

# **Comment intégrer l'activité physique dans une politique de prévention**

**Jean-Pierre GIORDANELLA**

**Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris**

## **Une bonne question...**

Augmenter substantiellement le niveau et la fréquence de l'activité physique dans la population générale et réduire la sédentarité est un enjeu important de santé publique. Surtout si on le considère du point de vue de la prévention des accidents coronariens notamment et de celle du surpoids et de l'obésité.

L'activité physique dont il est question ici ne concerne pas que la seule activité sportive mais s'étend à l'activité physique des loisirs ainsi qu'à celle découlant des activités domestiques c'est à dire à l'activité totale de la vie quotidienne.

L'enjeu principal se situe donc dans deux dimensions : l'activité physique proprement dite d'une part et la lutte contre la sédentarité d'autre part qui dépend d'une augmentation de l'activité physique dans les actes de la vie quotidienne. Ce dernier point s'illustre par le fait que la communauté scientifique reconnaît comme index de sédentarité le temps passé assis.

Dès lors, les questions relatives aux méthodes et aux outils à utiliser pour y parvenir sont nombreuses :

Comment promouvoir l'activité physique ? Qui et où sont les sédentaires ? Quelles sont les informations pertinentes à favoriser ? Quelles activités doit on proposer ? A qui ?

A quel rythme acceptable au regard des capacités de chacun ? Quels objectifs se fixer ? Comment être assuré d'en tirer des bénéfices et comment les mesurer ?

La liste est bien longue mais arrêtons-nous là pour l'essentiel et précisons les termes.

## **Comment participe t-on à une politique ?**

Le terme « politique » désigne un ensemble coordonné de mesures visant à l'organisation des pratiques ou de faits et qui relève d'une autorité reconnue et/ou d'une société.

En l'espèce, on comprend que la volonté publique est de voir réaliser un objectif de santé pour la collectivité, véritable programme échéancé assorti de moyens conséquents et d'indicateurs précis permettant d'apprécier des résultats mesurables comme c'est la règle en santé publique.

Les objectifs quantifiables à atteindre sont définis à partir de nombreuses enquêtes et études épidémiologiques préalables qui, pour ne pas apporter toujours des chiffres exactement concordants n'en concluent pas moins au bien fondé du projet et des enjeux.

Les expérimentations ne manquent pas non plus.

Rappelons pour mémoire quelques grands programmes d'intervention récents comme le PNNS, les campagnes réalisées par l'INPES, les nombreuses manifestations ou programmes d'éducation en milieu scolaire élaborés par diverses structures ou associations et qui ont donné lieu à des évaluations satisfaisantes.

Finalement, tout le projet et ses attendus voient leur concrétisation dans la loi d'août 2004 qui précise les « Cent objectifs de santé publique pour chacun des problèmes de santé retenus à l'issue de la consultation nationale.

Fort pertinemment, l'activité physique vient à la 9<sup>ème</sup> place du classement, placée avec la nutrition au rang de troisième déterminant de santé immédiatement après l'alcool et le tabac. Que propose-t-il ?

« [d'] Augmenter de 25% la proportion de personnes tous âges confondus, faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine : [et] passer de 60% pour les hommes et 40% pour les femmes actuellement, à 75% pour les hommes et 50% pour les femmes d'ici à 2008. »

Ce libellé extrêmement simple et précis recouvre des réalités fort complexes.

- Proposer de réaliser une croissance de sujets pratiquant une activité modérée de 3% par an pendant 5 ans constitue l'indicateur premier à mesurer que l'on pourrait appeler taux de participation au programme. Ceci peut paraître modeste. Mais c'est en fait une ambition remarquable.

Car cet objectif doit tenir compte du niveau d'activité actuelle de la population française. Ce point a fait l'objet de plusieurs enquêtes dont les résultats, même légèrement divergents concordent sur les grandes tendances. Actuellement un français sur deux déclare pratiquer une activité physique et sportive occasionnelle. Les plus jeunes sont les plus actifs mais il semble que leur activité décroisse au fil du temps. Le terrain est donc favorable à la promotion de l'activité physique.

Observons aussi que cet apparent petit chiffre fera *in fine* beaucoup de sujets car intéressant un très grand dénominateur (la population cible inactive). On entrevoit le challenge que cela représente à l'atteindre dans la durée et à l'évaluer...

- 30 minutes par jour d'activité physique, cinq jours par semaine, renvoie à la notion de relation « dose réponse » entre le niveau d'activité et les bénéfices attendus pour la santé. Il a été montré que cette durée modérée correspondant à une dépense énergétique de 1000 kcal/semaine est associée à

une baisse de mortalité de l'ordre de 30%. Elle apportera un bénéfice d'autant plus substantiel qu'elle intéressera des sujets à l'activité non signifiante et d'autres jusque là inactifs qui vont donc améliorer grandement leurs capacités au cours du temps.

- Autre donnée d'importance : l'activité physique n'a pas besoin d'être de forte intensité, ni même continue au cours de l'exercice pour être « préventive ».

Cette donnée est remarquable car susceptible d'amener beaucoup de sujets à l'activité physique, tant il est vrai que pour certains la notion d'activité efficace est tellement liée à l'exercice intense et à la performance, que l'effet immédiat est le renoncement par sentiment d'incapacité à un effort soutenu dans la durée.

- Nous n'ignorons pas que l'objectif d'un programme de prévention se mesure en termes de bénéfices. Ceux ci peuvent être assez rapidement perceptibles ( la participation, le bien être ressenti, la perte de poids, l'équilibre général... ) mais aussi mesurables à long terme aussi par la baisse de la mortalité (générale et spécifique).

L'objectif est donc parfaitement clair. Restera à le mesurer précisément dans les années qui viennent. La notion de « temps » doit absolument imprégner nos raisonnements car l'on doit se souvenir qu'une action de prévention réussie se mesure en « non événements ou évènements non survenus » dans un temps éloigné.

- On peut enfin observer qu'il n'est pas fait référence à l'état de santé des sujets. Au-delà des personnes indemnes, l'activité physique est également bénéfique sur les sujets porteurs d'affections cardiovasculaires, d'hypertension artérielle, de désordres lipidiques, d'excès de poids, de diabète. On pourrait ajouter certains cancers et même les troubles de l'activité neuronale. Encore un champ d'actions et d'études.

Pour développer cette politique et ses résultats, il est fait appel à la prévention qu'il nous faut à présent approcher.

### **La prévention :**

Elle relève ici tout à la fois de l'information sanitaire, de l'éducation et de la promotion de la santé et du dépistage. On en connaît les avantages, mais on ne peut en occulter les difficultés. La développer sur toute une population fait émerger des problématiques insoupçonnées qui freinent sa pleine efficacité.

Son organisation et son succès s'entendent dans un modèle dit contractuel où participent conjointement les responsables politiques, les chercheurs et professionnels de santé au sens large et les populations ou usagers.

Ce bien collectif naît d'un rôle déterminé à chacun et complémentaire des deux autres. En quelque sorte chacun pour sa part est responsable de la santé de tous.

Mais il ne résout pas tout à fait la question de l'érogénéité des états de santé qui affectent certains groupes, ni celle des niveaux culturels et sociaux sources d'inégalité d'accès aux soins pour d'autres, ni les limites de la responsabilité du sujet et sa capacité à faire les choix positifs qui conviendraient, structuré qu'il est de et par les comportements, les actions, les goûts et les choix qu'il ne maîtrise pas toujours complètement... quand il ne les a pas choisis comme déterminants et expression de sa liberté.

Ceci pour dire que l'adhésion à ce projet généreux et bénéfique ne va pas de soi.

La réponse n'est pas unique car les motivations à s'impliquer et participer dans la durée ne seront pas les mêmes selon que les sujets sont des hommes ou des femmes, des jeunes ou des personnes plus avancées en âge, toutes personnes qui selon le cas privilégient la santé, le jeu, l'endurance, la performance, le dépassement de soi, la force, l'esthétique, la forme, la mode, l'évitement ou la minimisation des maladies ... Il ne saurait être le même enfin pour toutes les situations sociales.

Rappelons à ce point que le véritable enjeu est de promouvoir la lutte contre la sédentarité, phénomène d'apparition récente d'une société rapidement évolutive dans ses modes et ses tendances, évolution qu'il faut prendre en compte pour l'utiliser au mieux à la réussite du projet.

### Alors ?

Intégrer l'activité physique à une politique de prévention pour lutter contre la sédentarité c'est inventer des programmes et des actions diverses qui, pour chaque catégorie identifiée apporteront des méthodes pertinentes et des bénéfices mesurables.

C'est avoir défini et pris en compte toutes les situations et ouvrir le champ à une multitude d'activités possibles et acceptables aux différents groupes sociaux dans leur « *habitus* ».

La réflexion doit donc porter sur la définition des groupes et des pratiques qui leurs conviennent en visant le mieux plutôt que l'idéal. Il nous faut travailler à partir d'une information continue et validée portant sur les paramètres représentatifs de ces différents groupes sociaux. Pour ce faire, on peut imaginer réfléchir à l'idée de renforcer le recueil de données pour disposer d'une sorte « d'observatoire » de l'activité physique des français. Avec un outil plus affiné recensant les expériences, promouvant les méthodes, valorisant les projets, proposant des outils, nous pourrions être moins approximatifs et renseigner plus sûrement les responsables, les techniciens et le public.

Quelques exemples pour la réflexion :

- En période de scolarité poursuivons la réflexion sur l'éducation physique et sportive. Remplit-elle parfaitement la mission d'initiation et de révélation inhérente au contexte global d'éducation ? Pourquoi certains élèves en sont-ils si distants voire réfractaires ? Les adolescents ont-ils bien saisi les enjeux sanitaires et sociaux, le pourquoi des efforts demandés, les bénéfices sur la croissance, le développement, l'acquisition des habiletés, l'estime de soi, la sociabilité ?

Les exercices proposés s'adressent-ils suffisamment à des groupes de maturité homogène à cet âge où l'apparente uniformité des attitudes et du langage cachent en fait des personnalités singulières ?

Comment l'activité physique peut-elle mieux répondre à ces questions de disparités physiques, psychologiques et comportementales ?

- Pour les adultes dans la vie professionnelle active, difficile parfois et pour certains chaotique, la lutte prioritaire contre la sédentarité doit s'appuyer sur un environnement et des opportunités favorables à la pratique de l'activité. Au milieu du vingtième siècle des fédérations et des clubs sportifs existaient dans les grandes entreprises. On constate leur déclin. Pourquoi ne pas réactiver la réflexion avec les acteurs du monde du travail et proposer d'articuler mieux encore les conditions du travail et la pratique de l'activité physique ?
- Une réflexion doit aussi être amplifiée dans la politique de l'aménagement urbain.

L'activité physique, mérite un temps et des espaces choisis, des aménagements et des structures accessibles et bien organisées.

Nous avons eu l'occasion de constater dans nombre de villes le bien fondé d'une politique d'aménagement des espaces et l'intervention des associations sportives notamment qui constituent un remarquable ressort de promotion sociale sans compter l'émergence de véritables athlètes et de talentueux amateurs qui pratiquent durablement.

Trop de sujets profitent d'un « temps volé » ou à l'inverse inconsidérément programmé pour quelques heures de détente et de bien être et n'en tirent pas toutes les satisfactions.. Souvent même l'aventure s'achève par un accident d'impréparation ou d'excès.

D'autres, par phénomènes de classes plus que par goût s'adonnent à des sports coûteux ou acquièrent des appareils sophistiqués sans bénéfice réels pour la santé.

Ce point est d'importance car situé au centre de l'équilibre bénéfice risque. La bonne activité physique ne peut se faire sur des appareils mal adaptés et sans une phase d'apprentissage avec des cadres compétents dispensant des conseils et des messages accessibles sur les limites du corps et les meilleures conditions de l'exercice.

- Il faut aussi considérer toutes les personnes en difficultés dans leur parcours de vie et dont nous savons aujourd'hui la morbi mortalité accrue. Quelle activité propose t-on et quels mots utiliser pour une santé plus que nécessaire et tellement éloignée des préoccupations immédiates ?

La santé publique trouve une grande part de sa légitimité dans l'équité.

- Plus tard dans le temps de vie, deux attitudes principales et opposées se font jour. Se mettre enfin au sport puisqu'on dispose du temps ou au contraire renoncer à toute activité parce qu'on présente une maladie ou une infirmité. Que d'accidents se produisent dans cet espace ! Sans développer, on peut affirmer que les bénéfices d'une pratique d'activité médicalement encadrée dans l'avancée en âge, même en cas d'affection, sont considérables.

Associée, comme à tous les âges à une alimentation équilibrée et bien présentée, elle favorise le bien être, réduit les morbidités, amplifie et prolonge la sociabilité si indispensable à l'équilibre de la personne.

Beaucoup ont découvert des capacités insoupçonnées, ont appris à utiliser les structures de proximité à un coût réduit et surtout ont compris que présenter une infirmité ou une affection n'interdit pas le sport.

- Les praticiens enfin ont un rôle évidemment considérable à jouer. Rencontrant quotidiennement leurs patients ils peuvent accentuer lors de leurs consultations les messages personnalisés de prévention et trouver les ressorts adaptés aux motivations de chacun. D'aucuns d'entre vous ont évoqués récemment la question de savoir comment « prescrire » l'activité physique. Cette idée est intéressante à plus d'un titre et mérite d'être réfléchie.

Pour ce faire il conviendra d'accentuer la formation, de fournir des outils d'information et d'aider à trouver et amplifier le langage de la prévention dans ce cadre. Sans oublier d'alerter sur les conditions de responsabilité qui peuvent en découler et qui ont besoin d'être cernées.

## **En conclusion**

Il n'y a pas de recette unique qui réponde exhaustivement à notre question. Définir une priorité de santé c'est ouvrir un chemin de convergence vers un objectif mesurable et laisser à chacun le faire dans son domaine avec qualité, sécurité, respect des personnes et acceptabilité économique. Les spécialistes ici rassemblés doivent apporter les méthodes sûres de l'épidémiologie, de l'expérience, de la technicité, de l'expertise et de l'évaluation. Etudions bien toutes les situations, apprécions les par des mesures fines et observons ce qui se fait dans de nombreux pays, qui confrontés aux mêmes problèmes que nous, ont largement développé les moyens de la connaissance et mis en place des programmes performants.. Nous avons sans doute beaucoup à apprendre de leurs travaux.

Professionnalisme, reconnaissance, respect, partage mais aussi modestie et détermination voilà sans doute comment on conduit une politique de prévention qui considère l'autre comme un sujet dans toute sa dimension et qui veut le bien sans l'imposer mais offre les conditions de le choisir comme un mieux...

Je vous remercie.

*Remerciements à Mr Le Pr. Y. Guezennec pour ses précieux conseils.*

## **Questions-réponses avec l'amphithéâtre**

### **I. Jacques ROUSSEL**

La loi instaurant le médecin traitant prévoit la participation du médecin généraliste aux actions de prévention. Cette nouveauté est importante, car il y a une inculture totale de la prévention en France. Toutefois, il faudrait mettre en place une nomenclature des actes de prévention afin de les

rembourser. En outre, la prévention ne peut réussir qu'avec la participation de l'ensemble des professionnels. Ces derniers doivent donc être formés. Enfin, la prévention doit faire l'objet d'une médiatisation suffisante.

### **Jean-Pierre GIORDANELLA**

L'acculturation sur la prévention est réelle. Les praticiens n'ont pas été formés et ne connaissent pas la santé publique.

L'Assurance maladie est non seulement un système de protection, mais également un système de prévention : vaccination annuelle de 7 millions de personnes contre la grippe, dépistage du cancer du sein, suivi des grossesses... Le pourcentage des dépenses consacré à la prévention est faible, mais le volume est important.

En outre, une consultation de prévention sera mise en place le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Sa cotation est de 2C. Sa durée, son contenu et son évaluation posent problème. Les outils sont en effet insuffisants et les médecins ne sont pas formés.

D'une façon générale, le travail sur la non-maladie est difficile. La santé publique importune tout le monde et profite à peu de personnes, comme le montre l'exemple du port de la ceinture de sécurité. Il ne faut pas réfléchir à partir des besoins, mais à partir des souhaits des praticiens. Ces derniers peuvent demander des moyens et l'Assurance maladie peut ensuite les aider.

### **Daniel RIVIÈRE**

Il est difficile d'apprendre à tout le monde de faire de la prévention pour tout. La participation à un réseau est une solution, mais les médecins traitants doivent déjà participer à des dizaines de réseaux.

### **Jean-Pierre GIORDANELLA**

Lorsqu'ils donnent des conseils, les médecins font de la prévention et de la santé publique sans le savoir, comme Monsieur Jourdain.

Sur le fond, un praticien ne peut pas faire de la prévention pour tout. C'est pourquoi il faut considérer que la méthode est plus importante que l'objet. Il s'agit donc de s'interroger sur le discours, sur les motivations et sur l'évaluation de ses actions. Dans le domaine de la prévention, le praticien se trouve à égalité avec l'utilisateur, puisqu'il le prévient contre un événement qui ne surviendra probablement pas. La situation est différente pour le thérapeute, qui domine son patient. Il faut donc entrer dans un cadre de réflexion préventive pour s'approprier des méthodes, notamment sur le plan de l'éthique.

**Patrick MAGALOFF**

Lors d'une conférence internationale à Monaco, vous avez déclaré que « l'activité physique et sportive ne remplacera jamais le médicament ». Pouvez-vous développer quelque peu ?

**Jean-Pierre GIORDANELLA**

Soigner est nécessaire, mais il s'agit seulement de la face visible de la santé. Les médecins ne rencontrent jamais les personnes qui ne sont pas malades, alors qu'elles sont majoritaires. Dans le domaine de la prévention, le médecin s'adresse à des personnes qui ne sont pas malades et qui ne le seront probablement pas. Par exemple, l'Assurance maladie demande à toutes les femmes de 55 à 75 ans de faire un test de dépistage du cancer du sein, mais cette maladie concerne seulement 0,5 % des femmes. Cela peut être une source d'angoisse, alors que peu de femmes sont concernées. Il s'agit d'un problème éthique.

Il est difficile de prescrire du discours, car la politique de prévention doit être validée par l'expérience. Le thérapeute est dans une situation plus simple, car il n'a pas à démontrer le bien-fondé de sa thérapie.

**Thierry FAUCHARD**

Le développement des RéPOP est lent. Il en est de même pour de nombreux autres programmes. Or la prévention doit être mise en œuvre dès aujourd'hui. Il faudrait donc mettre en place rapidement des programmes de prévention qui soient soutenus par les fédérations, relayés par les médecins et accrédités par les CPAM. L'outil qu'est le programme paraît en effet plus adapté que le recours aux multiples réseaux.

**Jean-Pierre GIORDANELLA**

La mise en place d'un programme de prévention n'est pas exclusive du développement de la prévention dans les réseaux. Les 100 priorités de santé définies par la loi correspondent à 100 programmes. Les réseaux constituent un moyen de mettre en œuvre les programmes. Ils ont l'avantage d'être plus proches du terrain. Les praticiens et le public adhèrent donc mieux aux objectifs des réseaux.

Il reste de nombreux progrès à réaliser. On explique encore que la marche est une activité physique, alors qu'elle est normale pour les bipèdes. Il faudrait dire que la marche est une activité physique porteuse de bénéfices pour la santé, même si cela n'est pas visible.

Dans le même sens, il faut changer l'image de l'activité physique. En effet, comme les spécialistes du sport forment des athlètes, ils insistent sur l'idée de performance. Or cette idée éloigne la population de l'activité physique.