



Activités physiques ou sportives pour tous

Lutter contre la sédentarité, c'est permettre la pratique d'une activité physique à tous les âges de la vie, durant la scolarité, dans le cadre de l'exercice professionnel, mais aussi au moment de la retraite. Une activité physique adaptée sera bénéfique aussi bien pour les seniors que pour les malades chroniques.

Plaidoyer pour le développement de l'activité physique ou sportive en milieu professionnel

Thierry Lardinois

Professeur de marketing, Essec, chaire internationale de marketing sportif

Magali

Tézenas du Montcel

Participante au mastère part-time Sport, management et stratégie d'entreprise de l'Essec¹

1. M. Tézenas du Montcel exerce des fonctions marketing au sein de Novartis pharma. L'essentiel de cet article est issu de la thèse professionnelle de M. Tézenas du Montcel, réalisée sous la direction de Th. Lardinois.

Chaque année en Europe, 350 millions de journées de travail sont perdues pour des problèmes de santé liés à la vie professionnelle. 35 % des travailleurs européens considèrent que leur santé est influencée négativement par leur activité professionnelle. Les pathologies dues au travail représentent en Europe entre 2,6 % à 3,8 % du produit intérieur brut.

La prévention de la santé par l'activité physique ou sportive en entreprises : autant une nécessité qu'une opportunité

Les conséquences d'un mauvais état de santé sur l'absentéisme et la réduction de productivité des entreprises font du sujet de la santé au travail un réel enjeu économique, mais également de santé publique.

Les mesures de promotion de la santé et l'instauration de programmes d'intervention dans les entreprises ont démontré qu'ils pouvaient rapporter cinq fois plus que l'investissement nécessaire en gain sur la réduction de l'absentéisme et des coûts médicaux [31]. Des études scientifiques [40] ont en effet révélé l'impact positif très sensible des activités physiques et sportives (APS) sur les salariés et l'externe en termes de : climat social, absentéisme, productivité, image ou attractivité de l'entreprise.

Des recherches québécoises ont, par exemple, montré qu'un employé physiquement actif est 12 % plus productif qu'un employé sédentaire. Chaque montant investi dans des programmes destinés à améliorer l'environnement du salarié et ses habitudes saines rapporte 2 à 3 fois sa valeur en gain de productivité sur une période de cinq ans.

L'intérêt des APS est également démontré dans la réduction de morbidité des troubles musculo-squelettiques (TMS), en particulier chez les salariés sédentaires qui montrent un gain net de morbidité sur le mal de dos.

Selon une étude de la Commission européenne de 2002, le stress au travail provoque plus de 50 % de l'absentéisme. Le récent rapport Légeron, remis au ministre du Travail, met bien en évidence l'ampleur de ce phénomène et classe le stress comme premier risque psychosocial. Or l'APS intervient en prévention secondaire de ce risque.

Éliminer un seul des facteurs de risque lié à la santé, physique ou mentale, des salariés diminue l'absentéisme de 2 % et augmente la productivité de 9 %.

Outre les bénéfices en termes d'absentéisme et de productivité, le fait que l'entreprise soit impliquée dans des programmes de 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 dans des programmes de santé influence aussi l'attractivité de l'entreprise, tant en termes de recrutement que de souscription en Bourse à ses actions.

Compte tenu que 65 % de la population mondiale est très régulièrement présente sur un lieu professionnel [31], tous les éléments présentés ci-dessus militent pour que le monde du travail soit considéré comme une base privilégiée d'actions de promotion de la santé et que les APS soient intégrées au sein de l'entreprise dans une approche globale visant une meilleure hygiène de vie et une réduction du stress des 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 moins pollué d'une part et d'aider ses salariés à acquérir une meilleure hygiène de vie d'autre part est cité en premier. Face à un contexte général dégradé, les salariés sont en demande d'amélioration du climat social comme de bien-être au sein des entreprises. D'après une étude portant sur 90 000 salariés, 29 % des salariés européens et 22 % des salariés français estiment que leur direction générale se soucie peu de leur satisfaction et de leur bien-être. Pourtant, 99 % des entreprises déclarent que le bien-être des salariés est un enjeu important pour l'entreprise. Les faits sont plus révélateurs, car seulement 42 % d'entre elles ont mis en place des mesures concrètes pour prévenir une dégradation de la qualité de vie [40].

Les grandes institutions internationales se mobilisent... la France s'ébroue

Le sujet des APS en milieu du travail fait l'objet de recommandations 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 émis un certain nombre de recommandations. On notera les principales recommandations de l'OMS [31] :

- Définir des objectifs clairs ;
- Lier les programmes avec les objectifs stratégiques ou tactiques de l'entreprise ;
- Impliquer le management ;
- Communiquer de façon systématique et ciblée ;
- Impliquer les 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 ;
- Impliquer tous les acteurs ;
- Évaluer les programmes.

En France, l'activité physique est absente des représentations du mieux-être au travail

Encore trop peu d'entreprises françaises 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 directeurs des ressources humaines (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 très petites entreprises — 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 %) [40].

Il existe pourtant des démarches pionnières en France

Certaines entreprises mènent des projets d'actions, comme par exemple l'échauffement des ouvriers sur les chantiers, l'organisation d'événements tels que des journées ou des semaines « santé et bien-être », des opérations de sensibilisation et d'accompagnement *via* les intranets ou les revues internes, l'implantation de salles de sport au sein de l'entreprise, des cours de relaxation, de yoga, formation aux gestes et postures, etc. 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 n'est pas toujours intégrée dans la démarche.

L'entreprise est un microcosme idéal pour développer l'activité physique

Le temps est l'un des facteurs limitant de la pratique d'activités physiques ou sportives. Le manque de temps ainsi que les contraintes familiales et professionnelles sont parmi les premiers freins aux APS cités par les Français, et en particulier par les femmes dont le niveau de pratique est inférieur à celui des hommes [15]. Compte tenu du temps quotidien passé en entreprise, on perçoit l'opportunité de développer la pratique d'activités physiques ou sportives en l'intégrant dans le temps total d'une journée de travail, incluant notamment les transports.

Les activités 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 et de promotion de la santé.

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

Les entreprises prennent de plus en plus conscience de leur rôle en matière de santé, de leurs clients et 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 [39].

Comment les entreprises peuvent-elles intégrer l'activité physique et sportive ?

Le rapport préparatoire au Plan national d'activités physiques et sportives (Pnaps) a émis de nombreuses recommandations, que nous résumerons ici en quelques points.



L'ensemble des acteurs internes (direction générale, salariés, management, partenaires sociaux, direction des ressources humaines, médecine du travail, service communication) et externes (collectivités territoriales, caisses régionales d'assurance maladie, monde sportif, secteur privé et institutions) peuvent se saisir de ces propositions.

Les recommandations du Plan national d'activités physiques et sportives 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.

Parmi les 42 recommandations émises, le Plan national d'activités physiques et sportives considère prioritaires les mesures suivantes :

1. Sensibiliser les acteurs internes aux entreprises (les salariés, le management, les directions des ressources humaines, 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 les 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 petites et moyennes entreprises (PME) et TPE.

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

7. Sensibiliser les conseillers des caisses régionales d'assurance maladie 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 les APS dans le document unique formalisant l'évaluation des risques professionnels et les mesures de prévention.

La campagne « Retrouver la forme en 3 escaliers » est un exemple 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.

Outre les recommandations évoquées ci-dessous, nous pourrions ajouter : intégrer dans les cursus de formation des responsables de ressources humaines (RH) une sensibilisation aux bienfaits de la pratique des APS en entreprise. Cela devrait être étendu à toutes les formations des futurs managers.

Les recommandations présentées ci-dessous 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 forment l'essentiel du tissu de l'entrepreneuriat 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. En collaboration avec les associations professionnelles, les mairies, les communautés de communes ou les départements pourraient développer des programmes pour les commerçants, 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. Le référentiel recommandé devrait pouvoir leur être appliqué avec une adaptation à la taille de l'entreprise. Cela est rendu possible, car il existe déjà des offres de services du secteur public et privé qui peuvent convenir à ces petites structures.

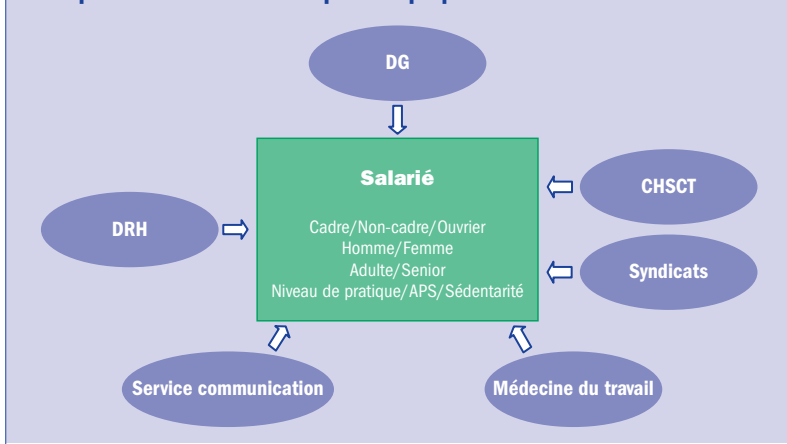
Conclusion

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 directions des ressources humaines sont très sensibilisées au développement durable. La citoyenneté d'entreprise passe entre autres par la « santé durable », non seulement de ses clients mais aussi de ses employés.

Les interventions APS doivent être réfléchies conjointement avec les autres projets transverses de l'entreprise. Pour ne pas être perçu comme un programme supplémentaire imposé par la direction générale, le développement

figure 1

Principaux acteurs de l'entreprise impliqués dans la démarche APS



des APS peut être utilisé comme une ressource, un « fil rouge » à la mise en place d'une vision cohérente porteuse d'autres projets stratégiques ou tactiques de l'entreprise.

Au-delà de la question prioritaire du temps de travail à discuter avec les partenaires sociaux, 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.
- Aménagement du lieu de travail (privilégier les escaliers, installation de douches, espace rangement de vélos...) et de son accès (incitation à venir à pied, vélo, roller...) [40].

Avec le milieu scolaire, l'entreprise est sans aucun doute le microcosme le plus adéquat pour mettre en place ces règles et les politiques susceptibles de faire face aux enjeux de santé publique qui s'imposent à nos sociétés d'abondance mues par la productivité. 🏆

Les activités physiques ou sportives en lien avec la santé (APS-S) à l'université

La santé des étudiants est un enjeu majeur de santé publique qui conditionne à la fois la réussite dans les études et la qualité de vie au-delà du parcours universitaire. C'est à cette période de leur vie que la pratique d'une activité par les jeunes fait une chute souvent décisive. En effet, parmi les 1 400 000 étudiants en France, seuls 10 à 20 % pratiquent une activité physique ou sportive grâce aux services universitaires des activités physiques et sportives (Suaps). Ceux qui ont un problème de santé s'adressent au service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (Siumpss) en charge des problèmes de santé et de la prévention. Tous les autres (les trois quarts environ, d'après l'Observatoire de la santé de Grenoble) considèrent qu'ils vont bien et ne vont vers aucune de ces deux structures institutionnelles.

Pour enrayer cette chute de la pratique physique liée en particulier à l'arrêt des cours obligatoires d'EPS du milieu scolaire, on peut agir simultanément à deux niveaux. D'abord, par des actions ouvertes à tous, y compris à ceux qui ont le sentiment d'avoir un niveau suffisant pour faire partie d'un cours structuré, et dans le domaine de la formation.

Pour cela, il faut, en premier lieu, augmenter l'offre et la diversité des pratiques d'endurance pour répondre aux recommandations des experts du rapport Inserm. Cette offre de cours, basés sur la marche, la course et le vélo, existe déjà, mais elle devra être significativement augmentée durant la semaine et le week-end. Concrè-

tement, il s'agit de séances de randonnée pédestre avec plusieurs niveaux de pratique en termes d'intensité, de footings par groupes de niveau (en particulier des niveaux débutants) associés ou pas à des parcours santé, de séances d'initiation et de perfectionnement en vélo tout terrain (VTT), de randonnées VTT, de balades à vélo à la campagne, mais surtout en ville. Incontestablement, c'est la diversité des propositions, des créneaux horaires et des niveaux d'intensité variés qui fera la réussite du programme. À côté de ces activités de type aérobie, les recommandations Inserm intègrent des activités de renforcement musculaire (contre résistance) que les universités proposent déjà sous forme d'une grande variété de cours de préparation physique, fitness et musculation, qu'il faudra aussi augmenter quantitativement, et des cours de gymnastiques plus douces : stretching, relaxation, tai-chi-chuan, qui sont une première approche très appréciée par de nombreux étudiants.

Toutes ces propositions constituent des pratiques en soi, mais sont aussi une porte d'entrée vers la très grande diversité des activités physiques sportives et artistiques (Apsa) proposées par tous les Suaps de France, avec lesquelles elles sont totalement complémentaires.

Parallèlement à cette action, et pour en optimiser l'efficacité, les universités devraient inciter les étudiants à utiliser les moyens de mobilité active pour leurs déplacements quotidiens. À l'exemple de ce qui existe déjà dans certains campus, où l'utilisation de vélos est largement

facilitée par des aides financières et une prise en charge matérielle totale.

La mise en place d'un test d'évaluation de la forme commun, Diagnoform, serait un indicateur intéressant de l'état de forme des étudiants sur tout le territoire. Il pourrait être intégré d'abord dans les unités d'enseignement (UE) Sport qui entrent dans la validation de certains diplômes, puis proposé dans un deuxième temps à l'ensemble des étudiants et valorisé dans le cadre du cursus.

Au plan de la formation, l'action se situera à deux niveaux, d'abord par des enseignements sur l'efficacité des APS à des fins de bien-être dans toutes les UE Sport dans lesquelles ils feront l'objet d'un contrôle. En parallèle, il faudra créer des UE spécifiques APS-S pour attirer les étudiants qui n'ont pas fait de sport depuis longtemps. Il s'agit de leur faire découvrir la diversité des pratiques physiques, loin des images de compétition et de technicité qui les rebutent, pour leur faire acquérir les bases des bonnes pratiques physiques.

Pour que cette démarche puisse aboutir, elle doit reposer sur une collaboration forte entre, d'une part, les services des sports et de médecine préventive et, d'autre part leurs soutiens traditionnels, Crous et mutuelles étudiantes, autour d'un programme commun : Universanté. La communication autour de ce programme devra être faite avec le concours des associations étudiantes pour permettre une diffusion la plus large et la plus ciblée vers ce public spécifique, auprès duquel les injonctions et recommandations moralisatrices n'ont pas d'impact. 🏆

Paul Alart
 Directeur des Sports de l'université Paris-Descartes (Paris)



Pratique d'une activité physique ou sportive chez les seniors

Fabien Pillard

Maître de conférence des universités, praticien hospitalier

Daniel Rivière

Professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service
Service d'exploration de la fonction respiratoire et de médecine du sport, CHU de Toulouse

La population française vieillit. Les chiffres que l'on avance pour l'avenir sont de près de 21 millions de plus de 60 ans en 2040, soit le tiers de la population française. Les plus de 80 ans devraient être alors plus de 7 millions [40]. C'est donc un lieu commun de dire que ce vieillissement devient un véritable défi de santé publique. Or la santé est, pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *un plein bien-être physique, psychique et social* » ! Les activités physiques ou sportives (APS) sont à l'évidence un des moyens, avec une nutrition adaptée et un maintien des capacités intellectuelles, d'aboutir à ce résultat chez les seniors !

En France, la promotion de l'activité physique des seniors est bien présente dans les plans nationaux :

- Le plan « Bien vieillir » 2007-2009 [29] consacre des mesures spécifiques à la promotion d'une activité physique et sportive chez les personnes âgées de 55 à 75 ans, parmi lesquelles la mise en place d'un annuaire des associations sportives proposant des activités pour les seniors, un soutien financier des fédérations sportives s'adressant aux seniors, une formation des professionnels et l'évaluation de l'aptitude physique des seniors.

- Le Programme national nutrition-santé [32] associe à des objectifs nutritionnels spécifiques pour les personnes avançant en âge, des recommandations d'activité physique, qui font l'objet de guides pour la population de plus de 55 ans, mais aussi pour les « aidants des personnes âgées ».

- Plus récemment, le rapport *Retrouver sa liberté de mouvement*, élaboré par J.-F. Toussaint [40] dans le cadre du Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive, consacre un chapitre spécifique débouchant sur 10 propositions concrètes pour la promotion des APS chez les seniors ; on retiendra la mise en place d'évaluations de la condition physique en particulier en préretraite ; la promotion des APS au sein des maisons de retraite en les intégrant dans le projet d'établissement ; la formation des professionnels de la santé à la prescription et au suivi de la pratique d'APS spécifiques aux seniors ; la formation des aidants à domicile ; la création de réseaux de santé régionaux « Sport-Santé-Senior » et la mise en place d'un crédit d'impôt incitatif pour la pratique sportive des seniors.

Enfin, la pratique des APS par les seniors occupe une place de choix dans la récente expertise collective de l'Inserm : *Activité physique : contextes et effets sur la santé* [15].

Hétérogénéité de la population des seniors

Si l'on en croit le dictionnaire, le senior (mot latin signifiant « plus âgé » comparatif de *senex*, vieux) est... une personne de plus de 50 ans !

A *contrario* de la simplicité de sa définition, la population des seniors se caractérise par une grande hétérogénéité qui va conditionner la pratique des APS.

Actuellement, on distingue 3 groupes :

- Groupe 1 : les seniors valides en bonne santé.

C'est le vieillissement réussi ou « *successful aging* » des Anglo-Saxons. En termes de pratique des APS, ils peuvent être sportifs de compétition ou de loisir, ou sédentaires. Leur condition physique et leurs aspirations seront donc différentes.

- Groupe 2 : les seniors fragiles ou en cours de fragilisation (« *frailty people* » dans la littérature anglo-saxonne).

Ils présentent une perte plus ou moins importante des capacités d'interaction avec l'environnement, en particulier en termes de capacités musculaires et cognitives. Pour eux, l'activité physique présente un intérêt sur le plan de la mobilité, de l'équilibre, de la souplesse et de la force musculaire, en particulier dans la prévention des chutes, un autre grand défi de santé publique.

- Groupe 3 : les seniors malades et/ou dépendants.

Il s'agit de personnes présentant des pathologies chroniques, associées ou non à une perte d'autonomie fonctionnelle plus ou moins marquée. La pratique ici sera une véritable « prise en charge thérapeutique » qui participera à l'amélioration de la santé, au maintien de l'autonomie et à la diminution de la consommation médicamenteuse ! On doit rappeler qu'une population souvent oubliée, celle des handicapés mentaux ou psychiques vivant en institution, est elle aussi vieillissante !

Bénéfices et risques des APS chez les seniors

Les bénéfices de l'exercice physique sont actuellement bien connus. Si l'on résume brièvement, ils sont cardiovasculaires (amélioration de la performance cardiaque, meilleure vascularisation tissulaire), respiratoires (augmentation de la consommation d'oxygène, meilleure oxygénation cellulaire), métaboliques (meilleur profil lipidique, moindre production de lactates, augmentation de la sensibilité à l'insuline), locomoteurs (augmentation de la force musculaire, prévention de l'ostéoporose), neuropsychiques (moins de dépression et d'anxiété, meilleur sommeil et meilleur contrôle de soi), psychosociaux (vie active, attitude positive devant la vie, intégration sociale).

L'activité est-elle un facteur de longévité ? Les résultats des études les plus récentes semblent aller dans ce sens et l'on constate en particulier une diminution de la mortalité des patients atteints de pathologies chroniques comme par exemple le diabète de type 2 ou plus récemment les cancers toutes origines confondues. Mais n'est-il pas plus raisonnable d'envisager que le principal but de la pratique régulière d'exercices physiques soit

« d'ajouter de la vie aux années plutôt que des années à la vie », en d'autres termes de retarder la dépendance ?

Si l'on doit promouvoir la lutte contre la sédentarité et les APS chez les seniors, on doit cependant tenir compte des effets physiologiques du vieillissement et ne pas oublier les risques potentiels d'une activité mal conduite ou inadaptée aux capacités du sujet ! En dehors d'une minorité qui a toujours pratiqué un sport et/ou une activité physique de façon régulière et qui a adapté sa pratique à la diminution des performances liée à l'âge (le vétéran sensé), la grande majorité des seniors souhaitent « à la retraite » se mettre ou se remettre au sport, espérant ce faisant retrouver une ligne disparue ou un souffle perdu. Et le danger est bien réel, à un âge de sommation de risques, pour le sédentaire repent qui prend conscience de sa surcharge adipeuse ou de son excès de cholestérol et qui ne sait rien de la pratique sportive, ou le sportif « amnésique », ancien sportif qui a oublié qu'il a arrêté bien des années avant et qui reprend « là où il avait laissé », avec les risques cardiaques et traumatologiques inhérents.

Quelle pratique pour quel senior ?

Le senior sportif

Dans le groupe 1, on trouvera des seniors qui choisissent la compétition et/ou le dépassement d'eux-mêmes et pour lesquels on adaptera l'habituel suivi médical du sportif à l'avancée en âge. Ce suivi « débute » par l'examen médical de non-contre-indication (permettant l'obtention de la licence) et est ensuite basé sur l'évaluation du sportif sur les plans physiologique (aptitude aérobie, composition corporelle, force musculaire...), biologique, nutritionnel, psychologique... Il sera bien sûr adapté à l'âge du sujet et devrait comporter après 60 ans une véritable *évaluation gérontologique standardisée* [28].

Ce bilan devra être répété au cours de la saison, en fonction de la charge d'entraînement et des objectifs du compétiteur. Bien conduit, ce suivi doit assurer au mieux la prévention des traumatismes et celle de la fatigue et/ou du surentraînement.

Les APS pour la santé : comment les prescrire ?

Pour ceux du groupe 1 qui ne sont pas attirés par une pratique « sportive » et pour tous ceux des groupes 2 et 3, l'activité physique, que ce soit en termes de prévention ou en termes de prise en charge, sera « prescrite » avec deux objectifs : personnalisation et sécurité.

Cette prescription doit préciser les cinq paramètres qui caractérisent l'activité physique : la nature ou le type d'activité physique (marcher, courir, sauter, nager...), l'intensité de la pratique, la durée, la fréquence et le contexte de pratique qui peut se faire de manière individuelle ou de façon collective, en toute autonomie ou en milieu associatif ou fédératif, et pour les sujets dépendants au sein des établissements.

Prescrire l'activité physique de façon optimale doit être précédé par certains pré-requis. Le premier est un bilan de non-contre-indication adapté au degré de fragilité et

de dépendance, ainsi qu'aux pathologies éventuelles, qui pourra amener à contre-indiquer certaines activités, ou nécessiter de les pratiquer de façon adaptée. De ces relatives contre-indications, on doit rapprocher les indications restrictives, liées à l'appareil locomoteur. Ce sont des dysfonctionnements d'une articulation ou d'un couple musculaire agoniste et antagoniste qui vont entraîner des douleurs et donc l'arrêt de la pratique. Un exemple en est la sangle abdominale souvent « défailante » avec l'avancée en âge, en déséquilibre avec les muscles dorsaux, qui va très vite devenir génératrice de douleurs dorsales en cas de marche rapide et qui devra donc être « renforcée » en préalable au programme de marche.

En fonction de l'âge et des facteurs de risque, il sera nécessaire de rajouter à ce bilan clinique un bilan para-clinique sous forme d'électrocardiogramme de repos et/ou d'effort, et d'une exploration de la fonction respiratoire. C'est bien sûr ici que *l'évaluation gérontologique standardisée* évoquée plus haut prend toute sa valeur, en particulier pour l'évaluation du risque de chute. Le *Get up and Go test*, le test de Freeman, ou le test de Tinetti pourront être utilisés [28]. Ces tests complètent l'évaluation de la force musculaire, également prédictive du risque de chute. La recherche d'anomalies des fonctions sensorielles, visuelle et auditive, est aussi à réaliser ; l'intégrité de ces deux fonctions conditionne la participation à certaines activités sportives. Au terme de cet examen, il va être aussi utile d'avoir une idée de l'existant, c'est-à-dire d'évaluer l'aptitude du sujet. Cette évaluation peut se faire dans des plateaux techniques équipés pour l'appréciation des capacités aérobies du sujet, mais il s'agit là d'examen coûteux, ne pouvant être réalisés de façon adaptée à une grande population. Un certain nombre de tests de terrain, à choisir en fonction du sujet et de l'équipement du prescripteur, existent aussi pour avoir un ordre d'idée de l'aptitude [40].

Quelle activité physique ?

La prescription d'une activité physique adaptée implique donc de préciser sa nature, son intensité, sa durée, la fréquence de pratique, et son contexte.

L'expertise Inserm [15] propose deux types de recommandations pour les seniors (lire encadrés).

Sur un plan plus pratique, en ce qui concerne la nature ou le type, l'intérêt est de choisir des activités qui vont être susceptibles de mobiliser le corps entier. Il faudra favoriser le côté ludique des activités physiques et surtout ne rien imposer en choisissant un type d'activité qui est fonction des goûts et des possibilités du sujet. L'intérêt est également de choisir deux ou trois activités pour ne pas lasser et de proposer des activités à faible risque traumatique. La natation est un sport de choix, mais dépend des équipements disponibles. La marche est le plus souvent possible, mais le footing ne pourra pas être pratiqué par tous ; le vélo est une activité qui sur des routes plates ne pose pas de problème, mais le poids devient un ennemi lorsque la route monte. Les jeux de ballons et de raquettes ont un côté ludique



particulièrement intéressant et on peut également dans certains cas conseiller des salles de remise en forme, après avoir vérifié la pleine sécurité de ces salles et le degré de formation de leurs animateurs ou éducateurs ; on peut y pratiquer du cardio-training et autres activités du même type. Ces salles peuvent permettre également l'activité de renforcement musculaire. C'est en fait une musculation « douce », à raison d'un exercice par groupe musculaire, avec une intensité qui peut se situer entre 50 et 70 % de la force maximale du groupe musculaire, avec une durée de 8 à 12 répétitions du mouvement et avec une fréquence de 2 à 3 fois par semaine. L'intérêt de ce renforcement musculaire est d'augmenter la masse musculaire et d'augmenter la force et le tonus musculaire. Pour ceux qui pourraient être rebutés par la pratique en salle ou par l'achat d'haltères, rappelons que, de façon simple, une bouteille d'eau de 1,5 l pèse

1,5 kg et que l'on peut, en modulant le contenu de la bouteille, fabriquer donc des haltères de 500 g à 1,5 kg.

Pour les exercices d'équilibre, un programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), 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 [40].

Comment, en pratique, apprécier l'intensité de l'exercice ?

Le meilleur moyen de codifier l'intensité de l'exercice est de mesurer de façon directe la consommation maximale d'oxygène et de déterminer le seuil de transition aérobie-anaérobie. Il va de soi que la réalisation de cette mesure est, comme nous l'avons déjà dit, longue, coûteuse, et nécessite l'existence d'un plateau technique.

Une règle beaucoup plus simple et directement applicable au terrain est de contrôler l'intensité de la séance :

- soit par un repère simple, celui de l'essoufflement. Le sujet doit pouvoir faire l'exercice en parlant sans difficulté (l'utilisation d'une échelle visuelle analogique de dyspnée pourra être envisagée dans certaines pathologies [40]).

- soit de façon plus scientifique par l'utilisation d'une fréquence cible mesurée par un cardiofréquencemètre, appareil qui enregistre au niveau du thorax la fréquence cardiaque et l'envoie par télémétrie au niveau d'une montre placée au poignet, permettant au sujet de contrôler en permanence sa fréquence cardiaque. La fréquence cardiaque cible peut être déterminée là encore au cours d'une épreuve d'effort, mais de façon beaucoup plus simple en utilisant la notion de réserve de fréquence cardiaque, qui est égale à la fréquence cardiaque maximale que peut atteindre le cœur du sujet (statistiquement, 220 moins l'âge du sujet en années) moins la fréquence cardiaque de repos. On pourra ainsi, en fonction du degré d'aptitude ou en fonction d'une éventuelle pathologie, programmer une fréquence cible qui correspondra à un pourcentage donné (30 à 60 % suivant les sujets) de la fréquence cardiaque de réserve. Si l'on prend de façon empirique 50 % de la réserve de fréquence cardiaque comme « limite » entre les activités aérobie d'intensité modérée et celles d'intensité élevée, on peut ainsi aider le sujet à codifier sa pratique.

Il s'agit bien sûr d'une « recette » de terrain, mais qui a l'avantage d'être personnalisée et évolutive (le pourcentage peut être réévalué en fonction de la progression ou abaissé si l'aptitude du sujet ne lui permet pas cette intensité). Un autre avantage est que cette auto-surveillance sécurise et responsabilise le sujet.

En conclusion, les principaux messages à retenir sont :

- que la population avançant en âge est très hétérogène et que les APS doivent être personnalisées et adaptées au contexte de vie des seniors ;

- que l'activité physique se prescrit en termes de nature, d'intensité, de durée, de fréquence, en l'adaptant au contexte pratique.

Activité physique pour adultes sains de moins de 65 ans

- Activité physique de type aérobie (endurance) d'intensité modérée pendant une durée minimale de 30 minutes au moins 5 fois/semaine
ou

- Activité physique de type aérobie d'intensité élevée pendant une durée minimale de 20 minutes au moins 3 fois/semaine

Il est possible de combiner les deux. Ces exercices doivent venir en supplément des activités de la vie quotidienne ou des exercices d'intensité modérée qui durent moins de 10 minutes (tâches ménagères, marche, bricolage, jardinage...).

- Exercices de renforcement musculaire au minimum 2 jours non consécutifs/semaine

- Exercices de souplesse (cou, épaule, taille, hanche...) tous les jours de la semaine pour maintenir l'amplitude articulaire et la souplesse nécessaire aux activités de la vie quotidienne

Activité physique pour adultes sains de 65 ans et plus, ou de plus de 50 ans avec une pathologie chronique

- Mêmes activités que pour les adultes sains de moins de 65 ans
et

- Exercices d'équilibre

- Exercices pour la santé osseuse

Exemple de calcul de la fréquence cardiaque représentant 50 % de la réserve de fréquence cardiaque pour un sujet de 60 ans

Fréquence cardiaque maximale calculée = $220 - 60 = 160$ batt./min

Fréquence cardiaque de repos mesurée = 70 batt./min

Réserve de fréquence cardiaque = $160 - 70 = 90$ batt./min

50 % de la réserve = 45 batt./min

Exercice à une fréquence cardiaque de $70 + 45$ soit 115 batt./min

L'activité physique et sportive : thérapie pour les maladies chroniques, les maladies rares et les situations de handicap

L'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive, et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles et collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé.

L'éducation thérapeutique du patient fait partie de l'éducation pour la santé, dont elle utilise les principes et les méthodes. Sa spécificité est qu'elle s'adresse à des patients et à leur entourage. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient à travers les relations qu'il établit en particulier avec les professionnels de santé.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont mis en œuvre au niveau local, dans le cadre du projet régional de santé des agences régionales de santé, après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient.

Les actions d'accompagnement de patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie.

L'activité physique et sportive : un support de planification de l'éducation à la santé

Ces textes du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture le 18 mars 2009 permettent d'envisager, en particulier chez ces personnes insuffisamment actives, la prise en charge de l'activité physique adaptée (APA)¹ 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-santé².

1. L'activité physique adaptée (APA) correspond à une intervention professionnelle qui relève d'une formation universitaire spécifique (filiales APA et Santé des UFR STAPS, niveau licence et master). 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 [40, p. 124].

2. 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 [40, p. 124].

La prévalence des maladies chroniques (15 millions de personnes dont 50 % en affection longue durée : ALD), des maladies rares (4 millions de personnes) et des situations de handicap (8 millions de personnes 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) nous invite à engager résolument une planification régionale spécifique. Celle-ci peut s'appuyer sur l'expertise collective « Activité physique : contextes et effets sur la santé » de l'Inserm, qui a identifié, analysé et quantifié les contextes sociaux et les motivations de l'activité physique, les effets positifs de celle-ci sur la mortalité, sur le bien-être et la qualité de vie, sur les fonctions physiologiques, sur les pathologies (maladies cardiovasculaires, cancer, maladies respiratoires, obésité) et sur les maladies dégénératives et les handicaps, et enfin les risques d'une pratique non qualitative.

Ce schéma régional transversal sanitaire (prévention et organisation des soins), médico-social et social « Nutrition, activité physique et sportive et éducation du patient », composante du projet régional de santé, devra donc décliner les différents plans nationaux dans lesquels s'inscrivent la nutrition, les activités physiques et sportives et l'éducation pour la santé (Plan national d'éducation pour la santé, Plan national nutrition-santé complété par les recommandations de la commission « Prévention, sport et santé » pour un plan national de prévention par les activités physiques ou sportives et par le programme sport du secrétariat chargé des Sports, Plan national amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et enfin le Plan national santé et insertion).

Cette déclinaison se fera à partir des différents codes et textes d'application régissant cette thématique (santé, action sociale et des familles, sécurité sociale, mutualité, assurances, éducation, travail, sport...) autour et au sein de l'agence régionale de la santé (et antennes départementales) et de la direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale (et des directions départementales) dans un objectif d'accessibilité des personnes porteuses de maladies chroniques, de maladies rares ou en situation de handicap aux dispositifs de prise en charge et d'accompagnement dans tous les milieux (éducatif scolaire et périscolaire, travail, carcéral, sanitaire, médico-social et social, sportif).

L'amélioration des indicateurs de santé de chaque région passe par l'élaboration de ce schéma régional

Jean-Luc Grillon
Médecin conseiller
directions régionale
et départementale de
la Jeunesse et des
Sports, des Affaires
sanitaires et sociales
de Champagne-
Ardenne et de la
Marne.



transversal, sa mise en place et son suivi régulier, dans une dynamique de pertinence, de cohérence, d'efficacité et d'efficience.

Un projet sportif pour chacun : point de départ de la planification

Le sport est considéré, selon le Conseil de l'Europe, dans sa charte révisée de 2001, comme toute pratique physique, organisée ou non, ayant pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique, de la condition mentale, le renforcement du lien social ou la recherche de résultats en compétition de tous niveaux. Il sera considéré ici comme un moyen ou un outil de médiation potentiel au service de sa santé globale (bien manger – bien bouger).

Le projet sportif peut ainsi être le support potentiel d'une démarche d'éducation pour la santé permettant de placer le patient insuffisamment actif dans une dynamique positive de réappropriation de son corps. Il s'agira de redonner confiance en soi et estime de soi à partir du jeu des essais/erreurs et de la pédagogie d'accompagnement (des savoir-faire), d'aider à mieux gérer ses émotions et son stress (des savoir-être), autant de compétences transférables ensuite dans l'ensemble des actes de la vie quotidienne

Pour l'inscription du projet sportif dans le parcours de soins d'une personne, seront associées, de manière coordonnée (par le patient et son médecin traitant), pluridisciplinaire et successive (avec retour possible à une phase initiale lors des rechutes), une phase individuelle d'éducation thérapeutique du patient, puis une phase collective (ateliers passerelles pour initier et adapter la pratique), et enfin une phase individuelle ou collective de pratique régulière accompagnée.

Dans la phase d'éducation thérapeutique du patient, il s'agira, pour les professionnels de santé, de recueillir dans un premier temps le consentement éclairé du patient (à partir de l'évaluation du stade de motivation à bouger plus et d'une attitude adaptée à ce stade), puis d'établir un diagnostic éducatif et un bilan préalable avec évaluation de l'état de santé global (consultation d'aptitude physique en particulier). Ce bilan précisera les interactions potentielles entre l'activité physique, les différentes situations de santé et les thérapeutiques prises, et indiquera en retour les précautions de pratique à respecter par l'utilisateur et ses encadrants.

Ces phases seront réalisées avec l'aide d'un professionnel des activités physiques adaptées (éducateur médico-sportif, professeur d'APA ou actiphysicien), qui proposera ensuite des cycles éducatifs au sein d'ate-

liers passerelles (soutien par le partage des plaisirs et des souffrances et source potentielle de désirabilité).

Après cette phase éducative, le médecin traitant conseillera, autorisera (certificat) ou recommandera (prescription), puis coordonnera le projet sportif individuel avec l'éducateur médico-sportif puis l'éducateur sport-santé, avec l'appui des dispositifs d'accompagnement du patient, dans le cadre d'un parcours de soins.

La prescription de ce projet sportif s'appuiera, comme cela se fait depuis plus de vingt ans dans les structures pionnières d'éducation du patient diabétique orientées vers le sport-santé par leur médecin (Régis Bresson à Douai, Vincent Coliche à Boulogne-sur-Mer et Étienne Mollet à Dôle) et les éducateurs médico-sportifs (Franck Laureyns, président de l'Association des éducateurs médico-sportifs – Adems –, et coordinateur du réseau Pôle-santé du Douaisis), sur ce que le patient, ses soignants et accompagnants pensent qu'il sait faire, veut faire et peut faire (SVP), sur ce qui est recommandé pour lui, sur l'offre de pratique en ateliers passerelles et surtout sur l'offre « sport-santé » de proximité qui complèteront les pratiques domestiques et les déplacements doux.

Le réseau sport-santé : un relais vers le tissu social

Ce dispositif expérimental apparaît dans les propositions prioritaires de la commission « Prévention, sport et santé ». Il permet de faire travailler ensemble et de manière coordonnée les médecins généralistes et spécialistes, les associations de malades et les associations sportives. Il travaille en étroite collaboration avec les réseaux de santé thématiques et populationnels, les collectivités territoriales, et les acteurs des champs médico-social et social.

L'objectif général du réseau est de rendre possible la réalisation, pour toute personne insuffisamment active présentant ou non des pathologies chroniques ou des maladies rares, d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive (APS RASP), accompagnée d'une adaptation alimentaire à cette pratique.

Les objectifs opérationnels du réseau sont de fédérer et coordonner les acteurs du projet, d'élaborer et expérimenter des outils collaboratifs, de proposer un parcours de santé ou de soins coordonné, de mettre en place des formations complémentaires pour les professionnels de la santé et du sport, et enfin de favoriser l'accessibilité aux offres d'activités physiques adaptées pour les publics qui en sont les plus éloignés (précarité, handicap...), grâce en particulier à la mise en place de chèques ou tickets sport-santé. ¶¶