

un week-end complet ou des professeurs d'EPS,

- la programmation délicate, en terme de planning, des rencontres des différents acteurs (public et sponsors privés),
- la lourdeur d'opérations où il faut faire intervenir plusieurs fédérations pour organiser une semaine de manifestation.

Tous ces obstacles sont la face négative de ce qui aurait été cité comme un atout en cas de réussite de l'action.

La seconde grande catégorie de points faibles porte sur les ressources qu'il faudrait arriver à mobiliser : remboursement par l'assurance maladie d'actes médicaux, financement pérenne du programme alors même qu'il y a reconnaissance d'un impact de santé publique, besoin d'une structure d'accueil, aide de l'État indispensable et non assurée, coût de déplacement en milieu rural sont évoqués comme les principaux obstacles auxquels se heurtent les promoteurs des actions.

Dans un dernier groupe, nous trouvons tous les freins à la conception même de l'intervention ; pêle-mêle, citons tous ceux qui ont été évoqués au cours de l'enquête : crainte qu'il n'y ait pas assez de monde, effets indésirables provoqués par le regroupement de toxicomanes dans une action, formation pyramidale qui demande un travail constant d'organisation du dispositif, difficulté à mobiliser un secteur sportif dans lequel la logique d'action est très différente de celle qui prévaut dans le secteur de la santé, besoin de temps et de données sérieuses sur la morbidité, opération-pilote qui ne change rien pour le grand public, manque d'observance des prescriptions par les patients.

Prévention des conduites dopantes

Les atouts

Ceux des actions ayant pour objectif la prévention des conduites dopantes sont peu différents de ceux qui ont été passés

en revue pour la pratique d'APS, à la différence près toutefois que l'identification des jeunes aux sportifs de haut niveau est clairement associée à des femmes ou des hommes au-dessus de tout soupçon. Par ailleurs, compte tenu de l'interdit dont sont frappées les conduites dopantes et des messages contradictoires émanant des institutions, il est particulièrement important de respecter des principes de cohérence et de rigueur dans la formation d'accompagnateur, afin d'avoir une approche identique sur un même programme. Parmi les facteurs de succès, on comptera donc le fait de faire travailler ensemble les partenaires et de prendre en compte les élèves dans et hors de l'école. Au niveau institutionnel, cela demande que soit établie aux niveaux national et régional une relation de confiance entre l'Éducation nationale, les Sports, la police, la Santé, la gendarmerie et le tribunal afin de faciliter l'abord de la prévention par une approche

Projet d'étude «Activités physiques et sportives» : Quatre sociétés savantes françaises mobilisées

Début janvier 2003, plusieurs représentants de 4 sociétés savantes françaises¹ ont exprimé la nécessité d'aborder la question de l'activité physique et de la santé de manière transversale et transdisciplinaire. La discussion a permis de dégager une préoccupation commune des différents acteurs sur la mesure de l'aptitude (ou de la tolérance à l'exercice chez des sujets malades) et l'estimation de la « normalité » en l'absence de valeurs de référence françaises.

L'évaluation de l'aptitude maximale aérobie et des principales réponses physiologiques, respiratoires, hémodynamiques et métaboliques nécessite de mesurer les échanges gazeux pulmonaires au cours d'un exercice incrémental conduit jusqu'à la limite de la tolérance. Cette limite de la tolérance est l'épuisement pour les sujets sains, et la dyspnée ou l'incapacité musculaire pour la plupart des sujets atteints d'une maladie chronique ; cette mesure est actuellement réalisée en France, au cours de pratiques médicales ou médico-sportives à partir d'au moins 200 appareils. Dans le domaine médical, cette mesure (associée à d'autres mesures concomitantes comme l'électrocardiogramme et la mesure des gaz du sang) permet de réaliser une exploration fonctionnelle complète et intégrée

dénommée EFX (exploration fonctionnelle à l'exercice). Il s'agit en effet de l'exploration fonctionnelle la plus contributive au diagnostic étiologique des symptômes limitant la tolérance à l'exercice et à l'évaluation des pathologies. Dans le domaine médico-sportif, cette mesure (appelée communément consommation maximale d'oxygène [$V_{O_2 \max}$]) est principalement utilisée pour déterminer l'aptitude maximale aérobie et contribuer à la conduite de l'entraînement. Quels que soient les objectifs, la qualité de la mesure détermine la fiabilité des conclusions et la qualité des conseils ou avis qui sont émis. À ce jour, la qualité des mesures est principalement validée par les différents fabricants de matériels et il n'existe aucune instance de référence « neutre ». Les représentants des différentes sociétés savantes souhaitent donc établir un référentiel de qualité commun, dégager les particularités méthodologiques liées à certaines pratiques, notamment dans le domaine médical. Cette transversalité interdisciplinaire est également apparue nécessaire pour optimiser les renseignements médicaux apportés par cette évaluation, rentabiliser si nécessaire son utilisation sur les plateaux techniques, et revaloriser sa cotation obsolète sinon absente pour l'exploration de certaines pathologies (par

Docteur Bernard Aguilaniu

Hylab, laboratoire de physiologie, Clinique du mail, Grenoble

Professeur Hervé Douard

Unité d'épreuves d'effort et réadaptation, Hôpital cardiologique du Haut Lévêque, Pessac

très globale de l'éducation à la santé et à la citoyenneté.

Les points faibles

Ceux évoqués font plus facilement référence aux conditions matérielles du déroulement de l'action : locaux exigus, difficultés de transport pour assurer le regroupement des élèves sur le terrain, retard dans la distribution des classeurs pédagogiques qui sont le support de l'intervention.

Recherches

Les atouts

Pour les recherches, l'aspect exemplaire des résultats attendus fait figure d'atout, résultats dont on peut espérer que une fois publiés dans la presse scientifique, ils seront utilisés par d'autres acteurs du terrain.

Les points faibles

Néanmoins, cet effet de démonstration

peut se heurter à des contraintes liées à l'environnement culturel : l'APS devient le fort de certains Français, et les médecins n'ont pas toujours les mots pour parler avec naturel et détachement des relations entre APS et santé.

Vers des propositions pour améliorer les points faibles recensés

Le ministère des Sports a adressé le rapport et l'ébauche d'un Guide de bonnes pratiques à chaque médecin conseiller des directeurs régionaux de la Jeunesse et des Sports afin de les sensibiliser et de les aider à la mise en place d'actions de promotion de la santé par les APS et de prévention des conduites dopantes avec les partenaires locaux ou nationaux. Ces deux ouvrages ont reçu un accueil favorable.

Pour dépasser les points faibles recensés, les professionnels de terrain, dont les médecins conseiller des directeurs

régionaux de la Jeunesse et des Sports appellent la création :

- d'un *guide de bonnes pratiques* interprofessionnel et interministériel. Des éléments préparatoires ont déjà été élaborés [9] et d'autres restent à constituer (lire l'encadré ci-dessous);

- l'élaboration de ce guide pourrait être favorisée par un *groupe d'échange sur les pratiques professionnelles* (GEPP)¹ interprofessionnel et interministériel. Des

1. Les GEPP sont nés dans le milieu des années quatre-vingt-dix. L'idée de départ est de mettre un réseau de professionnels au service d'un objectif d'amélioration des processus d'aide à la décision. Il s'agissait alors d'intégrer au mieux les compétences techniques dans le fonctionnement de l'administration, en permettant des échanges de pratiques, la présentation de travaux et d'outils réalisés sur le terrain, jusqu'à l'émergence et la stabilisation de savoir-faire de différentes natures : techniques, méthodologiques, managériaux, etc., et ainsi aller jusqu'à la production de documents de référence.

exemple avant réentraînement des bronchopneumopathies).

La deuxième préoccupation annexe est l'absence de normes fiables adaptées à la population française. Les abaques habituellement utilisés proviennent de mesures réalisées sur la côte Ouest des États-Unis et sur la côte Est du Canada. Ils incluent des séries limitées et déjà anciennes². Les valeurs de référence de l'aptitude physique tiennent généralement compte de l'influence du sexe, de l'âge et du poids, mais n'incluent pas le facteur déterminant des activités physiques quotidiennes liées aux activités professionnelles, ménagères, de loisirs ou sportives. Malgré des capacités variables, essentiellement liées au capital génétique initial, la variabilité des capacités fonctionnelles pourrait atteindre jusqu'à 20-30 % selon le degré de sédentarité, et même plus dans les tranches d'âge plus avancées, soulignant le niveau d'activité physique régulièrement pratiquée antérieurement ou non. Par ailleurs, l'influence de l'environnement géographique sur la pratique de l'activité physique est particulièrement sensible en France compte tenu de la diversité de nos régions. Ces comportements moteurs culturels sont sensiblement différents, notamment dans la population âgée. Ainsi, il est apparu

essentiel de proposer une *étude nationale sur l'aptitude physique de la population française*. Cette étude permettrait de connaître, à l'instar de nos collègues canadiens, le niveau de sédentarité de la population, son influence réelle sur les capacités fonctionnelles aérobies, et de cibler des actions de prévention primaire dont le bénéfice sur le coût global de la santé a été bien compris outre Atlantique³. Des analyses ancillaires permettraient également d'objectiver les différences régionales et de développer des programmes adaptés dans les différents territoires nationaux. Elles seraient aussi un support de communication sur les bienfaits de l'activité physique en analysant les relations entre le niveau d'aptitude des différentes populations et les principales causes de morbidité. Enfin, elles fourniraient un formidable outil de connaissance en proposant des normes réellement utilisables pour évaluer plus objectivement le handicap lié à de nombreuses pathologies chroniques et au vieillissement. Ces objectifs ambitieux sont réalisables dans notre pays compte tenu de l'équipement actuel en matériels de mesure. Parmi les 200 appareils répertoriés sur notre territoire, il est raisonnable de penser trouver au moins une dizaine de centres de référence. Ces centres pourraient, à la condition d'une mé-

thodologie commune, recueillir l'ensemble des données nécessaires aux objectifs de cette étude.

Si tant est que les sociétés nord-américaines demeurent le reflet prémonitoire de l'Europe de demain, elles envoient un message d'alerte évident à nos autorités politiques et médicales, stigmatisant la nécessité d'enrayer un processus de sédentarisation et d'addictions alimentaires dont l'obésité et le diabète sont les fléaux conséquents promis à court terme; cette étude transdisciplinaire sur l'évaluation de l'aptitude physique et de la sédentarité s'intègre dans une dynamique actuelle visant à revaloriser les bienfaits de la pratique régulière de l'exercice physique et sportif. Il reste à souhaiter aux différents acteurs de cette initiative ambitieuse de trouver les soutiens financiers nécessaires à sa parfaite réalisation. ■

1. Société française de cardiologie, Société de médecine du sport, Société française de pneumologie, Société française de physiologie.
2. Jones N.-L., *Clinical Exercise Testing*, W B Sanders Compagny 1997.
3. Myers J.-N., «Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing», *N Engl J Med* 2002; 346 : 793-801.