

Santé et activités physiques et sportives

Une réalité de terrain

Bruno Cotard

Chargé d'étude au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS) de l'École nationale de la santé publique (ENSP)

Pierre-Henri Bréchat

Médecin inspecteur de santé publique, direction générale de la Santé (SD1A); chercheur associé au LAPSS

Alain Jourdain

Enseignant-chercheur au LAPSS

Gilles Einsargueix

Médecin, direction des Sports, ministère des Sports

De nombreux professionnels de terrain innovent avec la population pour réaliser des actions et des programmes de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes.

Les activités physiques et sportives (APS), phénomène de société, représentent un formidable atout pour améliorer l'état de santé de la population, tant au niveau de la prévention que de la réadaptation [1-3]. Leurs risques potentiels, essentiellement traumatologiques, de conduites dopantes [4], voire de conduites addictives, peuvent être diminués. Elles peuvent en outre participer à la réduction des inégalités sociales de santé [5].

Un contexte national et régional très favorable

Ces données ont été intégrées dans un premier programme national de « *promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PN-APSD* » qui a été réalisé le 6 juin 2002 par la commission du ministère de la Santé, en partenariat avec le ministère des Sports [3], à l'instar d'autres pays de la Communauté européenne [6]. Le rapport de cette commission « *activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes* » montre qu'il existe des expériences exemplaires de promotion de la santé par les APS de loisirs et de soins. Ces expériences se sont infiltrées dans d'autres priorités comme les pathologies cardiovasculaires dans le programme régional de santé (PRS) du Nord-Pas-de-Calais [2, 3] et dans les soins de suite et de réadaptation du schéma régional d'organisation sanitaire de deuxième génération (Sros II) d'Alsace [2, 3, 7]. Ces expériences de promotion de la santé par les APS et de prévention des conduites dopantes sont le

fruit de partenariats interprofessionnel et interministériel [3, 8], réalisés notamment entre les services déconcentrés des ministères des Sports et de la Santé. Une place intéressante est occupée par ces actions, dans le contexte culturel actuel qui privilégie la sédentarité ou la performance dans la compétition.

L'idée a donc germé de laisser une libre parole à ces expérimentateurs sans faire de sélection *a priori* de ce que peut être l'innovation grâce à une enquête nationale (non exhaustive) [9] de « *Recensement d'actions exemplaires de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes* », réalisée par le Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS) de l'École nationale de la santé publique (ENSP) et l'Association des médecins inspecteurs de santé publique (AMISp) pour le ministère des Sports [9].

Cette étude interprofessionnelle et interministérielle est une première nationale et concerne neuf domaines institutionnels, privés et associatifs : ministère des Sports ; ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées ; ministère de la Jeunesse, de l'Éducation nationale et de la Recherche ; Cnamts, collectivités territoriales et mairies ; les associations « APS santé », dont certaines fédérations sportives ; des associations d'usagers ; les entreprises et les sociétés savantes.

De nombreuses expériences

Ce recensement a permis d'établir des actions aux formes diverses et aux objectifs

multiples. Elles prennent la forme de supports pédagogiques, de stages ou de séances d'APS adaptées, de modules de formation et de sensibilisation, de consultations-bilans avec séances de reconditionnement et de recherches.

Sous l'angle des objectifs, on y distingue trois grands axes :

- Le premier inclut, à la fois, la lutte contre la sédentarité par le ré-entraînement et des ateliers d'exercices physiques, et l'institution d'une éducation thérapeutique par des bilans de santé suivis de conseils d'hygiène de vie et de prescriptions d'APS, ou encore des stages ou mini-stages d'APS adaptés. Les publics visés sont à la fois des personnes convalescentes ayant subi une pathologie lourde, des personnes souffrant de pathologies chroniques et des personnes âgées. On se situe alors dans de la prévention secondaire.

- Le second axe concerne la prévention des conduites dopantes au travers de formations et de conférences-débats, d'actions sports-santé, de création d'outils pédagogiques et de journées d'information-prévention. Ici, l'on fait de l'éducation thérapeutique se situant dans de la prévention primaire.

- Le troisième axe poursuit la recherche de connaissances pouvant à terme alimenter la réflexion pour concevoir plus justement des actions.

En outre, l'étude recense aussi des initiatives innovantes de coordination d'actions au niveau d'une région, de suites d'actions pensées selon un déroulement logique et complémentaire, et enfin des projets d'actions réalisés en plusieurs étapes, combinant plusieurs des types d'action présentés précédemment.

Des actions réalisées en partenariat

Beaucoup des actions recensées sont l'objet de partenariats, dans lesquels quatre grandes catégories d'acteurs sont impliquées, à des niveaux divers.

Acteur principal : le secteur public, qui rassemble différents services, réunissant parfois mêmes des services qui, *a priori*, n'ont pas vocation à se rencontrer (Drass, police). Quant aux partenariats interministériels, ils sont souvent très larges (ministère de la Santé, des Sports, de l'Éducation nationale, de la Défense). Le secteur privé est peu représenté, toutefois il ne s'exclut pas pour autant. Certains organismes à

Les actions « sports-santé »

Thématique

Promotion et éducation pour la santé auprès des jeunes (prévention primaire).

Objectifs

- Prévention des conduites addictives.
- Promotion de l'activité physique et/ou sportive régulière, adaptée, sécurisante et progressive.

Niveau géographique

Local : un quartier d'une agglomération.

Bénéficiaires

Une population de jeunes de 8 à 14 ans dans un quartier, ainsi que les pensionnaires en fauteuil d'un Institut médico-éducatif.

Descriptif

On rassemble sur une aire de sport (piscine entourée de terrains spécifiques ou non), sur laquelle ont été mis en place des ateliers santé, une population de jeunes pendant une journée. Chaque jeune remplit un questionnaire avec l'aide de personnes référentes des ateliers santé qui le sensibilisent aux messages de prévention. Les réponses au questionnaire lui permettent d'obtenir des points. Le jeune reçoit également une sacoche dans laquelle a été placée une documentation sur les conduites addictives, les protections à utiliser lors de la pratique des sports (casque, etc.). Puis, dans un second temps, les jeunes font le tour des activités sportives (une dizaine d'activités), qui leur donnent également des points en fonction de leur participation active à ces activités. Une remise des prix à lieu en fin de journée : ceux qui ont le plus de points sont les plus primés, mais tous reçoivent au moins une médaille et un lot. Différents thèmes sont abordés comme la question des drogues, le respect de son corps, l'hygiène générale, l'alimentation, le sommeil, etc.

Budget

Aides financières de la DDJS et DRJS, de la ville de Chaumont qui fournit les équipements, le personnel de la piscine et les médailles ; le supermarché fournit les lots et une mutuelle complète la dotation.

Partenariat

- Les associations d'animation du quartier de Chaumont, l'office municipal des sports et les associations sportives de la ville. L'hôpital, au travers d'un médecin alcoologue et d'une diététicienne. L'école d'infirmières, pour l'explication de la physiologie de l'effort, et un médecin scolaire. Les associations de lutte contre le sida (l'Escale) et l'alcoolisme (CDPA).

Atouts

- La participation et l'engagement des jeunes, sur les plans de la pratique sportive et de la réponse aux questionnaires de santé (entre 100 et 150 jeunes participent en général).
- La multiplicité des activités et des thèmes de santé proposés.

Faiblesses

- La fréquence : d'annuelle, il serait souhaitable que cette manifestation devienne au moins bisannuelle.
- L'absence d'une évaluation plus ciblée et d'une participation des 14 à 16 ans (projet d'un groupe de pilotage « grand frère »).
- Un partenariat avec l'Éducation nationale reste à créer.

Porteur du projet

Docteur Jean-Luc Grillon, DRDJS Champagne-Ardenne, Centre de médecine et d'évaluation sportive. L'association départementale prévention jeunesse (52000 Chaumont) est porteur du projet en 2004.

but lucratif soucieux de donner une image d'entreprises citoyennes, tenant un discours éthique, sont partie prenante dans des actions.

Dernier secteur impliqué, le monde du sport, dans lequel il faut distinguer deux types d'acteurs. D'une part, les instances du sport comme le CIO, le CDOS et les fédérations sportives non axées sur la compétition largement investies dans les partenariats d'actions, avec parfois même

des partenariats multi-fédérations, qui jouent parfaitement la complémentarité.

D'autre part, les clubs de sport et associations sportives axés sur la compétition, peu sensibilisés aux APS et donc peu impliqués dans les actions recensées dans le cadre de l'étude. Ce phénomène s'explique par un mode de fonctionnement différent des autres acteurs, des objectifs non convergents et un manque de compétence pour le montage d'actions

De nombreux atouts, mais aussi des points faibles

Des atouts et faiblesses ont été recensés dans les trois domaines suivants à partir [9] :

- des 33 fiches-actions constituées tant pour des APS de loisirs que de soins et de réadaptation (voir les expériences du docteur Grillon, du professeur Thévenon et du docteur Monpère),
- du tableau de synthèse de ces actions,
- de la liste de ces expériences exemplaires par leur localisation géographique, qui peut favoriser les partenariats interdépartementaux et interrégionaux.

Lutte contre la sédentarité

Les atouts

Les personnes interrogées accordent une grande importance aux actions qui favoriseront l'engagement de la population (promotion de la santé). C'est le cas pour les interventions qui mettent les jeunes en situation de responsabilité et les encouragent à s'engager dans des APS, ou pour celles qui maintiennent les capacités mentales des personnes handicapées par la stimulation du corps et ouvrent les yeux des éducateurs sur le monde du handicap. Un autre point fort de certaines interventions dans le secteur des APS est leur accessibilité au grand public [2, 3, 7]. La réussite peut aussi provenir des potentialités d'intervention dans un secteur où les actions interdisciplinaires sont légion. Un partenariat bien mené devient facteur de succès quand l'expertise est rassemblée dans un même lieu (un hôpital, par exemple, quand il s'agit de prévenir les accidents dans un centre de rééducation cardiaque), ou quand s'effectue la mutualisation des moyens (cellule de communication) pour l'incitation à la pratique d'APS, ou encore quand les compétences entre secteurs public et privé ou entre plusieurs partenaires ayant chacun un savoir-faire spécifique sont partagées. Nous pouvons ajouter à l'actif des actions de prévention menées par nos enquêtés le fait de répondre à un « vrai » besoin de la population. Ainsi en est-il du mieux-être ressenti par les personnes pratiquant des APS adaptés à leur situation et à leur désir, ou de la réponse à un besoin d'information non satisfait dans un domaine précis. Du côté des professionnels, le sentiment de contribuer à l'amélioration des services de soins en

Réadaptation à l'activité physique

Thématique

Réadaptation à l'activité physique pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique.

Objectifs

Promouvoir l'activité physique auprès de populations à risques en proposant des stages d'activités physiques et sportives adaptés à leurs problèmes de santé, afin d'obtenir une amélioration de leur condition physique, une reprise de confiance en soi et la volonté de continuer des APS après le stage.

Niveau géographique

Local : Lille

Bénéficiaires

Adultes qui souffrent d'une pathologie chronique soit cardiaque, soit d'obésité, soit lombalgique — environ 40 à 45 patients par an.

Descriptif

APS adaptées, reconditionnement à l'effort, entraînement cardio-respiratoire, gymnastique douce, relaxation, musculation. L'accompagnement dure 6 mois, à raison de 2 séances par semaine, avec un accompagnement pour certaines activités, et une formation à l'utilisation des cardio-fréquences.

Budget

Le coût total de l'action est estimé à 38 120 euros.

réduisant l'écart entre hôpital et domicile, ainsi qu'à l'information des animateurs de mouvements de jeunes sur la conduite à tenir dans le cas de risques de cancer liés à la pratique sportive, sont autant d'effets positifs des actions menées.

Un autre point fort d'une action peut dépendre de la nature même de l'intervention : ainsi, une manifestation d'APS inscrite dans un calendrier annuel a produit au fil du temps une attente qui devient un atout pour ses organisateurs, ou une manifestation qui se déroule dans un lieu prestigieux confère à ceux qui y participent un sentiment très positif.

Le soutien apporté par les autorités régionales est un dernier atout qu'il faut signaler. Par exemple, une action de réadaptation des personnes ayant eu un problème de santé qui accorde un financement des visites de non-contre-indication à la pratique d'APS

Partenariat

PRS cardio-vasculaire, la DRDJS et son médecin conseiller, le CHRU (service de nutrition pour les patients obèses et le service cardiologie pour les cardiaques), le service MPR et l'université Lille II.

Atouts

- Moyen pour des personnes en situation de « handicap », suite à un accident cardio-vasculaire ou une lombalgie ou une obésité, de reprendre une activité physique, et d'éviter ainsi la sédentarité qui les guette,
- Moyen de permettre à des personnes ayant eu un accident cardiaque de reprendre pied dans une structure « normale » non médicale, première étape vers une réinsertion dans une vie normale, et vers le monde du travail.
- L'évaluation : un suivi avec fiche standardisée est prévu dans le cadre du PRS.

Faiblesses

- Pour les patients coronariens, les facteurs de remise à l'effort sont bien, mais l'accompagnement sur les comportements, la nutrition, le sevrage tabagique doit encore être développé. En d'autres termes, il faudrait concevoir quelque chose de plus global.

Porteur du projet

Professeur Thevenon, chef de service MPR au CHRU de Lille et vice-président du Lille université club (LUC)

sera vue favorablement par les services de l'assurance maladie et deviendra ainsi un exemple de coopération entre institutions sanitaires ; le même argument peut valoir pour une action au caractère expérimental dans le secteur de la toxicomanie, qui recueillera les faveurs des autorités chargées de ce problème.

Les points faibles

Leur analyse recouvre en grande partie ce que nous venons de dire sur les atouts. Parmi les obstacles majeurs aux actions de promotion des APS, nous retiendrons :

- la coordination insuffisante par manque de concertation et d'évaluation,
- la trop grande ampleur de la tâche consistant à organiser plus de 1 000 manifestations simultanées,
- la difficulté de mobiliser en nombre les professionnels : les cardiologues pendant

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

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

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

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

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

Prévention des conduites dopantes

Les atouts

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

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

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

Docteur Bernard Aguilaniu

Hylab, laboratoire
de physiologie,
Clinique du mail, Grenoble

Professeur Hervé Douard

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

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

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

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

très globale de l'éducation à la santé et à la citoyenneté. Les points faibles Ceux évoqués font plus facilement référence aux conditions matérielles du déroulement de l'action : locaux exigus, difficultés de transport pour assurer le regroupement des élèves sur le terrain, retard dans la distribution des classeurs pédagogiques qui sont le support de l'intervention. Recherches Les atouts Pour les recherches, l'aspect exemplaire des résultats attendus fait figure d'atout, résultats dont on peut espérer que une fois publiés dans la presse scientifique, ils seront utilisés par d'autres acteurs du terrain. Les points faibles Néanmoins, cet effet de démonstration	peut se heurter à des contraintes liées à l'environnement culturel : l'APS devient le fort de certains Français, et les médecins n'ont pas toujours les mots pour parler avec naturel et détachement des relations entre APS et santé. Vers des propositions pour améliorer les points faibles recensés Le ministère des Sports a adressé le rapport et l'ébauche d'un Guide de bonnes pratiques à chaque médecin conseiller des directeurs régionaux de la Jeunesse et des Sports afin de les sensibiliser et de les aider à la mise en place d'actions de promotion de la santé par les APS et de prévention des conduites dopantes avec les partenaires locaux ou nationaux. Ces deux ouvrages ont reçu un accueil favorable. Pour dépasser les points faibles recensés, les professionnels de terrain, dont les médecins conseiller des directeurs	régionaux de la Jeunesse et des Sports appellent la création : ● d'un <i>guide de bonnes pratiques</i> interprofessionnel et interministériel. Des éléments préparatoires ont déjà été élaborés [9] et d'autres restent à constituer (lire l'encadré ci-dessous); ● l'élaboration de ce guide pourrait être favorisée par un <i>groupe d'échange sur les pratiques professionnelles</i> (GEPP)¹ interprofessionnel et interministériel. Des 1. Les GEPP sont nés dans le milieu des années quatre-vingt-dix. L'idée de départ est de mettre un réseau de professionnels au service d'un objectif d'amélioration des processus d'aide à la décision. Il s'agissait alors d'intégrer au mieux les compétences techniques dans le fonctionnement de l'administration, en permettant des échanges de pratiques, la présentation de travaux et d'outils réalisés sur le terrain, jusqu'à l'émergence et la stabilisation de savoir-faire de différentes natures : techniques, méthodologiques, managériaux, etc., et ainsi aller jusqu'à la production de documents de référence.
--	--	--

exemple avant réentraînement des broncho-pneumopathies).

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

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

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

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

1. Société française de cardiologie, Société de médecine du sport, Société française de pneumologie, Société française de physiologie.

2. Jones N.-L., *Clinical Exercise Testing*, W B Sanders Compagny 1997.

3. Myers J.-N., «Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing», *N Engl J Med* 2002; 346 : 793-801.

Activité physique et prévention primo-secondaire des pathologies cardio-vasculaires dans un Centre de réadaptation cardiaque

Thématique

Prévention des maladies cardio-vasculaires.

Objectifs

Prévention cardio-vasculaire auprès de ces publics spécifiquement ciblés. Cette activité prévention est spécifique à ce centre ; elle devrait diminuer le risque de 30 à 40 % , pour un coût faible.

Niveau géographique

Local : Ballan-Miré (Indre-et-Loire), banlieue de Tours.

Bénéficiaires

- En prévention primaire, une population à haut risque sans maladie déclarée (environ 800 patients par an).
- En réadaptation, prévention secondaire chez les patients venant de présenter une pathologie cardio-vasculaire aiguë (infarctus, pontages coronaire, etc.) au décours de l'hospitalisation (environ 1 000 patients par an).
- Des sportifs de haut niveau, ou des populations qui veulent reprendre une activité de haut niveau après un arrêt et qui veulent être conseillées avant la reprise de cette activité (presque 200 personnes par an).

Descriptif

- Pour la première population, c'est une consultation qui dure une journée comprenant consultation cardiologique de dépistage et évaluation des facteurs de risque d'athérome. Un bilan complet, avec bilan biologique, une consultation cardiologique, une épreuve d'effort, une échographie vasculaire, une enquête nutritionnelle, un bilan de l'état psychologique avec échelles de dépression et d'anxiété. Les résultats sont obtenus pour la fin de matinée et l'après-midi est consacrée à la synthèse et à la définition des objectifs. Ensuite viennent les actions de suite personnalisées (suivi nutritionnel, consultation de sevrage tabac, apprentissage de la gestion du stress, conseils d'activités physiques et sportives, etc.) pour aider la personne à la réalisation de ces objectifs.
- Pour la deuxième population : activités physiques préconisées comme moyen de prévenir les récidives dans le cadre d'une prise en charge globale.
- Pour la troisième population, il s'agit de vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications

pour une activité sportive de haut niveau. Ils ont donc une consultation de cardiologie, un échocardiogramme et une épreuve d'effort avec consommation d'oxygène.

Budget

- Pour la prévention primaire, le budget total représente 300 000 euros. Une participation pour frais hôtelier et de documentation est demandée aux personnes qui viennent consulter (39 euros).
- Pour la médecine du sport, le budget est de 36 000 euros, à raison de 2 demi-journées de consultation par semaine.
- Pour la prévention secondaire, un budget ARH d'environ 5 000 000 euros.

Partenariat

Convention tripartite signée, pour l'activité de prévention primaire, avec le CHU de Tours, la Mutualité d'Indre-et-Loire, la Fédération française de cardiologie. Partenariat d'action : services hospitaliers, réseau de patients, pôles sportifs, etc.

Atouts

Profiter d'une unité où l'on peut avoir pour l'activité physique un environnement multidisciplinaire qui permet de potentialiser cette activité physique par l'éducation nutritionnelle, la gestion du stress, par l'aide au sevrage tabagique et par une médicalisation pour les patients à risques, avec un plateau technique de qualité.

Faiblesses

- Absence de financements pérennes pour l'activité de prévention.
- La non-reconnaissance en terme de santé publique de l'activité, notamment par les financeurs.
- Un manque de visibilité financière pour tout ce qui est activité préventive.

Porteurs du projet

Docteur Catherine Monpère, cardiologue, chef du service du centre de prévention et de réadaptation cardiaque, Centre de réadaptation cardio-vasculaire «Bois Gibert», 37510 Ballan-Miré.

représentants d'usagers et de sociétés savantes pourraient en faire partie.

Un comité de pilotage et de suivi interministériel [3] associant des représentants des différents partenaires impliqués — experts scientifiques, spécialistes en santé publique, usagers et acteurs économiques — contribuerait à l'harmonisation des objectifs, des actions et des évaluations déjà engagées et à venir. Un programme national interministériel de promotion de la santé par les APS pourrait être l'un des objectifs de ce comité. Il pourra s'appuyer sur les travaux importants qui existent déjà, comme le «Programme national de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes : PN-APSD» [3] et le «Programme national bien vieillir 2003-2005».

Les APS : déterminant de santé prometteur et d'avenir

Ce recensement a déjà stimulé de nouvelles initiatives exemplaires et en a recensé d'autres comme :

- les quatre sociétés savantes de physiologie, de cardiologie, de pneumologie et de médecine du sport ont décidé la mise sur pied d'un protocole visant à déterminer des normes françaises, selon les tranches d'âge, le sexe et l'APS habituelle, de capacité d'effort et de consommation maximale d'oxygène (voir l'encadré de Bernard Aguilani et Hervé Douard). Ces normes n'existent pas actuellement,
- l'association européenne «Siel bleu»² a développé des APS adaptées et évaluées aussi bien pour des personnes âgées [8] en établissement et à domicile que pour des retraités actifs. Ces actes de prévention font partie de PRS du Nord-Pas-de-Calais et des Pays de la Loire.

L'ensemble de ces dynamiques peut favoriser le développement complémentaire, à côté de l'activité des 6 500 sportifs de haut niveau, d'une politique de santé publique de promotion de la santé par les APS incluant la prévention des conduites dopantes et la réduction des inégalités sociales de santé pour une amélioration de l'état de santé de la population. Les bénéfices des APS pourraient ainsi profiter à plus des 30 millions de personnes qui les pratiqueraient pour leurs loisirs et à plus des 200 000 personnes qui bénéficieraient

2. Siel bleu, 30 rue Kageneck, 67000 Strasbourg ; tél : 03 88 32 48 39.

des APS de soins. Cela peut permettre de favoriser la prévention de nombreuses maladies, la réadaptation cardio-vasculaire et pulmonaire, tout en prévenant ses risques, comme les conduites dopantes en particulier chez les plus jeunes. Ces nouveaux travaux, qui font suite à une dynamique nationale importante et récente [2-5, 7-9], pourraient notamment venir renforcer la mise en œuvre de la loi de santé publique ainsi que de la loi organique relative aux lois de finances. ■

références

1. Bréchat P.-H. *Sollicitations respiratoires et cardio-vasculaires. Implications en santé publique*. Th. Sci : Besançon : 2001.
2. Bréchat P.-H., Aeberhard P., Lonsdorfer J., Demeulemeester R., Coquelet F., Delerue G. « Activités physiques et sportives et santé publique ». *Actualité et dossier en santé publique* 2002 ; 39 : 6-13.
3. Aeberhard P., Bréchat P.-H. *Activités physiques et sportives, santé publique, prévention des conduites dopantes*. Rennes : Éditions de l'ENSP, 2003.
4. Laure P. *Dopage et société*. Lonrai, Éditions Ellipses, 2000.
5. Inserm. *Les Inégalités sociales de santé*. Paris, Éditions La Découverte/Inserm, Collection « Recherches », 2000.
6. Garnier A., Ginet J., Rieu M. « Santé et activités physiques et sportives ». *adsp*, 1996 ; 14.
7. Lonsdorfer J., Lonsdorfer-Wolf E., Ras-seneur L., Oswald-Mammosser M., Richard R., Doutreleau S. « Rééducation de l'asthmatique et sport : pour une préparation physiologique personnalisée ». *Rev Fr Allergol Immunol Clin* 2001 ; 41 : 316-324.
8. Mémoire interprofessionnel 2001-2002 de l'École nationale de la santé publique (ENSP) *Promotion de la santé par les activités physiques et sportives pour les personnes âgées*.
9. Cotard B., Jourdain A., Bréchat P.-H. *Recensement des expériences exemplaires de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes*. Rapport pour le ministre des Sports, avril 2003 : 262 pages (2 volumes). Consultable sur le site :

BRÈVES EUROPÉENNES

Juin 2004

Base de données européenne de la santé pour tous

Le site Internet du Bureau régional de l'OMS, www.who.dk, présente des informations en matière de santé par pays et par thèmes. La dernière mise à jour permet aux 52 pays de la région européenne d'accéder à « la base de données européenne de la Santé pour tous » et de comparer les statistiques sanitaires au plan international : indicateurs de mortalité répartis en 67 causes de décès, système d'information sur les maladies infectieuses (CISID), données relatives à la couverture vaccinale en Europe, évolution et surveillance des maladies transmissibles, lutte contre l'alcool et lutte contre le tabagisme... Un index de correspondants et de bases de données bibliographiques est également disponible.

1^{er} juin 2004

Lancement de la carte européenne d'assurance-maladie

Depuis le 1^{er} juin 2004, les assurés sociaux du régime général de l'assurance maladie peuvent se procurer gratuitement leur carte européenne individuelle auprès de leur caisse primaire. Le but de cette carte est de simplifier et d'accélérer le remboursement de soins, à condition qu'ils soient immédiatement nécessaires (et non programmés) et dispensés par un professionnel de santé ou d'un établissement de santé publique. À long terme, cette carte devrait comporter une puce électronique dans tous les pays européens. Elle reste valable un an, alors que les anciens formulaires devaient être renouvelés avant chaque déplacement. Cependant, cette carte ne peut être utilisée pour le remboursement de soins en France car elle ne remplace pas la carte Vitale et elle n'offre pas non plus un moyen de paiement à l'étranger : si elle permet de bénéficier de soins urgents lors de séjours dans les pays européens, l'assuré doit préalablement demander à sa caisse d'assurance maladie comment il sera couvert en cas de recours aux soins dans le pays où il doit se rendre.

9 au 11 juin

Nouveaux règlements contre les risques sanitaires

Les représentants de 46 pays de la région européenne se sont réunis à Copenhague pour examiner de nouveaux règlements face aux menaces du bioterrorisme et aux risques liés aux voyages internationaux de masse qui accélèrent les transmissions d'infection de par le monde.

11 juin

Journée mondiale du don de sang

« En donnant du sang, vous donnez la vie, merci » est le slogan de la campagne lancée lors de la célébration de la 1^{re} Journée mondiale du don de sang. Cette campagne a pour but d'augmenter le nombre de volontaires bénévoles pour assurer l'efficacité des systèmes de soins de santé (chaque seconde, quelqu'un a besoin de sang dans le monde).

25 juin

« Un futur pour nos enfants »

Tel est le thème de la quatrième Conférence pour améliorer la santé des enfants en Europe. Face au nombre d'enfants qui meurent à cause d'un environnement insalubre, un plan d'actions et une déclaration de la Conférence ministérielle européenne sur l'environnement et la santé ont été adoptés. Les ministres des États membres souhaitent renforcer leur collaboration pour améliorer la situation et la faire évoluer dans des zones où des progrès restent à accomplir, notamment dans les nouveaux États indépendants et les pays de l'Europe du Sud-Est.