

Les conditions d'une activité physique ou sportive facteur de santé

Des aménagements urbains peuvent inciter à des comportements plus favorables à la santé en intégrant l'activité physique dans nos pratiques quotidiennes. Un encadrement par des personnels formés permet une optimisation des effets du sport sur la santé.

Aménager un cadre de vie favorisant l'activité physique

Michèle Alart

Élue locale

Marcos Weil

Urbaniste-paysagiste,
directeur d'Urbaplan-
Genève

La sédentarité est nuisible à la santé et aux finances publiques ! Bien des maladies et les soins coûteux qu'elles occasionnent, pourraient être évités si les populations faisaient davantage d'exercice physique au quotidien. Malheureusement, nos villes continuent de se construire sans pousser à l'effort corporel, et tout, dans l'espace urbain, invite au contraire à l'immobilisme des populations, bien sanglées dans leur voiture, incarcérées dans l'habitacle confiné de transports motorisés, ou encore rivées à leur téléviseur.

Comment sortir de cette impasse ? Avant d'édicter un code d'hygiène imposant des exercices physiques aux populations urbaines, il nous faut saisir l'ensemble de la trajectoire qui, des laboratoires de recherche à la vie quotidienne en passant par les sphères politique, médiatique, économique, etc., aboutit au défi d'un urbanisme plus favorable à la santé. La démarche ne faisant après tout que ramener cette discipline à son origine puisque, comme on le sait, les enquêtes épidémiologiques sur les « quartiers insalubres » ont conduit aux principes hygiénistes qui furent l'une des sources de la naissance de l'urbanisme au tournant des XIX^e et XX^e siècles.

De nombreuses recherches ont montré que l'environnement construit constitue un facteur déterminant de la

santé des populations. Notre cadre de 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.

Mieux prendre en compte la santé dans l'aménagement du territoire et l'urbanisme

Assurer une meilleure prise en compte de la santé par la pratique d'activités physiques dans les politiques publiques, c'est aménager l'espace collectif de manière à augmenter les dépenses énergétiques de la population, en les intégrant « naturellement » dans tous les déplacements quotidiens. En agissant sur l'environnement construit, l'aménagement urbain peut contribuer à modifier les modes de déplacement en favorisant la mobilité active (marche, vélo), et à faire évoluer nos modes de vie en luttant contre la sédentarité.

Les décideurs municipaux, les élus disposent, grâce à leur pouvoir de réglementation et leur compétence à mettre en œuvre des politiques publiques, de réels moyens pour inciter les gens à bouger davantage et à

*Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 54.*



mener une vie moins sédentaire. Pour être efficace, il faut agir en priorité là où les gens vivent, travaillent, pratiquent des loisirs ou des sports, mais aussi dans les tâches les plus quotidiennes comme l'accompagnement des enfants à l'école, les courses, les déplacements de visites (médecin, parenté, amis, etc.). En termes de santé, les aménagements urbains sont certes nécessaires, mais pas suffisants. Le fait d'utiliser ou non le potentiel de ces aménagements relève de comportements individuels. Il faut changer nos pratiques et nos habitudes! Ce qui soulève la question du rôle des politiques et de leur marge de manœuvre à agir sur les comportements individuels.

Un problème de gouvernance

Les corrélations entre santé, mobilité et urbanisme ont été largement débattues et démontrées. « Selon l'OMS en 2004, environ 70 % des problèmes de santé mondiaux sont dus au comportement, dont la sédentarité et la malbouffe » [16]. Le corps médical se mobilise et nous livre une ordonnance complète et opérationnelle. Le diagnostic est indiscutable : la surcharge pondérale des populations est la cause de maladies graves. Un remède d'une extraordinaire simplicité est préconisé : 30 minutes d'activité d'intensité moyenne par jour (par exemple, trois parcours quotidiens à pied de 10 minutes ou 10 000 pas comptés sur son podomètre personnel) suffisent pour éviter les problèmes graves. Mais la prescription est délicate à appliquer. Quelles stratégies adopter pour convertir les populations à la « légèreté » et au mouvement ?

L'obéissance

Aux gouvernants de gouverner et de légiférer sur le poids des citoyens! Les pouvoirs publics commandent, la population obéit. La prescription est présentée comme une mesure de prévention parmi d'autres, analogue au port obligatoire de la ceinture de sécurité ou à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, ou encore comme une mesure d'urgence face à l'épidémie de surpoids.

Mais peut-on, dans nos sociétés, pousser la logique de prévention jusqu'à interdire aux citoyens d'être obèses et traiter différemment les gros et les maigres? Comment décréter l'état d'urgence alors que les intéressés ne se perçoivent pas comme malades ni comme menacés?

La communication

Mettons en place des campagnes de prévention pour tenter d'obtenir des populations leur adhésion volontaire au programme prophylactique de santé par l'activité physique! Hélas, en appelant à la responsabilité individuelle des citoyens, les gouvernants se retrouvent face à un problème de taille : ces campagnes contre le surpoids s'adressent à chacun comme à un malade en puissance, et risquent d'être de peu de poids par rapport au bombardement publicitaire pour la consommation de produits gras et sucrés, la facilité des déplacements en automobile, et l'immobilisme induit par un gavage télévisuel qui pousse à la sédentarité.

La normalisation sociale

Le bourelet gras est décrété dangereux, incivique et asocial! Rendons les individus responsables de leur corps, de leur look, et invitons-les à se prendre en charge (sport, danse, régime alimentaire, body-building, chirurgie, etc.), sous peine d'exclusion. Malheureusement, la culpabilisation produit des effets dévastateurs : génératrice d'angoisse, elle risque d'alimenter les boulimies ou de provoquer des anorexies. Au total, la normalisation sociale paraît peu efficace, moins recommandable en fin de compte que les philosophies hédonistes qui, depuis des millénaires, enseignent le bien-vivre par la mesure.

Le calcul économique

Agissons sur le porte-monnaie! Les entreprises n'offrent plus de parking gratuit à leurs employés, ne remboursent plus les frais de déplacement en voiture, mais subventionnent le vélo et l'abonnement aux transports publics. Elles s'équipent de salles de sport, dégagent des plages horaires pour les exercices physiques de leurs employés, et surveillent de près le poids de leurs cadres, soucieux de montrer l'exemple. Ou, de manière plus coercitive, ce sont les primes d'assurance maladie qui seraient modulées selon l'indice de masse corporelle.

Plus globalement, on peut aussi s'interroger sur les effets de l'augmentation prévisible du prix du pétrole, sur la mobilité des gens : allons-nous abandonner la voiture au profit des mobilités douces?

L'urbanisme, facteur déterminant de la santé

« Notre environnement moderne est caractérisé par une mécanisation à l'extrême [...] L'escalator, l'ascenseur, la voiture, le scooter, l'ordinateur, la télévision, pour ne citer que celles-là, sont des inventions qui nous induisent à une réduction de nos dépenses énergétiques en lien avec l'activité physique, que nous voulons chaque fois moindre » [16]. Si la ville intéresse à nouveau le corps médical, c'est en tant qu'espace de vie quotidienne impliquant une dépense d'énergie physique incorporée à une gestualité banale, ordinaire, journalière. Cela pour deux raisons : l'efficacité – mieux vaut une activité physique régulière qu'un gros effort sportif le week-end – et la durabilité – les actions du type « En ville, sans ma voiture » ne durent qu'un jour et sont sans effet sur la santé. C'est de ce point de vue que le professeur B. Kayser dénonce la ville actuelle et demande à l'urbaniste de créer « un environnement favorable induisant des comportements sains en termes d'activité physique au quotidien » [16].

Cependant, la ville – l'ensemble des gestes des populations au jour le jour – n'est pas un patient à soigner ni un sujet à discipliner, mais un monde qui nous englobe, nous façonne en tant que citoyen, habitant, acteur, consommateur, autant que nous le fabriquons [5]. Il faut renoncer à instrumentaliser la ville, à en faire une machine à transformer les comportements de sa population, et l'appréhender comme un tout, susceptible d'évoluer pour faire face aux problèmes de sédentarité, en débloquent les mécanismes d'adaptation qui lui permettront de « bouger ».

Cet article reprend les éléments développés dans deux publications : Quincerot R., Weil M. (2008), L'urbanisme peut-il nous faire marcher? *Urbia*, n° 7, décembre 2008, Institut de géographie, université de Lausanne. Weil M. (2008), Urbanisme, santé et activités sportives. *Les cahiers de l'INSEP*, Actes du colloque « Le sport, c'est la santé? », organisé les 5 et 6 mai 2008 à Paris. Il s'inspire également du travail effectué par les deux auteurs dans le cadre de l'élaboration du rapport préparatoire de la Commission prévention, sport et santé : *Retrouver sa liberté de mouvement*. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, décembre 2008.

En termes de gouvernance, cela implique de reconnaître la positivité de la ville comme acteur de sa propre évolution et la position de l'élu local et de l'urbaniste, qui ne sont pas dans un rapport d'extériorité à la ville comme le médecin par rapport au malade, mais sont l'un des rouages internes de son fonctionnement. L'évolution viendra de la ville elle-même, de sa capacité de s'adapter, à condition qu'elle soit en mesure d'évoluer.

L'urbanisme, levier d'action en faveur de la santé

Les relations entre activités physiques et politiques publiques qui contribuent à produire notre environnement peuvent être appréhendées à trois échelles différentes.

L'échelon de la planification territoriale

L'étalement urbain ne favorise pas la marche à pied ou l'usage du vélo. Un « urbanisme de courts trajets » exige une forte densité de destinations. Or la politique des transports est largement polarisée sur les déplacements de longue distance, qui mobilisent de grands moyens financiers, au détriment des déplacements de courte distance qui concernent pourtant la pratique quotidienne de l'ensemble de la population. De plus, le découplage des politiques d'emploi et de logement amène les collectivités à multiplier leurs efforts pour attirer des activités dans leurs territoires, sans se soucier de construire à proximité des logements adaptés en quantité et en qualité. Pour inverser la tendance à la dispersion de l'habitat, il faut agir sur les moteurs de l'évolution : la mobilité automobile à faible coût et la crise du logement. Sur le premier, la hausse attendue du prix du pétrole risque de changer la donne assez rapidement. Quant au second, en renchérissant les coûts fonciers et immobiliers en ville, il chasse les classes moyennes loin des centres, et les condamne à l'immobilité résidentielle. Le rapprochement des lieux d'habitat, d'emploi et de services est pourtant nécessaire, pour réduire la dépendance à l'automobile et permettre aux intéressés d'aller au travail ou aux achats à pied ou à vélo – en dépensant au passage leur surplus d'énergie corporelle.

L'échelon de la planification urbaine

Il existe trois leviers d'action : la politique des transports, celle de l'aménagement des espaces publics et, entre les deux, l'aménagement des rues qui relève autant de l'espace public que des transports.

La politique des transports définit les priorités accordées aux différents modes de déplacement, et notamment aux mobilités douces. À l'exception notable de Chambéry, qui depuis trente ans mène une politique volontariste en faveur des modes doux et des transports publics (avec des résultats spectaculaires : entre 1989 et 2005, le nombre d'accidents est passé de 450 à 32 et celui des victimes de 590 à 38), la plupart des villes n'ont pas fait le pas vers une mobilité plus durable et continuent à privilégier les transports individuels motorisés. Et pourtant ! Le vélo est un moyen de locomotion

idéal pour se déplacer en ville : sur les distances inférieures à 2,5 km, le parcours en vélo est plus rapide que n'importe quel autre mode de déplacement. Le potentiel est énorme. À Genève par exemple, 30 % des trajets motorisés sont inférieurs à 2,5 km. S'ils étaient faits à vélo, le bénéfice serait autant collectif, en termes de diminution de la pollution et de réduction du bruit, qu'individuel, en termes de santé pour celui qui le pratique.

Les statistiques sont sans ambiguïté et démontrent une corrélation très forte entre la longueur du réseau cyclable et le trafic cycliste. Il en est de même pour la marche à pied, qui augmente lorsque les habitants bénéficient d'un réseau piétonnier sûr, continu et confortable.

Des études permettent d'établir une relation entre qualité de l'environnement et pratique de la marche de loisirs. À l'échelle d'un quartier, la présence de parcs, de places, de bancs, de cheminements sûrs et éclairés est un facteur qui influence le niveau d'activité physique de ce type de marche.

À l'articulation entre politiques des transports et des espaces publics, il y a l'aménagement des rues. Avec l'évolution phénoménale du trafic automobile, nos rues ne permettent plus la mixité d'usages d'autrefois. Elles sont devenues un espace hostile et dangereux. Depuis quelques années, la tendance est de réintroduire la mixité des flux, avec une stricte limitation de la vitesse à 20 km/h et la priorité donnée aux piétons. Nommées « zones de rencontre » en Suisse, ces rues n'ont plus de trottoirs ni de passages piétons. L'espace est partagé : il nécessite une négociation permanente et le respect des autres usagers. Dans un tel espace « pacifié », la marche et le vélo reprennent droit de cité, et permettent de retrouver un peu d'« urbanité », la politesse des villes.

L'échelon des immeubles

Le pied des immeubles est l'espace du quotidien et de l'ordinaire. C'est un lieu particulièrement important pour les enfants et les adolescents, même s'ils n'y sont pas toujours les bienvenus ! Sous nos latitudes, la possibilité pour les enfants de jouer au pied des immeubles est fortement compromise par un espace accaparé par les voitures. Ils n'ont dès lors d'autre alternative que d'être les otages consentants de la console de jeux ou de la télévision, ou de faire appel à un adulte pour les aider à traverser la rue pour aller au parc. Selon la formule du D^r M. Hüttenmoser, « *laisser les voitures en liberté, c'est mettre les enfants en cage !* » [14]. Or, plus les enfants peuvent sortir, moins ils regardent la télévision, et l'on connaît la corrélation entre le temps passé devant la télévision et le risque d'obésité ! La présence d'enfants dans la rue serait ainsi un bon indicateur de la qualité de vie de nos villes et villages.

L'aménagement du pied des immeubles a toutefois peu de chances de s'améliorer si l'on n'intervient pas sur les mécanismes de sa production. En effet, on voit mal comment l'objectif sanitaire de permettre aux enfants de jouer en bas de l'immeuble, dans une petite rue ou sur un terrain voisin, pourrait être concilié avec la logique



qui produit les pieds d'immeubles tels que nous les connaissons aujourd'hui : des places de parking louées aux automobilistes, plutôt que des espaces verts à entretenir. Si l'on veut appliquer les prescriptions des médecins, il faut réexaminer les contraintes imposées aux constructeurs, faire évoluer la norme technique, économique et sociale qui fixe les modes de coexistence des immeubles, des réseaux et des vides qui font la ville.

Conclusion

« Nous avons bâti un monde malade de multiples façons », observait le professeur J. Sallis, psychologue à l'université de San Diego et l'un des premiers promoteurs de l'alerte au surpoids [36]. Un problème aussi grave ne sera pas résolu par quelques consignes et accessoires de santé publique, que l'on ajouterait au fatras des injonctions et des gadgets qui encombrer les espaces urbains. Le défi est d'aider la ville à se guérir elle-même « de multiples façons » : à mieux apprivoiser les impacts des technologies (mécaniques, informatiques, de transport,

de communication...) sur la gestualité de sa population. L'enjeu est vital : il ne faut pas rater le rendez-vous de l'urbanisme avec la santé!

La perspective a tout pour réjouir les élus et les urbanistes. Reconstruire des villes accueillantes aux piétons et aux cyclistes, diversifier les espaces verts, améliorer la qualité des immeubles... sont les ambitions traditionnelles de l'urbanisme culturaliste, longtemps méprisé par les Modernes et qui retrouve ainsi une pleine actualité. L'art de la composition urbaine peut contribuer à faire marcher les populations : non par devoir, calcul ou effet de mode, mais par plaisir. C'est véritablement une question de culture urbaine. Or une culture ne se décrète pas. Elle se construit par l'échange de points de vue entre professionnels de divers horizons, chacun amenant les spécificités de sa profession et son angle de vue. Peut-être pourra-t-on mesurer la réussite d'un espace public rendu plus domestique lorsqu'on ne dira plus qu'on sort dans la rue, mais qu'on entre dans la rue! 🚲

La formation des cadres médico-sportifs

Jean Bertsch
Chargé de mission
interministériel,
professeur des
universités à
l'université Paris 11,
coordinateur du
groupe « Formations »
dans la mission
« Plan national
de prévention par
l'activité physique ou
sportive »

Jamais la nécessité de pratiquer une activité physique régulière n'a été une recommandation aussi impérative et aussi consensuelle à l'adresse de toutes les couches de population. L'expertise collective de l'Inserm (2008) pointe clairement cette réalité et ses fondements. Et l'on assiste progressivement à une montée en puissance des pratiques physiques dans la société, dont le taux moyen reste, malgré tout, assez faible chez nos concitoyens comparativement à d'autres pays.

Conséquemment, on devrait être en droit d'assister à une explosion de l'encadrement de ces pratiques et à la création de métiers correspondants. Pourtant, paradoxalement, ce n'est pas exactement ce que l'on constate, preuve en est que la démarche consistant à pratiquer une activité physique, selon des principes sécurisés et encadrés, relève encore trop souvent aujourd'hui d'une démarche spontanée.

Le chapitre du rapport *Retrouver sa liberté de mouvement* [40] concernant la formation nécessaire à la mise en œuvre du Plan national de prévention par l'activité physique (PNAPS) est à cet égard révélateur des dysfonctionnements et des carences auxquels il convient de remédier dans les meilleurs délais.

Le schéma général proposé est pourtant assez simple : mieux former les médecins prescripteurs, mettre en place les formations correspondant à l'encadrement de l'activité physique par des agents compétents, permettre la mise en œuvre des prescriptions par des catégories professionnelles nouvelles et clairement identifiables pour le patient, et plus simplement mettre en place une visibilité importante des professionnels chargés d'assurer

la définition, la personnalisation, le suivi et l'évaluation de programmes d'activités physiques individualisés que la condition physique de chacun requiert ; enfin, coordonner l'action de ces divers intervenants dans la chaîne prescription – pratique physique – évaluation.

Quand on souffre d'une élévation musculaire, on sait clairement identifier la profession (kinésithérapeute) et le lieu (cabinet) où cette pathologie peut être soignée ; ou tout simplement, quand on veut acheter du pain, on se tourne vers une boulangerie. Posons-nous la même question quand il s'agit de l'activité physique régulière qu'un Français veut pouvoir pratiquer pour limiter les effets de sa sédentarité, perdre un peu de poids ou simplement pour son bien-être corporel. Vers où peut-il se diriger ? Vers les clubs et associations sportives ?

C'est effectivement la démarche et le lieu choisis spontanément dès lors que l'on souhaite pratiquer un sport avec une certaine intensité, voire en compétition ; mais lorsqu'on aspire à une forme de pratique d'un tout autre genre, régulière, de faible intensité, individualisée, à des moments choisis par soi-même, dans des espaces autres que les espaces sportifs traditionnels — par exemple, 95 % des femmes franciliennes déclarent ces items comme les conditions de pratique physique idéales qu'elles recherchent pour elles-mêmes —, que fait-on ?

C'est tellement vrai que certaines fédérations sportives ont bien compris cet enjeu et commencent à diversifier considérablement leur offre « sportive » pour prendre en compte ce besoin nouveau des pratiquants physiques et, au travers d'une offre sportive de « loisirs » renouvelée, pour augmenter leur nombre d'adhérents.

Mieux former les médecins prescripteurs

Actuellement, la formation initiale des médecins quant à la connaissance des effets de l'activité physique est quasi inexistante avant l'examen classant national. Face à ce constat, et devant la demande même des médecins d'une meilleure préparation, la proposition consiste à offrir à leur intention une formation sous forme d'un module de 60 heures « Santé, adaptation, environnement », réparties sur deux années du cursus médical, traitant des effets de l'activité physique, de la nutrition et des addictions, avec validation dans l'examen classant national. Cette proposition figure parmi les demandes explicites et parfaitement légitimes du Syndicat national des médecins du sport. En termes de formation continue, la recommandation est que « l'activité physique et ses effets » soit l'un des thèmes retenus chaque année pour la formation continue médicale conventionnelle. Tout cela laisse envisager l'existence d'un *acte de prescription médicale d'activité physique*. Selon les publics auxquels il s'adresse, cet acte doit être codifié, réglementé, rémunéré, en particulier dans le cadre conventionnel négocié avec l'Assurance maladie. Il peut relever, au choix, d'un acte en prévention primaire, ou dans le cadre d'une prise en charge en éducation thérapeutique.

Les opérateurs permanents destinés à prendre en charge l'activité physique : l'actiphysicien

Selon la loi, le métier d'éducateur médico-sportif figure dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Mais peu d'entre eux sont embauchés à l'hôpital et ils ne le sont pas à ce titre. En réalité, ce métier n'existe pas vraiment, au profit d'une multitude d'autres intervenants (éducateurs sportifs titulaires d'un brevet d'État Jeunesse et Sports, éducateurs médico-sportifs (EMS), licenciés en activités physiques adaptées-santé), ce qui complique sensiblement le paysage professionnel.

Cet imbroglio mérite clarification. Devant cette nécessité, il est indispensable d'identifier plusieurs niveaux d'opérateurs, spécialistes d'activité physique, respectant un étagement et de différents niveaux de prérogatives et de compétences, en comparaison avec la nomenclature des métiers du sport, de l'activité physique et de l'animation.

Afin de contribuer à cette lisibilité des choses, nous avons proposé de les dénommer génériquement « *actiphysiciens* » [3], car spécialistes de l'activité physique et de ses effets, capables de construire des programmes personnalisés, par analogie avec les informaticiens ou les roboticiens, métiers *ad hoc* apparus dans les années soixante-dix. En quoi l'actiphysicien se distingue-t-il des métiers en apparence proches dans le secteur de l'activité physique ?

Ce n'est pas un *professeur d'éducation physique*, dont les objectifs sont liés à l'éducation de la motricité des enfants, et employé au sein de l'institution scolaire ; ce n'est pas non plus un *entraîneur*, spécialisé dans un sport particulier, dont le rôle consiste à entraîner pour

permettre d'aboutir à une performance, quelle qu'elle soit. Ce n'est pas encore un *éducateur médico-sportif*, partant du principe qu'il n'interviendra pas seulement sur des pathologies. Tout au plus s'approcherait-il de ce qui est qualifié de *coach* aujourd'hui, métier dont la place dans la nomenclature des métiers est obscure, les contours incertains, les objectifs flous, et les formations non labellisées.

Différents niveaux d'actiphysiciens

Dans la nomenclature, le niveau IV (bac et pré-baccalauréat) peut être assuré par des titulaires de brevet professionnel « remise en forme », à des fins occasionnelles. Mais ce sont surtout aux niveaux III, II et I qu'interviennent les actiphysiciens de différents niveaux.

Au niveau bac + 2, il est proposé de créer dans les universités un brevet de technicien supérieur du sport (BTSSA), mention « activité physique », débouchant sur le métier d'*éducateur actiphysicien* (anciennement éducateurs médico-sportifs, auxquels les actiphysiciens se substituent) et disposant des prérogatives d'animation des séances d'activité physique avec les patients ou les sujets sains.

Au niveau II, l'actiphysicien devient *concepteur actiphysicien*. Son rôle consiste à concevoir et valider les séances et programmes d'activité physique adaptée et à en mesurer les effets. Formé à l'université au sein des licences « activité physique adaptée/santé », il interagit avec les éducateurs actiphysiciens, à qui il confie ses programmes à animer, et les médecins, avec lesquels il imagine les bénéfices escomptés et évalue les effets constatés.

Au niveau I, les titulaires du master « activité physique adaptée-santé » sont des *ingénieurs actiphysiciens* et employés comme chefs de projets destinés à concevoir l'intervention et son périmètre sur certaines pathologies ou dans des situations particulières : gestion de projets vis-à-vis des seniors, femmes enceintes, rééducation, patients hospitalisés, maladies lourdes, problèmes cardio-vasculaires, etc.

Enfin, il n'est pas interdit de penser que, dans l'avenir, des étudiants de niveau I, formés au travers d'un doctorat en activité physique existant en France actuellement, devienne *docteur actiphysicien*, dont la charge consisterait à créer et développer des structures, à diriger des réseaux, leur valeur ajoutée résidant notamment dans leurs compétences périphériques en ressources humaines.

Dans un schéma idéal, il est imaginable de se projeter vers la création, dans les agglomérations, en lien avec les collectivités locales et territoriales, d'une « *maison de l'activité physique* », ayant pignon sur rue, en lien possible avec les maisons médicales, dirigée par un manager (actiphysicien de niveau doctorat), entouré d'un ou deux ingénieurs chargés de la gestion de projets d'activité physique de plusieurs concepteurs actiphysiciens et de nombreux animateurs actiphysiciens chargés de la prise en charge des patients. Cette capacité à créer des start-up consacrées à l'activité physique répondrait



parfaitement, dans une perspective libérale, à la prise en compte et en charge des besoins spécifiques de nos concitoyens en termes d'activité physique, surveillée, contrôlée, validée, évaluée.

Dans le même esprit, au sein des universités françaises et au cœur même de la vie étudiante, la condition physique, la nutrition, l'hygiène de vie des étudiants, souvent négligées, pourraient être prises en charge et améliorées au sein de structures comparables, encadrées par des actiphysiciens. L'opération « Universanté », suggérée au ministère de la Recherche en 2005 et mise en place depuis, à titre expérimental, dans quelques universités, allait tout à fait dans ce sens : mesurer et améliorer la condition physique des étudiants lambda, grâce un programme adapté à chacun, dont le respect conduit à l'obtention d'un ou plusieurs crédits universitaires.

Enfin, le secteur de l'entreprise pourrait également s'ouvrir à la pratique de l'activité physique (pendant

les temps de pause, en début ou en fin de journée, par exemple).

L'activité physique apparaît parfois comme une pratique ludique, mais sa complexité ne doit pas être gommée par des discours de surface ou de convivialité ; il est au contraire impératif d'en confier l'encadrement à des professionnels avertis, bien formés et compétents.

Ces perspectives donnent au ministère de la Santé et des Sports une partie de ses fondements existentiels. En liaison avec l'Éducation nationale, elles peuvent contribuer à dégager de nouvelles finalités quant au rôle de l'éducation physique à l'école, intimement liées à la santé des enfants. En interaction avec l'enseignement supérieur, elles préfigurent le développement opérationnel de l'activité physique de l'adulte dans la société française de demain.

L'activité physique est décidément un enjeu interministériel majeur. 🇫🇷

Le certificat médical d'aptitude à la pratique sportive

La législation actuellement en vigueur exige la présentation d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive lors de la délivrance d'une première licence sportive (la fréquence du renouvellement de celui-ci est fixée par les fédérations sportives) et lors de la participation à des compétitions organisées ou autorisées par les fédérations sportives aussi bien pour les licenciés que pour les non-licenciés (celui-ci doit dater de moins d'un an)¹.

Ce contrôle médical préalable à la pratique sportive a pour objectifs de prévenir un risque vital, l'aggravation d'une pathologie préexistante ou la survenue d'une pathologie liée au sport concerné.

En termes de santé publique, le caractère systématique de cette mesure se justifie-t-elle au regard du coût engendré et du rapport bénéfice/risque de la pratique sportive ? Cette question est actuellement controversée, notamment en raison de l'absence d'études épidémiologiques spécifiquement menées sur notre territoire pour mesurer l'impact sanitaire d'une telle mesure.

Le manque d'efficacité de ce contrôle médical ressenti également par certains représentants du monde sportif et professionnels de santé s'explique, sans doute, par le fait qu'il est souvent considéré comme un simple acte administratif, encore réalisé de manière non rigoureuse selon les règles de bonnes pratiques médicales et que sa systématisation à l'ensemble des licenciés n'est pas forcément pertinente.

Une première réponse pourrait venir d'un recentrage du contrôle médical systématique vers des

situations où le risque potentiel est considéré comme le plus élevé :

- individus porteurs d'une pathologie patente connue, qui désirent débiter ou recommencer une activité sportive ;

- pratique sportive intensive (voire compétitive) ;
- disciplines sportives dont les spécificités (techniques ou environnementales) constituent un facteur prédisposant à des conséquences sanitaires potentiellement graves pour le pratiquant lui-même ou pour son entourage immédiat (partenaires, public...).

Le corollaire de cette démarche est une parfaite coopération des pratiquants et une qualité accrue de ce contrôle médical qui repose sur la compétence des praticiens, notamment en médecine du sport, qui pose actuellement le problème de la formation (2 heures obligatoires seulement sur l'ensemble du cursus médical). Devant la démographie limitée des médecins du sport, mais aussi pour préserver le libre choix du médecin, les praticiens devraient pouvoir disposer d'un référentiel de recommandations validées sur lequel s'appuyer, établi pour chaque discipline sportive et pour chaque grande famille de pathologies. Ainsi, sur la base de ce référentiel, les praticiens seraient en mesure de prononcer une aptitude à la pratique sportive dans les meilleures conditions.

La Haute Autorité de santé, récemment saisie par la Direction de la sécurité sociale, en accord avec la Direction des sports, pour mener une réflexion sur le contrôle médical préalable à la pratique sportive, devrait se positionner très prochainement sur cette démarche. 🇫🇷

1. Article L. 231-2 et L. 231-3 du Code du sport.