compétition	3,4
	S'évader, sortir du quotidien	20
	Repousser ses propres limites	5,5
	Communiquer avec la nature	6,2
	Un défoulement	18,8
	Une hygiène de vie	30,2
	Retrouver des amis	9,7
	Plaisir de se sentir bien dans son corps	12,1
	Un effort douloureux	7,3
	Education de son esprit, de son corps	2,9
	De l'agitation inutile	3,3
	Nécessaire pour se maintenir en forme	24,3
	Un moyen pour ne pas vieillir	5,5
	Nécessaire pour garder un corps séduisant	4,3
	Un anti-stress, un moyen de relaxation	15,3

ANNEXE 2

Résultats post test des Messages du PNNS

Notoriété spontanée du message : 1/3 de la population cite spontanément le message concernant la pratique d'une activité physique (vs 56% pour les fruits et légumes et 38% pour éviter de manger gras, trop sucré et trop salé). Les enfants citent plus volontiers l'activité physique avec 45% de citation spontanée.

Notoriété assistée : 83% citent le message « Pour votre santé, pratiquez une AP régulière », de façon assistée.
Ce message est reconnu à 90% par les enfants et arrive en quatrième position après :
« Pour votre santé, mangez au moins 5 fruits et légumes par jour » à 93% (enfants : 98%),
« Pour votre santé, évitez de manger trop gras, trop sucré, trop salé » à 87% (enfants : 96%) et
« Pour votre santé, évitez de grignoter entre les repas » à 82% (enfants : 91%).

Les médias dans lesquels les messages sanitaires ont été vus ou entendus :
Télévision 97% ; Radio 22% ; Presse écrite 13%.

Compréhension du message : la quantité d'activité physique nécessaire est **sur estimée** :
A la question « à votre avis combien de temps par jour faut-il pratiquer une AP pour être en bonne santé ? », la réponse moyenne est une heure par jour (8% l'estime à moins de 30 minutes).

Image des messages : les femmes de moins de 50 ans sont les plus réceptives mais aussi les plus gênées par les messages (angoisse, culpabilité).
Les messages sont considérés comme plutôt faciles à comprendre, utiles, crédibles, en particulier chez les femmes de moins de 50 ans. Mais ils sont parfois source d'angoisse et culpabilisant plutôt chez les femmes de moins de 50 ans et les personnes qui se trouvent trop grosses.

Implication suscitée par les messages : 69% des personnes interrogées se sentent concernés personnellement par ces messages et 85% au-delà du personnel.
Le chiffre de 85% s'élève dans certains groupes : les femmes 87%, les 25-34 ans 89%, les employés 93% et chez ceux qui se perçoivent trop gros 90%.

Incitation des messages à changer de comportement : le plus faible taux concerne l'activité physique.
34% des personnes interrogées sont d'accord pour considérer que les messages les incitent à faire d'avantages d'activités physiques (tout à fait d'accord 12%, plutôt d'accord 22%, plutôt pas d'accord 19%, pas du tout d'accord 24%).
Concrètement 10% disent faire plus d'AP suite aux messages.

Motivations masculines et féminines en 2007

Motivations	Femmes	Hommes	Ensemble
Se dépasser, la performance	30,7	43,7	37,2
Se mesurer aux autres	16,6	39,0	23,5
Sensations fortes	32,8	50,0	41,4
Se détendre	96,2	94,3	95,2
Se sentir bien	98,3	97,0	97,6
Mincir, garder la ligne	67,3	47,6	57,4
Nature	87,4	84,7	86,0
Apparence corporelle	81,0	71,0	76,0
Santé	90,5	86,1	88,3

Source : Ipsos/FPS, 2008.

Tableau 2 : La non pratique sportive des jeunes âgés de 12 à 17 ans.

En %

Motif de la non pratique	Filles	Garçons
J'ai trop de devoirs pour l'école	21	23
Je n'aime pas le sport	20	15
Le sport obligatoire àl'école me suffit	18	16
Je n'ai pas le temps de faire du sport	15	21
J'ai un problème de santé	9	7
Je n'ai jamais trouvé un sport qui me plaisait	7	6
Le sport que je voulais faire coûtait trop cher, mes parents n'ont pas voulu	6	5
Autres raisons (1)	2	7
Total	100	100

Source : Enquête MJS / Novembre 2001

(1) Essentiellement « je ne savais pas quel sport choisir » pour les garçons.

COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL et AUDITIONS

Commission Prévention Sport et Santé (CPSS)

Groupe 1 (GT1):
Promotion des Activités Physiques ou Sportives
chez l'Enfant et l'Adolescent

Groupe 2 (GT2):
Promotion des APS à l'Université

Groupe 3 (GT3):
Promotion des APS dans les Entreprises

Groupe 4 (GT4):
Promotion des APS chez les Seniors

Groupe 5 (GT5):
Promotion des APS en Prévention Tertiaire

Groupe 6 (GT6):
Promotion des APS dans l'Environnement

Groupe 7 (GT7):
Promotion des APS dans la Formation

Groupe 8 (GT8):
Communication pour promouvoir
les Activités Physiques ou Sportives

Nota Bene : Les tableaux suivants recensent les membres et contributeurs de la commission. Le lien à un groupe de travail ou aux réunions plénières est mentionné dans la dernière colonne par la ou les abréviations correspondantes décrites ci-dessus.

Membres de la commission

Mme	Michèle	ALART	Adjointe au maire Conseillère communautaire	Domont (95) Communauté de Communes de l'Ouest de la Plaine de France	Coord GT6
M.	Paul	ALART	Directeur SUAPS	Université Paris Descartes	Coord GT2
Mme	Raphaëlle	ANCELLIN	Adjointe Responsable département Prévention	INCa, Boulogne-Billancourt	GT5
Mme	Lucette	BARTHELEMY	Chargée d'expertise scientifique	INPES (DDESET)	GT4
Mme	Soraya	BERICHI	Chargée mission Prévention Santé	Secrétariat d'Etat Jeunesse, sports et vie associative. Bureau actions éducation, territoire et culture	GT1
Pr	Jean	BERTSCH	Professeur des universités Chargé de mission interministériel	Université Paris-XI	Coord GT7
M.	Michel	BONAMY	Chargé de mission	Ministère Santé, Jeunesse, Sports et Vie Associative, DGS	CPSS
Dr	Thierry	BOUILLET	Oncologue	Hôpital Avicenne Université Paris XIII	GT5
M.	Jean-Louis	BOUJON	Directeur national	Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS)	CPSS
Dr	Pierre-Henri	BRECHAT	PH	Hôpital Fernand-Widal, APHP EA1581 UP8-Saint-Denis, Pôle de gériatrie, CHU Strasbourg, Lapss/EHESP	GT4
Dr	Omar	BRIXI	Responsable Département Prévention	INCa	CPSS
Mme	Sandrine	BROUSSOULOUX	Chargée de mission	INPES (DDESET)	GT1
M.	Pierre	BUTTET	Chargé d'expertise scientifique	INPES (DDESET) à Paris	GT5
Mme	Nicole	CIVATTE	Directrice de la communication	INPES	GT8
M.	Sébastien	COCHINARD	Chercheur en économie de la santé	Université Paris Descartes	CPSS
Dr	François	DANTOINE	Médecin à la Direction des sports	Ministère Santé, Jeunesse, Sports et Vie Associative	GT4

M.	Pierre-Yves	DE STEFANIS	Conseiller technique national	Fédération Française d'éducation Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV) Sport Santé	GT7
Dr	Guy	DELERUE	Médecin conseiller	Direction régionale et départementale de la jeunesse et des sports (DRDJS) Nord-Pas-de-Calais	GT6
Mme	Hélène	DESQUEYROUX	Ingénieur	ADEME Département Surveillance de la qualité de l'air	GT6
Mme	Brigitte	DEYDIER	Directeur Technique National	Fédération Française de Judo	GT1
M.	Stéphane	DIAGANA	Sportif de haut niveau	France	CPSS
Dr	Jean-François	DODET	Médecin Inspecteur Régional	DRASS	CPSS
Dr	Hervé	DOUARD	Président	Club des Cardiologues du Sport, Bordeaux	GT5
Pr	Martine	DUCLOS	Professeur des universités Physiologie	Centre Hospitalier G. Montpied Université de Clermont-Ferrand Service de médecine du sport et des explorations fonctionnelles	GT5 GT7
Pr	Jean-François	DUHAMEL	Pédiatre, médecin du sport	IMS de Caen	GT1
Dr	Gilles	EINSARGUEIX	Médecin à la Direction des sports	Ministère Santé, Jeunesse, Sports et Vie Associative, Bureau DSA2	GT6 GT7
Mme	Jeanine	FAIVRE	Présidente	FFEPGV	GT4 GT7
M.	Thierry	FAUCHARD	Membre	Fédération Française EPMM Sports pour Tous	GT5
Mme	Annick	FAYARD	Directrice DDESET	INPES (DDESET)	GT2
Dr	Jean-Pierre	FOUILLOT	Maitre de Conférences des Universités - Physiologie et Médecine du Sport	Hôpital Avicenne Université Paris XIII	GT4
M.	Claude Louis	GALLIEN	Professeur des universités	Université Paris Descartes	CPSS
Pr	Karim	GALLOUJ	Chef de service Médecine gériatrique	Hôpital Guy Chatiliez	GT5

Mme	Isabelle	GAUBERT	Conseiller technique national	Fédération Française d'éducation Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV) Sport Santé	GT1 GT6
M.	Philippe	GOETZ	Professeur de sport	DRDJS Lorraine	GT1
Mme	Françoise	GOT	Présidente	FFEPMM (sports pour tous)	GT4
M.	Loïc	GOURDON	Chef de pôle	Pôle Ressources National Sport et Handicaps (CREPS)	GT5
M.	Jean-Luc	GRILLON	Médecin conseiller	DRDJS / DRDASS Champagne-Ardenne	GT5 GT7
Dr	Vincent	HAZEBROUCQ	Maître de conférence des universités	Université Paris Descartes	GT2
Pr	Marie-Hélène	JEANNERET	Professeur des universités	Université Paris Descartes	CPSS
M.	Philippe	LAMOUREUX	Directeur Général	INPES	CPSS
Pr	Thierry	LARDINOIT	Titulaire de la Chaire européenne de marketing sportif, Responsable Département marketing	ESSEC	GT8
Dr	Paule	LATINO-MARTEL	Directrice de Recherche	INRA, réseau NACRe E49Jouy-en-Josas	Coord GT5
M.	Frédéric	LE CREN	Conseiller technique national	Fédération Française EPMM Sports pour Tous	GT4
Mme	Fabienne	LEMONNIER	Chargée de mission	INPES (DDESET)	GT1
M.	Patrick	MAGALOFF	Pharmacien, Directeur de la Mission "Médical et Sport-Santé"	CNOSF	GT7
M.	Arnaud	MAGNIN	Directeur Promotion santé	PREVADIES	GT1 GT2
Mme	Françoise	MALLET	Inspectrice générale de l'administration, de l'éducation nationale, de la recherche	Ministère de l'Éducation Nationale	GT1
Mme	Sarah	MARQUET	Ingénieur, Département Transport et Mobilités	ADEME	GT6

Dr	Sylvie	MAURICE-TISON	Maître de conférence des universités Praticien hospitalier Directeur adjoint	Université Bordeaux 2 Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED)	GT1
Mme	Colette	MENARD	Chargée d'expertise scientifique	INPES (DDESET)	GT3
M.	Pierre-Paul	MENEGOZ	BEES Vol Libre	Fédération Française de Vol Libre Annecy	GT6
Dr	Jean-Pierre	MEYER	Responsable du laboratoire de physiologie au travail	INRS	GT3
M.	Georges	MEZERAY	Directeur de projet	Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative - DGS	CPSS
Dr	Marie-Josée	MOQUET	Médecin, Chef de département	INPES Département Formation, qualité des pratiques	GT7
Mme	Loubna	NAJIM	Rédactrice au pôle culture, jeunesse et sport	Ministère de l'intérieur DGCL	GT1
Pr	Jean-Michel	OPPERT	Professeur des universités – Praticien hospitalier, Nutrition	Université Pierre et Marie Curie Paris-VI / Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP)	GT6
Mme	Brigitte	PERDRIZET	Conseiller technique national	Fédération Française d'éducation Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV)	GT4
Mme	Claire	PERRIN	Centre de recherche et d'innovation sur le sport	Université Claude Bernard - Lyon I	GT5
M.	John	PICARD	Conseiller technique national	Fédération Française d'éducation Physique et de Gymnastique Volontaire (FFEPGV)	GT3
Mme	Stéphanie	PIN	Chargée d'expertise scientifique	INPES (DDESET)	GT4
M.	Thomas	REMOLEUR	Kinésithérapeute du sport	Versailles (78)	Coord GT4
Mme	Catherine	RICHARD	Chargée de mission	Délégation Interministérielle à la Ville	GT6
Pr	Daniel	RIVIERE	Professeur des universités, D60Chef de service de médecine du sport Président	Hôpital Larrey Toulouse Clinique des voies respiratoires EFFORMIP	GT4 GT7
Mme	Martine	ROBERT – LACAZE		Fédération Française EPMM Sports pour Tous	GT7
M.	Patrice	ROGNON	Membre de la direction technique nationale	Fédération française de judo	GT1

Mme	Florence	ROSTAN	Chargée de mission "Activités physiques et collectivités territoriales"	INPES	GT6
Mme	Bénédicte	ROUBY	Vice-présidente	Fédération française de judo	GT1
Pr	Marcel	RUFO	Professeur des universités	Université de Marseille	CPSS
Pr	Roger	SALAMON	Professeur des universités	Université Bordeaux 2 ISPED	CPSS
Pr	Chantal	SIMON	Professeur des universités Vice-présidente	Université Lyon-I Comité de Pilotage du PNNS	Coord GT1
Mme	Claudie	SOLLY	Mission pour la prévention du mal de dos		GT2 GT3
Mme	Magali	TEZENAS du MONTCEL	Mastère Spécialisé Sport, Management et Stratégie d'Entreprise	ESSEC	Coord GT3 & GT8
Pr	Patricia	THOREUX	Chirurgien orthopédiste Professeur des universités	Hôpital Avicenne Université Paris XIII	GT7
M.	Yves	TOUCHARD	Chargé de mission	Ministère de l'Éducation Nationale, DEGESCO A1	GT1
Pr	Jean-François	TOUSSAINT	Directeur Professeur des universités Président Commission Prévention	IRMES, INSEP CIMS, Hôtel-Dieu, APHP Université Paris Descartes Haut Conseil de la santé publique	Pdt CPSS GT6
M.	Gérard	VIENS	Professeur	ESSEC	CPSS
M.	Marcos	WEIL	Urbaniste - paysagiste	URBAPLAN Fédération Suisse des urbanistes	GT6

Personnalités auditionnées

Dr	Michèle	ARGILLET	Directrice	SIUMPPS Université de Savoie	GT2
M.	Roger	BAMBUCK	Inspecteur général de l'Éducation Nationale	Ministère de l'éducation nationale	GT1
Dr	Denys	BARRAULT	Président	Médecin, Président du Syndicat national des médecins du sport	GT7
Mme	Hélène	BERGEAU	Directrice	Ecole nationale de kinésithérapie Saint Maurice	GT7
M.	Michel	BERTHELOT	Directeur	Centre Sportif Universitaire Sarrailh	GT2
M.	Frédéric	BESSY	Sportif professionnel		GT3
Mme	Sandrine	BIGOT	Directrice des opérations	Club Med Gym Corporate	GT3
M.	Françoise	BONTEMPS		Centre National des Œuvres Universitaires et Scolaires	GT2
Dr	Jean-Michel	BORYS	Co-directeur	EPODE	Plénière GT8
M.	Alain	BOUHY	Président Directeur Général	Société AB Holding	GT3
Dr	Thierry	BOUILLET	Oncologue	AVICENNE - GHU Nord - Bobigny	Plénière
Mme	Hélène	BOURDESSOL	Chargée d'études et de recherche	INPES	GT4
Mme	Myriam	CADI	Présidente du directoire	SOBECA	GT3
Pr	François	CARRE	Président	Club des cardiologues du sport / SFC Service de médecine du sport, CHU de Rennes	Plénière GT5
Mme	Véroniqu e	CAZALS	Directrice de la commission protection sociale	MEDEF	GT3
M.	Michel	CHARTON	Directeur Santé Collective Services et Innovation	Axa	GT3
Dr	Michel	CHAULIAC	Responsable PNNS	Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative - DGS	Plénière GT8
M.		CIMETIERE	Directeur Médecine du travail	Villefranche sur Saône	GT3
Mme	Nicole	CIVATTE	Directrice de la communication et des outils pédagogiques	INPES	GT8
Mme	Marion	CLERC	Vice-Présidente	Enseignement Supérieur FAGE / Fédération des Associations Générales des Etudiants	GT3
Mme	Mélanie	COLLET		Bureau National LMDE	GT2
M.		COMTE	Président	CCI VILLEFRANCHE SUR SAONE	GT3
M.		COMTE	Président directeur général	SOTRADEL	GT3
Mme	Vannina	CORREA DE SAMPAIO	Conseiller Technique Cabinet Ministre (conditions de travail)	Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et des solidarités / DGAS	GT3
Mme		COUDURIER	Infirmière du travail	NOVARTIS	GT3
Mr.	Bruno	CRESPO	Coordinateur de la mission patients adultes	Association "Vaincre la Mucoviscidose"	GT5
M.	Robert	DALMAS	Directeur DAPS	Université Pierre et Marie CURIE	GT2
M.	Alban	DECHELOTTE	Directeur du planning stratégique	HAVAS SPORT	GT8
Dr	Yveline	DEGUISNE		SIUMPPS Université d'Artois	GT2
M.	Alain	DEJEAN	Conseiller technique sport adapté	DRDJS Midi - Pyrénées	Plénière GT5
M.	Paul	DELAMARCHE	Professeur Vice-Président	Universités C3D STAPS	GT7
M.	Philippe	DEMARE	Responsable de l'Action Sanitaire et Sociale	SMEREP	GT2

M.	Tanguy	DESCAMPS	Directeur des affaires sociales	TF1	GT3
M.	Thibault	DESCHAMPS	Conseiller technique sportif	Fédération Française Athlétisme Ligue Nord Pas de Calais	GT3
Mme	Monique	DUBUC	Coordinatrice nationale Kino Québec	Ministère de l' Education, du Loisir et du Sport, Québec	GT8
Mtre		DUBUIS	Président	Office Municipal des Sports Villefranche sur Saône	GT3
M.	Xavier	DUFOUR	Directeur	École du dos	GT3
M.	Bruno	DUMAS	Directeur	Association IMAJ, Prévention spécialisée	GT6
M.	Corentin	DUPREY	Administrateur	LMDE	GT2
M.	Claude	DURAND	Elu NOVARTIS	CFE-CGC	GT3
M.	Gilles	DURAND	Président	Groupement National des Directeurs de SUAPS	GT2
M.	Bertrand	DURING	Président Conférence des Directeurs	UFRSTAPS (C3D)	GT2
M.	Yves	EBERHARD	Professeur des universités Président	AFAPA	GT7
M.	Eddy	ENGELSMAN	Ambassadeur pour la nutrition, l'activité physique et la santé	Ministère de la Santé et des Sports (Pays-Bas)	Plénière
M.	Benoît	EYCKEN	Directeur	Alizeum	Plénière
Mme	Brigitte	FRIANG	Directrice Groupement Régional	Directeur de SUAPS	GT2
M.	Jacques	GERAULT	Préfet	Région Rhône Alpes	GT3
Mme	Anne Sophie	GODON	Directeur adjoint de la stratégie, des partenariats et du lobbying	MEDERIC Groupe Malakoff	Plénière
Mme	Françoise	GOT	Présidente	Fédération Française EPMM Sports pour tous	GT7
Dr	Jean-Paul	GOUELLO	Chef service réanimation polyvalente	CH Saint-Malo	Plénière
M.	François	GROSVALET		Ministère de la Justice	GT7
M.	Bernard	GUERIN	Sous - préfet	Région Rhône Alpes	GT3
M.	Christian	GUET	Adjoint au directeur des R.H. Groupe	Lagardère	GT3
M.	Thierry	HELLE	Directeur SIUAP de Nancy	Ministère de l'éducation nationale	GT1
M.	Michel	JAMBON	Adjoint au sport	Villefranche Rhône	GT3
Mme	Fatima	KARTOUT	Médecin de santé publique	Fédération Nationale de la Mutualité Française	Plénière GT8
M.	Guy	KOLLER	Président	Ligue Sportive d'Alsace	GT1
Dr	Roland	KRZENTOWSKI	Médecin	Clinicprosport (APS Partenariat Public - privé)	Plénière GT8
M.	Philippe	LAMBLIN	Directeur des ressources humaines	Ets LESAFFRE Ligue régionale d'athlétisme Nord-Pas-de-Calais Membre du Conseil National de l'Association Européenne d'athlétisme	Plénière GT2
Mme	Elizabeth	LAMURE	Sénateur Maire	GLEISE Rhône	GT3
Dr	Elisabeth	LAMY	Médecin conseil	Caisse de Mutualité Sociale Agricole de Franche-Comté à Besançon	GT4
M.	Patrick	LAURE	Médecin conseiller	DRDJSVA de Lorraine	GT1
M.	Franck	LAUREYNS	Président	Association des éducateurs médico-sportifs (ADEMS)	Plénière GT5 GT7

M.		LE CREN	Chargé de mission	FFEPMM	GT3 GT4
Mme	Michèle	LEBLANC	Inspecteur général de l'éducation nationale	Ministère de l'éducation nationale	GT1
Mme	Séverine	LEDUC	Responsable marketing / Communication	ACTOBI	GT3
Dr	Patrick	LEGERON	Directeur Général	STIMULUS	GT3
M.	Rémi	LEONARD	Directeur adjoint service des sports	Conseil régional d'Aquitaine	GT1
M.	Elie	LEPORT	Inspecteur de la Jeunesse et des Sports		GT6
Mme		LEPROUT	Responsable Bureau des Assurances médicales et sociales	OCDE	GT3
M.	Eric	LERAT	Vice Président Groupement National	Directeur de SUAPS	GT2
Dr	Corinne	LESUEUR-CHATOT	Directrice	SIUMPPS Université de Bourgogne	GT2
Mme	Sabine	LEVREL	Responsable Commerciale	Club Med Gym Corporate	GT3
M.	Christian	LIOGIER	Président directeur général	SA LIOGIER	GT3
Mme	Isabelle	LOKIEC	Directrice générale des services	Mairie de Saint Nicolas de Port (54)	GT1
Pr	Jean	LONSDORFER	Professeur émérite (Aptitude physique du senior - pôle gériatrie)	Hôpital de la Robertsau (HUS) Strasbourg	GT4
M.	Patrick	MAGALOFF	Directeur	CNOSF Mission "médical et sport santé"	GT1
Dr	Brian	MARTIN	Responsable Unité activité physique et santé	Office fédéral du sport OFSPO (HEFSM), Berne (Suisse)	Plénière
Dr		MARTIN	Médecin du travail	L'Oréal	GT3
M.	Rémy	MAS	Secrétaire Général	Conférence des Etudiants	GT2
M.	Stéphan	MEYER	Gériatre		GT4
Mme	Sandrine	MIALOCQ	Responsable Administrative et Commerciale	SPORTONUS	GT3
Mme	Ombeline	MLYNARCZYK	Vice-présidente FAGE		GT2
M.	Fabrice	MOREAU	Chargé de mission communication, direction de la communication	INPES	GT8
M.	Marc	MOSSENTA	Responsable Formation recrutement et développement DRH	DHL	GT3
M.		NEGRONI	Directeur général	Les Trois Chênes	GT3
Mme	Nadine	NEULAT	Chef de Bureau	Ministère de l'éducation nationale DESCO	GT7
M.	Vincent	NOUGIER	Président	CNU 74è section	GT7
M.		OBENICHE	Directeur Rhônes Alpes	ANACT	GT3
M.	Roger	PAOLETTI	Vice-président	ANDES (association nationale des élus du sport)	Plénière
M.	Hubert	PEIGNE	Inspecteur général Coordonnateur interministériel	Ministère Ecologie, Energie, Développement Durable et Aménagement du territoire. Mission pour le développement et l'usage du vélo	Plénière GT8
Dr	François	PELLET	Conseiller médical Direction de la protection sociale	MEDEF	GT3
M.	Augustin	PENICAUD	Chargé d'études	HAVAS SPORT	GT8
Mme	Claire	PERRIN	Enseignant - chercheur APA et éducation thérapeutique diabète	Université Claude Bernard - Lyon 1, Villeurbanne et CRIS	GT5
M.	Bernard	PERRUT	Député Maire	Villefranche Rhône	GT3

M.	John	PICARD	Conseiller technique national pour le chapitre APS en milieu carcéral	FFEPGV - Milieu carcéral	GT7
M.	Franck	PONS	Professeur agrégé	Université Laval (Québec) Faculté des sciences de l'administration	GT8
Mme	Sophie	RAVILLY	Directrice Médicale	Association "Vaincre la Mucoviscidose", Paris	GT5
Dr	Christian	REIGNER	Directeur	Services Inter Universitaires Médecine Préventive et Promotion de la santé (SIUMPPS) PARIS	GT2
M.	Jean-Michel	RICARD	Directeur Général Développement	Groupement associatif SIEL BLEU	Plénière
Mme	Sylvie	ROBERT	Chef de projet santé communauté urbaine	Le Grand Nancy (54)	GT1
Mme	Martine	ROEGEL	Médecin conseiller	DRDJSVA d'Alsace	GT1
M.	Pascal	RONZIERE	Directeur des relations institutionnelles Rhône-Alpes	SANOFI-AVENTIS	GT3
Mr.	Serge	ROTHIER	Président	Comité régional Olympique et sportif de Champagne Ardennes Association Française des Diabétiques, CROS, Châlons-en-Champagne	GT5
M.	Jean-Pierre	ROUSSET	Directeur	Comité Régional Sport Universitaires, PARIS	GT2
M.	Jean-François	ROUSSET	Président	F3PF	Plénière
Dr	Joana	ROUVIER	Directrice	Services Inter Universitaires Médecine Préventive et Promotion de la santé (SIUMPPS) PARIS	GT2
M.	Laurent	SACCHI	Directeur Général Communication	DANONE	GT8
Dr	Jean-Luc	SALADIN	Médecin généraliste		GT6
M.	Adrien	SEUGE	Responsable grand compte Décathlon	ADIDAS	GT8
Pr	Georges	STRAUCH	Président de l'USD	Réseau RESEVDIAB, Union Sports et diabète, ANCRED, Paris	GT5
Mme	Anne Marie	TAHRAT	Médecin inspecteur de santé publique en chef	Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et des solidarités / DGAS	Plénière
M.	Pascal	TANCHOUX	Directeur de la communication	KRAFT FOODS	GT3
M.	Bertrand	THELOT	Unité Traumatismes et Accidents	INVS, Saint-Maurice	GT5
M.	Guy	THIBAULT	Conseiller en recherche Direction du sport et de l'activité physique	Ministère de l'Education, du Loisir et du Sport, Québec	GT8
M.	Gérard	TOUSSAINT	Responsable de la communication de l'association Assureurs Prévention Santé	Fédération Française des Sociétés d'Assurances	GT3
M.	Stéphane	TRAINEAU	Directeur général	VIT'HALLES	GT3
Dr	Hervé	TREPPOZ	Médecin Conseil, Responsable Prévention	Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole à Bagnolet	GT4
Mme	Marguerite	TROOST	Secrétaire du CHSCT	NOVARTIS	GT3
M.	François	TURCAS	Président	CGPME	GT3
Dr	Jeanne-Marie	URCUN	Médecin	Ministère de l'éducation nationale DESCO	GT7

M.	Michel	VOLONDAT	Inspecteur général de l'éducation nationale, Doyen du groupe EPS	Ministère de l'éducation nationale	GT1
Mme	Anne	VUILLEMIN	Maître de conférence	Faculté du sport, Nancy Faculté de médecine - Ecole de Santé Publique EA 4003	GT4
M.	Patrice	ZAGAME	Président Directeur Général	NOVARTIS	GT3