



Aspects bénéfiques de la pratique des activités physiques et sportives

La pratique régulière d'une activité physique a de multiples effets bénéfiques sur la santé. Que ce soit pour la prévention et l'évolution de certaines maladies, pour une amélioration du bien-être et de l'hygiène de vie, les bienfaits d'une activité physique adaptée et bien conduite sont incontestables.

En 1850, un tiers de l'énergie totale nécessaire pour faire fonctionner les manufactures était d'origine musculaire humaine. En 1979, si l'on en croit un rapport établi par « l'American association of fitness directors in business and industry », cette part était inférieure à 1 %. Dans le même temps l'espérance de vie passait d'environ 40 ans à près de 75 ans.

Il serait néanmoins fallacieux d'associer directement ces deux évolutions paradoxales, laissant ainsi croire que l'activité physique est préjudiciable à la santé ! En fait l'augmentation de l'espérance de vie est liée à de nombreux facteurs tels que l'accroissement de l'hygiène générale de vie, l'amélioration des conditions de travail, la diminution de la mortalité infantile, les progrès de la médecine... Par contre de nombreuses études épidémiologiques montrent que la sédentarité représente un important facteur de risques pathologiques.

D'un autre côté, une pratique physique régulière possède des vertus préventives voire thérapeutiques qui sont maintenant bien argumentées. Enfin, l'effort physique réalisé dans des conditions standardisées peut aussi représenter un outil diagnostique permettant la mise en évidence de maladies à un stade infraclinique.

C'est pourquoi nombreux sont les pays qui ont inscrit la promotion des activités physiques et sportives dans le cadre de leur politique de santé et créé des centres d'investigation clinique dans lesquels les tests d'évaluation des capacités fonctionnelles à l'effort jouent un rôle prépondérant.

Sédentarité et facteurs de risques pathologiques

On sait depuis longtemps que l'inactivité physique a des effets néfastes sur les appareils cardio-vasculaire et locomoteur. Ainsi la mise au lit pendant trois semaines de sujets jeunes entraînent, selon Taylor (1949) et Saltin (1968), une diminution des performances cardiaques et une augmentation des résistances vasculaires. Par ailleurs, l'apparition d'une amyotrophie est habituelle lors des alitements prolongés.

Le développement de la vie urbaine (actuellement plus de 80 % de nos concitoyens vivent dans des villes de plus de 20 000 habitants) l'extension du secteur tertiaire dans la population active ainsi que la mécanisation des outils de travail, des appareils ménagers et des moyens

de transport favorisent un mode de vie sédentaire qui peut déboucher sur un état physiologique délétère. Celui-ci se manifeste principalement par une limitation de la consommation maximale d'oxygène et de l'endurance aérobies ; une fréquence cardiaque et une tension artérielle de repos et d'exercice anormalement élevées ; une surcharge pondérale avec un excès de masse grasse ; une diminution de la force et de l'endurance musculaire ; une réduction de la souplesse musculo-tendineuse et de l'amplitude des mouvements articulaires.

Les bienfaits de l'activité physique

La pratique régulière d'une activité physique paraît avoir des effets très positifs dans la prévention et sur l'évolution d'un certain nombre de maladies. Cependant il existe encore un large débat concernant le type et le niveau de pratique à laquelle les sujets doivent s'astreindre pour que les conséquences favorables s'expriment.

Le rôle bénéfique de l'activité physique a fait déjà l'objet de plusieurs positions de consensus de la part d'un certain nombre de sociétés savantes ou d'organisations sanitaires internationales. Ainsi l'OMS a récemment (1995) émis le vœu que « les gouvernements du monde entier examinent l'interdépendance de l'activité physique et de la promotion de la santé en tant qu'aspect important de politiques d'intérêt général ». D'autres positions concernent plus particulièrement les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Il s'agit de celles prises par l'American college of sports medicine (ACSM) et par l'American heart association (AHA) : sur les *Benefits and recommandations for physical activity programs for all Americans* (1992) ou encore sur la *Physical activity, physical fitness, and hypertension* (1993). La lutte contre l'ostéoporose, rançon fréquente du vieillissement notamment chez la femme ménopausée, a aussi fait l'objet de conférences de consensus dans lesquelles la promotion de l'activité physique tient une bonne place (1984 ; NIH Bethesda).

En dehors de ces positions bien établies, d'autres études intéressent diverses situations pathologiques et les résultats suggèrent fortement un rôle positif des activités physiques et sportives dans leur prévention et leur traitement. Par exemple, le risque d'apparition des cancers a été analysé, en comparant des populations de sédentaires avec celles de sportifs confirmés, de

Diabète et APS

Pour le diabète, une prise de position consensuelle a été publiée en 1990 dans la revue *Diabetes Care*. Elle explicite l'idée que la mise en œuvre d'un « programme d'exercices physiques joue un rôle-clé dans l'organisation thérapeutique du diabète tant de type I (insulino dépendant, ID) que de type II (non insulino-dépendant, NID) » en améliorant la tolérance au glucose et en prévenant les complications.

MR

Maladies cardio-vasculaires et APS

Plusieurs enquêtes anglo-saxonnes comparant des sujets actifs et inactifs au sein d'un même milieu professionnel (par exemple facteurs et employés au guichet dans les postes) ont formellement conclu à l'influence néfaste de la sédentarité sur le système cardio-vasculaire. L'épidémiologiste anglaise Diana Woodruff, calculant en terme d'espérance de vie, prouve que la sédentarité à elle seule la réduit de trois années. Déjà, la célèbre étude de Framingham avait montré en 1967 que l'obésité ajoutée à une tachycardie de repos et à une faible capacité vitale respiratoire, tous facteurs accentués par la sédentarité, quintuplent le risque d'infarctus du myocarde dans un délai de douze ans. Une autre étude est particulièrement intéressante : il s'agit de celle, longitudinale, menée entre 1962 et 1988 par l'équipe de Paffenbarger concernant 17 321 anciens élèves de l'université de Harvard. Elle montre sans ambiguïté qu'il existe une corrélation inverse entre la mortalité et le niveau de pratique physique évalué par questionnaire et que cette relation persiste après ajustement pour les autres facteurs de risque. Récemment, plusieurs publications ont révélé que 60 % des enfants américains présentaient au moins un des facteurs de risque de la maladie coronarienne avec notamment une prévalence de l'obésité qui s'est accrue de 60 % depuis 1960 chez les enfants d'une classe d'âge de 6-11 ans. Or une corrélation a été établie entre le pourcentage de masse grasse des enfants de 5 ans et le nombre d'heures que ceux-ci passent quotidiennement devant la télévision ! Parallèlement les auteurs ont objectivé une diminution de la dépense journalière d'énergie de 24 % par rapport à la dépense attendue, cette réduction se faisant au détriment de l'activité physique qui ne représente plus alors que 16 % de la dépense d'énergie totale.

MR

travailleurs manuels, de sportifs de loisir et en isolant le facteur APS des autres données se rapportant à l'hygiène de vie (alcool, tabac, alimentation). La plupart des auteurs trouve une rela-

tion inverse significative entre le volume d'APS pratiquées et chez l'homme le risque de cancer du colon, chez la femme, à un moindre degré, celui du cancer du sein et des organes de la sphère gynécologique. Par contre, les études concernant l'influence de la pratique des APS sur le développement des tumeurs cancéreuses sont rares chez l'être humain. Néanmoins, chez l'animal, il apparaît qu'un entraînement musculaire programmé sur plusieurs semaines freine l'évolution des tumeurs expérimentales (sarcome, adénocarcinome, hépatome...) induites chez le rat et la souris. S'agissant du sida, il existe peu d'études sur les éventuels effets bénéfiques de l'entraînement physique sur l'évolution de la maladie. Elles sont surtout l'œuvre d'une ou deux équipes nord-américaines (Clinical immunology, Cleveland Clinic Foundation et Miami School Medicine) et d'un groupe allemand (Université de Cologne). En première approche, il apparaît qu'un entraînement en endurance tend à accroître le nombre de lymphocytes CD4 ainsi que le rapport CD4/CD8 chez les sujets séropositifs et les sidéens déclarés. Toutes ces données demandent à être confirmées mais vont dans le sens de ce que l'on connaît chez l'homme sain : l'exercice musculaire chronique d'intensité modérée a pour effet d'élever les défenses immunitaires, alors que le contraire semble se produire dans les cas d'entraînement intensifs conduisant à un syndrome de surentraînement. En outre, dans le cas du cancer comme dans celui du sida, les auteurs notent une réduction de l'anxiété et une amélioration de la qualité de vie, phénomènes qui à eux seuls peuvent expliquer au moins une partie des résultats. Ceci va dans le sens des observations faites par la plupart des psychiatres qui ont constaté une action thérapeutique des APS chez les malades déprimés, de nombreux auteurs ayant rapporté que les scores de la dépression étaient réduits chez les patients qui acceptent de pratiquer une activité physique.

D'une façon plus générale, chez l'adulte normal, l'exercice diminue l'anxiété et l'instabilité émotionnelle, l'humeur et la résistance au stress des sujets en bonne condition physique étant améliorée par rapport à celle des sujets sédentaires. Ces aspects positifs de l'activité physique se manifestent notamment dans la vie professionnelle. Plusieurs études conduites dans les entreprises aux États-Unis, au Canada, dans l'ex-URSS, en France... ont en effet bien démontré que chez les employés pratiquant une

Les APS outils d'insertion **Handisport**

Il est toujours possible de trouver une activité physique compatible avec un handicap mental ou moteur. Pour les handicaps physiques, les contre-indications sont rares et sont le plus souvent temporaires, comme elles peuvent l'être chez les valides. Certes, il existe un certain nombre de particularités liées à la spécificité de la plupart des handicaps. Citons par exemple le risque de survenue d'escarres ou d'infections urinaires chez les paraplégiques. C'est pourquoi une orientation médico-sportive est toujours nécessaire sous la forme de conseils, afin de laisser à la personne handicapée le soin de choisir un sport en fonction de ses propres critères, qu'ils soient physiques, psychologiques voire amicaux.

L'une des préoccupations essentielles chez les personnes handicapées physiques désirant pratiquer un sport est de s'intégrer ou se réintégrer au monde des valides, soit dans un cadre ludique, soit dans un cadre compétitif. Certains sports favorisent particulièrement bien cette insertion, tels que le basketball, le tir à l'arc ou aux armes, le tennis... Il n'est pas inutile de rappeler que la Fédération française Handisport fait partie officiellement du Mouvement olympique et que les X^{es} Jeux paralympiques se tiendront cet été, tout comme les Jeux olympiques, à Atlanta. Une trentaine de disciplines sportives sont couramment pratiquées dans le cadre de la Fédération Handisport. Les performances sont actuellement en pleine évolution. Elles progressent plus vite que chez les valides. Cette progression est liée à l'apparition récente des compétitions chez les handicapés physiques et à l'amélioration du matériel sportif utilisé. Les fauteuils roulants sont de plus en plus légers et les prothèses de mieux en mieux adaptées pour les amputés.

De nouvelles disciplines apparaissent. Elles traduisent ici l'évolution des pratiques sportives comme chez les valides, telles que la plongée sous-marine, la voile ou le parachutisme « accompagné ».

André Monroche

activité sportive, les accidents de travail sont moins fréquents, les arrêts pour maladie plus courts, la productivité plus importante.

Par ailleurs, il est bien reconnu que la pratique régulière d'une activité physique équilibrée favorise le développement harmonieux de l'enfant et de l'adolescent tant au plan morphologique que psychologique. Ainsi, confirmant les résultats d'enquêtes antérieures, une large étude menée au Canada durant les années quatre-vingts a montré que les enfants participant cinq heures par semaine à des programmes d'entraînement sportif, obtiennent des résultats scolaires supérieurs à ceux des moins actifs et ont un

développement psychomoteur plus précoce. Les personnes âgées peuvent aussi grandement profiter de la mise en œuvre de programmes de réhabilitation physique seuls capables de rompre le cercle vicieux qui s'instaure à partir d'un certain âge entre sédentarité et aggravation des handicaps liés au vieillissement. Le degré d'autonomie des sujets s'en trouve accru d'autant et le risque de dépendance s'éloigne.

La part importante qu'ont pris les programmes d'entraînement physique dans les stratégies de rééducation et de réinsertion sociale mérite d'être soulignée : les patients souffrant de lésions coronaires, d'insuffisance cardiaque, de

transplantations d'organe, de diabète, d'asthme ou de troubles respiratoires divers, de handicaps moteurs ou mentaux bénéficient d'ores et déjà d'une telle démarche. Dans différents domaines, les malades se sont regroupés en associations nationales et internationales qui leur permettent d'organiser à leur échelon des manifestations sportives et/ou des activités de loisirs ainsi qu'un suivi médical : Cœur et santé pour les malades cardiaques, Transform pour les transplantés d'organes, AJD ou Defi pour les diabétiques, Handisport pour les handicapés physiques... Au niveau scientifique, des congrès mondiaux sont régulièrement organisés tel

Réadaptation et prévention secondaire par l'exercice physique chez les malades cardiaques

Jusqu'en 1970, après un accident cardiaque, le repos prolongé suivi d'une vie sédentaire et calme, exempte d'effort physique était un dogme. « *Vingt jours au lit, vingt jours à la chambre* », c'était la prescription habituelle pour un infarctus. Il en résultait une désadaptation à l'effort et une fatigue considérable ; elles étaient mises sur le compte de l'atteinte cardiaque et les consignes de repos étaient prolongées, enfonçant encore plus les patients dans leurs symptômes. Les répercussions psychologiques et professionnelles étaient majeures, les malades se voyaient privés de leurs emplois jugés trop pénibles physiquement ou nerveusement. Ils ne pouvaient même pas se consoler avec des activités physiques qui leurs étaient déconseillées. La surprise était grande quand un patient, se sentant mieux, faisait fi des consignes et reprenait pour de longues années toutes ses activités antérieures. La révolution fut déclenchée par des études physiologiques menées chez les cosmonautes : de la course à l'espace allaient naître de convaincantes études sur

les méfaits des vols en apesanteur et de leur équivalent clinique. On pouvait déduire que l'alitement prolongé provoquait : tachycardie, inadaptation tensionnelle, fonte musculaire et décalcification.

Chez les étudiants normaux, les changements étaient spectaculaires : la consommation d'oxygène maximale passait de 3,30 l/mn avant alitement de vingt jours à 2,43 l/mn après. Au bout de cinquante jours de *cross-country*, elle s'élevait à 3,91 l/mn. En 1971, il était démontré que chez les malades coronariens l'entraînement physique provoquait les mêmes modifications hémodynamiques que chez les athlètes. L'amélioration de la capacité aérobie était provoquée par l'accroissement de l'activité enzymatique oxydative musculaire dont témoignait l'augmentation de la densité et de la taille des mitochondries. Dès lors, la réadaptation des cardiaques se développa rapidement avec l'enthousiasme des malades physiquement et moralement transformés et malgré certaines réticences initiales de cardiologues sceptiques ou craintifs.

Au cours des vingt dernières années, il a été prouvé que l'exercice physique régulier après un accident cardiaque et même chez des malades présentant une insuffisance cardiaque chronique permettait à la majorité le retour à une vie sociale normale. Puis, grâce à des études comparatives avec tirage au sort, on s'est rendu compte que l'espérance de vie était améliorée. L'entraînement physique a des effets favorables sur le taux de cholestérol, la régulation de la glycémie, la diminution de la surcharge graisseuse ; il motive les malades coronariens pour l'arrêt du tabagisme, clé de voûte de la prévention secondaire. Il a été plus difficile de démontrer des effets directs sur le fonctionnement du cœur malade mais jamais il n'a été mis en évidence d'effets adverses à long terme. Il est également prouvé qu'un exercice régulier mais assez important (équivalent à une dépense hebdomadaire de 2 000 kilocalories) avait un effet préventif sur la survenue de la maladie coronaire.

Jean-Paul Broustet

par exemple le *World Congress on cardiac rehabilitation* dont la cinquième édition a eu lieu à Bordeaux en 1992.

Régularité et persévérance

Dans le domaine de la prévention sanitaire, l'efficacité d'un entraînement physique est tributaire d'un certain nombre de règles bien identifiées par la communauté scientifique internationale.

Régularité et persévérance sont de nécessité absolue car s'il faut plusieurs mois pour que les conséquences bénéfiques d'une pratique physique bien conduite trouvent leur pleine expression sur le plan biologique, trois semaines d'interruption suffisent pour qu'elles disparaissent. Deux à trois séances d'entraînement par semaine représentent un rythme satisfaisant. Les exercices qui les composent doivent être de type dynamique et intéresser de grosses masses musculaires (course à pied, marche, vélo, ski de fond...). Il doivent favoriser les capacités d'endurance cardio-vasculaires, leur durée devant être au moins égale à 30 mn, et leur intensité rester inférieure à la puissance maximale aérobie (PMA ou consommation maximale d'oxygène : VO_2 max.).

Cependant un débat subsiste en ce qui concerne ce dernier paramètre. La position publiée en 1978 par l'ACSM, recommandait des efforts dont la puissance devait atteindre entre 70 à 80 % de la PMA. Depuis cette époque les concepts ont évolué et il est maintenant admis qu'il convient de distinguer deux objectifs différents lors de la mise en œuvre d'une procédure à long terme de rééducation physique. Ainsi est-il apparu que des exercices d'une intensité plus modérée, d'une durée plus longue et d'une fréquence régulièrement plus élevée que celles précédemment conseillées pouvaient réduire les risques de certaines maladies chroniques dégénératives. Des activités comme la marche, la montée d'escaliers, le jardinage, les travaux domestiques sont en ce sens d'une bonne efficacité lorsque la dépense d'énergie totale qui leur est associée représente 2000-2500 cal/semaine. Par contre il n'en est pas de même si les sujets souhaitent améliorer leur condition physique. Celle-ci s'évalue en prenant en compte plusieurs facteurs comme : la capacité maximale de transport de l'oxygène (VO_2 max.), le degré de surcharge pondérale et le pourcentage

Évaluation de l'activité physique par questionnaire

Il existe une demande réelle d'outils simples, facilement utilisables en pratique quotidienne, afin de mettre en relation l'activité physique quotidienne et la prévalence de certaines pathologies.

L'estimation de l'activité physique régulière peut être réalisée à partir de questionnaires, de mesures des mouvements, d'enregistrements de la fréquence cardiaque, ou de mesures de la dépense énergétique. La mesure directe de l'activité physique par l'enregistrement des mouvements nécessite un appareillage original et reste difficilement applicable à l'échelon d'échantillons de population importants. Ainsi, les larges études épidémiologiques ne peuvent être conduites qu'au moyen de questionnaires adaptés.

Les questionnaires utilisés reposent globalement sur deux principes, soit le rappel d'activités passées, soit l'estimation globale de l'activité physique. Ils peuvent être auto-administrables, le sujet renseignant lui-même le questionnaire, ou passés sous la forme d'un entretien entre le sujet et l'expérimentateur. Le temps pris pour le renseignement de ces questionnaires varie de cinq minutes à plus d'une heure, ce qui conditionne leur utilisation. L'indication de très nombreux questionnaires va varier en fonction de l'orientation de l'étude, de la nature des questions posées, de la disponibilité des sujets...

Si le niveau de précision de l'étude est élevé, on choisira un questionnaire de type « rappel », ou au mieux un « journal ». Ce dernier représente le relevé précis des activités physiques en temps réel, sur de très courtes périodes. C'est un mode d'estimation des dépenses énergétiques mais elle est chronophage et nécessite une parfaite collaboration des sujets, ce qui limite son utilisation en épidémiologie. Plus intéressantes sont les enquêtes réalisées sur le mode du rappel des activités qui peut être réalisé sur une période courte (n'excédant pas une semaine) ou plus longue. Cependant, ces questionnaires nécessitent assez souvent une importante collaboration de la part des sujets.

Les questionnaires dits « d'ordre général » représentent un autre type d'outil destiné à apprécier le niveau global d'activité, sur la base de questions très générales, relatives aux activités professionnelles, aux loisirs, aux activités sportives. Ils peuvent être très rapides à renseigner et simples d'utilisation, ce qui les rend fort utiles en épidémiologie, et présentent un intérêt tout particulier lorsque leur structure permet d'estimer les différentes composantes de l'activité physique que sont l'activité professionnelle, de loisir et sportive.

Les questionnaires sont susceptibles d'apporter des éléments importants dans l'appréciation de l'activité physique régulière.

Xavier Bigard et Charles-Yannick Guezennec

de masse grasse, la force et l'endurance musculaire, la souplesse ostéo-articulaire et musculo-tendineuse. Les programmes de reconditionnement physique ont pour but d'améliorer chacun de ces paramètres. Il comprennent des efforts d'endurance qui répondent aux critères énoncés plus haut auxquels s'ajoutent des séances de musculation et des exercices de souplesse. L'augmentation des capacités de l'individu peut être spectaculaire (la VO_2 max. peut s'accroître de plus de 20 %) et se traduire par une nette augmentation du bien-être vital.

Une pratique sous haute surveillance

Bien évidemment, la définition des programmes d'entraînement doit être strictement personnalisée, surtout lorsque l'on s'adresse à des sujets âgés, ou sédentaires confirmés ou souffrant d'une pathologie déclarée. Dans ces conditions, il s'agit d'une véritable prescription médicale. Un examen clinique préalable doit toujours être effectué comprenant notamment une évaluation précise de l'aptitude cardio-vasculaire des patients à l'effort. Celle-ci servira de référence pour des tests ultérieurs régulièrement répétés dans le cadre d'un suivi médical individualisé. Dans les cas où les sujets présentent un état physiologique précaire il est souvent nécessaire de commencer le programme d'entraînement sous couverture médicale, dans un milieu spécialisé. Le but est alors de leur apprendre à s'autoévaluer et de les amener progressivement à un niveau d'autonomie leur permettant d'accéder à la pratique régulière d'une activité physique de loisir. On réalise ainsi combien les séances collectives dans des clubs de « gymnastique » ou les séjours transitoires dans des établissements de « remise en forme » peuvent présenter d'inconvénients quand l'adaptation de l'individu aux activités proposées n'a pas été évaluée au préalable et/ou quand il s'agit d'une courte période d'entraînement sans lendemain.

Par ailleurs, les épreuves d'effort réalisées en laboratoire dans des conditions bien standardisées permettent non seulement de tester les capacités fonctionnelles des sujets mais aussi de révéler des désordres pathologiques infra-cliniques. Ainsi est-il possible de mettre en évidence des maladies coronaires encore asymptomatiques, des désordres vasculaires périphériques, des asthmes d'effort, des perturba-

tions métaboliques etc. Pour cette raison, de nombreux services hospitaliers d'explorations fonctionnelles ont développé des laboratoires de l'effort dans le cadre de leur activité.

Les expériences internationales

Partant de toutes ces considérations, plusieurs pays ont inscrit depuis déjà de nombreuses années la promotion de « l'activité physique généralisée » dans le cadre de leur politique de santé publique.

Dans tous les cas, la méthode a été globalement similaire. Dans un premier temps, établis-



La **Norvège** lança dès avril 1967 un programme à long

terme dont l'objectif était d'encourager une participation de la population aux activités sportives par l'organisation de programmes individualisés et attractifs de « mise en condition physique ». Fameuse dans le monde entier, la campagne Trim fut reprise par de nombreuses autres nations. Elle s'est déroulée en trois temps :

- 1967-1972, phase de sensibilisation et de marketing animée essentiellement par des spécialistes de la communication ;

- 1972-1973, phase de réflexion scientifique concernant les résultats obtenus les années précédentes ;

- 1973-1982, phase d'activation avec mise en place d'un comité Trim central, de comités régionaux au niveau des vingt districts sportifs norvégiens et actuellement de comités Trim fédéraux. 50 % des fédérations ont répondu favorablement à cette action, ce qui a permis d'atténuer les ambiguïtés qui existaient entre la politique de l'État et celle du mouvement sportif norvégien autonome représenté par la Fédération sportive norvégienne.

MR



Les **États-Unis** ne bénéficient pas d'un programme fédéral

homogène. Chaque état a adopté sa propre démarche. Cependant, d'une façon générale, l'effort a porté sur les entreprises grâce à des brochures publiées et diffusées en commun par le « President's Council on physical fitness and sports » et l'American association of fitness directors in business and industry (AAFDBI) avec l'aide de l'US Public health service (« Forward Plan for 1977-1981 »),

ainsi que de l'American Health Foundation et de l'American Medical Association. Cependant les *Objectifs nationaux de santé 1990* ont consacré onze points à l'amélioration de la condition physique de la population. Il convient de souligner un incontestable succès : dès 1985, 32 % des entreprises américaines ayant entre 270 et 749 employés et 54 % de celles en ayant plus de 750, mettaient des programmes de remise en condition physique à la disposition de leur personnel.

MR

sement d'un *argumentaire scientifique* permettant d'assurer le bien-fondé de la démarche. En second lieu, réalisation à titre expérimental d'*opérations ciblées* sur des populations bien identifiées. Enfin, *généralisation* par la mise en œuvre d'une stratégie de promotion et développement des APS à l'échelon national, notamment par la mobilisation du mouvement associatif, et prise en compte de cette orientation dans l'élaboration des plans pluriannuels de santé.

La France n'a pas, en ce qui la concerne, élaboré de stratégie globale de ce type. Aussi le développement des activités physiques et sportives qui occuperaient, à en croire diverses enquêtes, entre 15 et 20 millions de nos concitoyens, s'est-il fait de manière anarchique. Thalassothérapie, clubs de gymnastique et/ou de remise en forme, épreuves ouvertes à chacun sans préparation préalable contrôlée (organisation de 20 km, marathons, ultramarathons, circuits-compétition de cyclotourisme, circuits de grande randonnée pédestre ou à ski etc.) composent la trame d'un « sport pour tous » dont la pertinence reste parfois discutable.

Au total, l'ensemble des données scientifiques dont nous disposons constitue une forte argumentation en faveur de la promotion des APS dans le cadre d'une vaste politique de prévention et d'éducation pour la santé. Une telle démarche serait d'autant plus satisfaisante que la pratique des APS s'accompagne le plus souvent d'une amélioration spontanée de l'hygiène de vie globale. Équilibrer son régime alimentaire, réduire sa prise d'alcool, diminuer le tabagisme, représentent autant de comportements qui permettent à l'individu d'accroître rapidement ses performances physiques, augmentant ainsi de façon considérable l'aspect ludique des activités sportives auxquelles il s'adonne.

L'approche préventive a trop souvent été construite sur la base « d'interdits » culpabilisants qui, si l'on n'y prend garde, risquent de décourager ceux à qui elle s'adresse en donnant à la vie une teinte quelque peu lugubre. Au contraire, une stratégie fondée sur le développement des APS dès le plus jeune âge, à l'école, à l'université, dans les entreprises, au niveau des organismes municipaux, au sein des clubs du troisième âge ou des maisons de retraite etc. offrirait sans aucun doute une vision plus souriante de la prévention sanitaire. ■

Michel Rieu



La **Suède** a construit sa démarche à partir d'un rapport réalisé et publié par le « Central Exercise Council (project group exercise) » à la demande de la Swedish Sport Federation. Il comprenait cinq parties traitant : des effets biologiques, physiologiques, psychologiques, socio-économiques de la pratique régulière d'une activité physique ; de l'organisation du sport en Suède avec des suggestions concernant le développement des activités physiques dans l'entreprise, l'école et surtout le quartier (proposition étant faite à ce niveau d'utiliser d'anciens athlètes de compétition comme animateurs de groupes) ; des éléments de la planification avec un inventaire des moyens

disponibles et de ceux qu'il s'agissait de développer en priorité ; du contrôle médical, de la diététique. En 1973-1974, l'État réalisait un effort financier important au profit de la Fédération suédoise pour le sport dans l'entreprise (Svenska Korporationsidrottsförbundet), non affiliée à la Fédération sportive suédoise et qui comprenait 12 565 clubs d'entreprise. L'organisation de cours par cette dernière a permis d'initier des entraîneurs et des instructeurs à l'animation de groupe et au sport-loisir ainsi qu'à la « gymnastique de pause ». L'accent a été mis sur la population des retraités. Dix mille dirigeants et officiels ont régulièrement participé à cet enseignement.

MR



Le gouvernement **Québécois** a créé en 1975 un groupe de travail dont les missions étaient d'établir un rapport concernant l'élaboration d'un programme de « conditionnement physique » pour adultes. Les conclusions fournies en 1976 définissaient le concept même de *condition physique*. C'est ainsi que le programme Kino Québec a vu le jour en 1977. La province fut découpée en secteurs. Au niveau de chacun d'entre eux, un animateur eut la charge de réaliser un inventaire des moyens (stades, salles de gymnastique, parcours naturels...) et de sensibiliser la population par l'intermédiaire des mouvements associatifs (parents

d'élèves, anciens combattants, associations de consommateurs etc.). L'objectif était de faciliter la remise en condition physique de nombreux sujets grâce à des programmes définis et contrôlés par les éducateurs physiques avec comme conséquence d'amener tous ceux ayant accepté cette démarche à une pratique large et continue des sports loisirs. À partir de 1987, les modules Kino auparavant parrainés par une grande variété d'organisations et jouissant d'un haut degré d'autonomie, ont été progressivement intégrés dans les Centres de santé communautaire afin d'améliorer la cohérence de la politique générale de santé publique.

MR