

Promotion de l'activité physique : des stratégies qui ont fait leurs preuves

Outre l'action sur les déterminants individuels décrite précédemment par Christine Le Scanff, les interventions auprès des populations (mise en réseau, changements d'organisation, modifications de l'environnement, etc.) peuvent avoir pour résultat une pratique accrue de l'activité physique chez un grand nombre de personnes. Quelles sont les stratégies de promotion de la santé qui ont fait leurs preuves en la matière ? Revue d'une littérature puisée essentiellement dans les études menées aux États-Unis et en Australie, et enseignements à en tirer pour notre territoire¹.

Le vocable de promotion de la santé est d'usage relativement récent ; né au début des années 1980, c'est en 1986 qu'il a trouvé son expression avec la proclamation de la charte internationale d'Ottawa. La promotion de la santé est à la fois une philosophie d'action en tant que « *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » et un ensemble de pratiques spécifiques en tant que « *toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités* » (1).

Les stratégies dites de promotion de la santé reposent sur une approche écologique de la santé. Cette approche accorde la même importance aux variables personnelles et aux variables d'environnement. Elle prend en compte :

- les facteurs individuels qui augmentent ou diminuent la probabilité qu'une personne ait une activité physique régulière ;
- les relations avec la famille et les amis, les pairs qui renforcent ou au contraire font obstacle à ce comportement ;
- la communauté dans laquelle s'inscrivent les relations sociales : l'école, l'entreprise, le quartier ;
- les facteurs de société : normes sociales et culturelles ;
- l'environnement physique : accessibilité, sécurité, plaisir, etc.

Elle considère qu'à chaque niveau les facteurs peuvent être modifiés par

un autre niveau : une personne peut, par exemple, rassembler autour d'elle un groupe qui va agir en faveur d'une modification de l'environnement. Une évolution de la norme sociale peut faciliter ou faire obstacle à l'adoption ou au maintien d'une activité physique. Cette approche aide à élucider les facteurs qui interviennent à différents niveaux et à repérer ceux sur lesquels il est possible d'intervenir, en particulier les facteurs de l'environnement qui font obstacle ou au contraire qui facilitent une activité physique régulière.

Enseignements de la littérature

Les facteurs liés à une pratique régulière d'activités physiques

La recherche sur les déterminants individuels est relativement développée, en revanche, la recherche sur les déterminants éco-environnementaux présente certaines limites : le sujet est récent, la quantité de données est limitée, il y a peu d'études menées à grande échelle et elles l'ont été principalement aux États-Unis ou en Australie. La plupart des résultats exposés ci-dessous sont extraits d'un document de synthèse québécois : stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec (2).

Si l'on s'en tient aux déterminants environnementaux, la pratique d'une activité physique régulière est associée au milieu urbain plutôt qu'aux banlieues ou au milieu rural, et à un degré élevé de sécurité piétonnière (faible taux de criminalité, faible cir-

culatation automobile, trottoirs, éclairage), à l'accessibilité des infrastructures sportives et à la présence de personnes physiquement actives dans l'entourage.

Quatre catégories de facteurs de l'environnement sur lesquels il est possible d'agir et qui ont une influence directe sur l'engagement et la poursuite d'une activité physique ont été identifiées :

- l'accès aux ressources : disponibilité et accessibilité des équipements sportifs ;
- l'environnement : espaces verts, pistes cyclables ;
- les politiques publiques : temps d'éducation physique dans les programmes scolaires ;
- les normes sociales : campagnes médiatiques, normes microsociales.

Les interventions populationnelles

Les recommandations ci-après résultent d'une revue systématique des interventions populationnelles ayant pour but d'accroître l'activité physique, réalisée en 2001 par la *Task Force on Community Preventive Services des CDC*² (3). Elles résultent de l'analyse de quatre-vingt-quatorze interventions populationnelles avec comparaisons exposées/non exposées. Elle distingue les interventions fortement recommandées qui ont fait solidement la preuve de leur efficacité, les interventions recommandées pour lesquelles le niveau de preuve est suffisant, et les interventions pour lesquelles les données étaient insuffisantes pour faire la preuve de leur efficacité.

- **Les interventions fortement recommandées**

- Les campagnes médiatiques avec forte visibilité qui suscitent l'intention de pratiquer une activité physique. Ces campagnes utilisent plusieurs médias (télé, radio, journaux, cinéma, etc.). Elles sont associées à des actions locales ;

- les activités visant à aider les personnes à introduire des activités physiques dans leur vie quotidienne réalisées en groupe, par courrier, téléphone ou Internet (acquisition de compétences comportementales, élaboration d'objectifs et autoévaluation, construction d'un soutien social, renforcement par autoappréciation et autorécompense, résolution de problèmes) ;
- la modification des programmes scolaires en vue d'accroître le temps passé en cours d'activité physique et sportive et le temps d'activité réelle des élèves durant ces cours ;

- le soutien social de proximité visant à modifier les comportements d'activité physique en bâtissant, renforçant et maintenant un réseau social qui va soutenir les changements de comportement. Ce type d'intervention comporte,

par exemple, un soutien aux réseaux existants, la création de nouveaux réseaux, l'organisation d'un compagnonnage, la facilitation des contacts entre personnes, la création de groupes de randonnée, etc. ;

- l'amélioration de l'accessibilité aux lieux d'activité physique par la création de cheminements, la réduction des obstacles (horaires, tarifs, etc.), l'apprentissage de l'utilisation des équipements, les conseils de pratique, le dépistage des facteurs de risque, etc.

- **Les interventions recommandées**

- L'encouragement à l'usage des escaliers par une signalétique adaptée : signalétique au niveau des escaliers mécaniques et ascenseurs encourageant à utiliser les escaliers les plus proches, par exemple dans les gares, métros, grands magasins, universités, etc. ;

- une politique des transports et des modifications des infrastructures en vue de promouvoir les modes de transport actifs (pistes cyclables, parkings à vélos surveillés, etc.) ;

- une politique d'urbanisme avec accroissement des zones et chemine-

ments piétonniers, multiplication des terrains de jeux, etc.

- **Les interventions pour lesquelles le niveau de preuve est insuffisant**

Les interventions suivantes n'étaient pas forcément inefficaces mais les évaluations réalisées n'avaient pas permis de faire la preuve de leur efficacité :

- les campagnes médiatiques (télévision, radio, journaux) destinées à accroître les connaissances, modifier les attitudes ou les comportements sans autre composante ;

- l'éducation pour la santé à l'école centrée sur une information sur les risques pour la santé utilisant des méthodes essentiellement didactiques, n'incluant pas de modification de l'organisation de l'éducation physique ;

- les actions éducatives visant à réduire le temps passé devant la télévision ou les jeux vidéo par des stratégies comportementales incluant autoévaluation, limites d'accès, budgétisation du temps passé, investissement des parents. Elles entraînent une réduction de l'usage de la télévision mais pas d'augmentation de l'activité physique ;

- les cours d'éducation physique à l'université avec lectures didactiques et sessions de travaux pratiques ;

- les interventions en milieu familial centrées sur les enfants et leur famille avec contrats de comportement entre les membres de la famille, élaboration d'objectifs, résolution de problèmes, etc.

Applications pratiques

Les interventions populationnelles de promotion d'une activité physique régulière s'inscrivent dans les politiques nationale et régionales de santé et d'éducation. En France, il s'agit de :

- maintenir la promotion de l'activité physique parmi les stratégies prioritaires du Programme national nutrition-santé et du Programme « bien vieillir », destiné aux personnes âgées ;

- inscrire explicitement cette priorité dans le programme de santé des enfants d'âge scolaire ;

- la reprendre dans chaque Plan régional de santé publique (PRSP).

La plupart des interventions proposées sont de la responsabilité du niveau local (agglomérations, pays, communes, quartiers) ou microlocal (écoles, entreprises). Elles doivent être soutenues par des interventions nationales (campagnes médiatiques, production de supports, valorisation).

Les interventions susceptibles d'être proposées

• Les interventions universelles

Au niveau local, créer un environnement où l'activité physique est sûre, accessible et plaisante :

– en accroissant l'accessibilité aux infrastructures de loisirs : par le développement d'espaces verts et d'installations sportives, par l'aménagement d'environnements favorables dans les lieux de vie (écoles, lieux de travail, quartiers), par des ententes entre municipalités, écoles et universités pour l'usage réciproque des équipements collectifs ;
– en donnant priorité au transport actif (marche, vélo, fauteuil roulant, rollers) par l'aménagement systématique de cheminements pour piétons et vélos sûrs, faciles d'accès, pratiques et continus et par des aménagements spécifiques pour les enfants (trajets scolaires, etc.) ;

– en encourageant les manifestations et activités sociales de proximité : opérations Pédibus pour se rendre à l'école (voir page 41), journées sans voitures, initiations à l'utilisation d'installations sportives, groupes de randonnée, etc.

Au niveau national, soutenir ces interventions de proximité par des actions médiatiques. Ces campagnes sensibilisent à la présence dans la proximité de chacun des ressources nécessaires, influencent les attitudes, et renforcent les choix individuels. Le dispositif devrait inclure une promotion vigoureuse de la charte « Villes actives du PNNS » auprès des élus, administrations, professionnels et associations locaux.

• Les interventions ciblées

Elles consistent, au-delà des interventions utiles à tous, à prendre des mesures adaptées à certains lieux ou aux besoins particuliers de certaines populations (personnes âgées, personnes handicapées ou malades, personnes socialement en difficulté, etc.).

Dans les écoles, les collèges et les lycées : une éducation physique active et quotidienne doublée de la possibilité d'accroître les activités physiques quotidiennes dans et hors de l'école serait la meilleure stratégie pour favoriser l'engagement durable dans une activité physique régulière de la majorité des enfants. Cela suppose de combiner une augmentation du temps

alloué à l'éducation physique avec une augmentation de la proportion de ce temps où les enfants sont réellement actifs : actuellement les élèves ne seraient actifs que durant moins du quart de temps d'éducation physique et sportive (4). De plus, l'activité physique quotidienne peut être intégrée à la vie scolaire : trajet, activités physiques durant les récréations, la pause de midi, les permanences, etc. La participation des parents à des activités communes à la maison ou à l'école peut être encouragée, des activités extrascolaires (club de randonnée, natation, skate) peuvent être organisées. Le programme multimodal ICAPS développé en Alsace et dont les résultats sont très prometteurs fournit un excellent exemple de la manière dont ces activités peuvent être intégrées à la vie scolaire (voir article de C. Simon page 39).

En milieu de travail : lever les obstacles à une activité physique quotidienne en revoyant les règles d'aménagement des bâtiments : cages d'escalier accessibles et agréables, vestiaires, douches, stationnement vélos, etc., en signalant les escaliers, en adaptant les horaires, en passant des accords avec les installations sportives de proximité et en en faisant la publicité dans l'entreprise.

Dans les établissements pour personnes âgées : développer systématiquement des programmes d'activité physique avec désignation d'un responsable, création d'un comité de pilotage avec participation des usagers, identification des pôles d'intérêts des résidents et des ressources disponibles dans l'environnement et élaboration sur ces bases d'un programme d'activités régulières.

Pour les personnes en situation de précarité : éviter la marginalisation par les frais d'accès. Pour les personnes handicapées : veiller à l'adaptation systématique des installations et des cheminements. Pour les personnes malades : valoriser les interventions de type individuel dans le système de santé : possibilité pour les établissements et les réseaux de soins de conventionner avec des installations sportives, adaptation des tarifs, organisation d'accompagnements personnalisés par téléphone ou par Internet.

• Les activités de recherche et développement

Il s'agirait de mieux comprendre quelles sont les barrières qui empêchent les gens d'être actifs par des études sur les déterminants, notamment sur l'influence des attitudes et des représentations (exemples : culte de la minceur,

corpulence, mésestime de soi et activités physiques, etc.), sur les pratiques des intervenants, également par des études sur les résultats d'interventions populationnelles.

Les interventions de proximité devraient être valorisées, d'abord par la mise en place d'un système d'information actuellement inexistant et par un soutien à l'évaluation (exemple : mise au point au niveau national d'un outil d'évaluation commun...). Un partenariat avec l'INPES et des organismes de recherche (Inserm, université, etc.) est à l'étude dans ce sens.

Les modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre à grande échelle de ces interventions sur l'environnement physique et social nécessite la mobilisation de plusieurs secteurs d'activité. Elle dépend de la volonté et de la capacité des décideurs et intervenants des différents domaines concernés à développer des projets communs.

• Développer des ententes

La première étape est la création d'une volonté d'agir commune entre décideurs de l'État, de l'Assurance Maladie et des collectivités territoriales, entre administrations de la santé, de l'Éducation nationale, des sports, loisirs et de la vie associative, des transports et de l'environnement, du travail, entre professionnels de la santé, de l'éducation, du sport et des loisirs, de l'environnement, et entre associations de ces différents domaines.

• S'organiser sur le territoire

Une deuxième étape de mise en œuvre d'une stratégie populationnelle est l'inscription d'une politique de promotion de l'activité physique dans les plans régionaux de santé publique, dans les programmes territoriaux de santé et dans les politiques de santé des communes. La désignation de coordinateurs chargés de promouvoir l'activité physique et déplacements actifs, aux niveaux de la Région, de l'agglomération ou du pays et de la commune, peut personnaliser cette organisation.

• Bâtir un projet

Les projets qui résultent de ces ententes et de cette organisation doivent combiner les recommandations

fondées, les données les plus probantes et l'analyse de la situation locale notamment pour ce qui concerne les ressources disponibles, l'environnement économique et social (associations, professionnels...) et l'organisation institutionnelle.

• S'appuyer sur des partenariats entre les différents niveaux

Des accords formels entre niveaux national et régional, par exemple entre groupements régionaux de santé publique (GRSP) et Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), puis entre niveau régional et départements, agglomérations ou pays et communes, permettraient d'accroître la cohérence des stratégies engagées.

L'activité physique intervient comme facteur de protection dans plusieurs domaines de la santé physique, mentale et sociale et à tous les âges de la vie. À ce titre, elle mérite, avec l'alimentation, un rang plus élevé parmi les priorités de santé que celui qui lui est actuellement concédé. Il existe une unanimité parmi les chercheurs du domaine de l'activité physique : « *Des actions associant différentes stratégies (information, sensibilisation, soutien social, modifications environnementales, physiques et structurelles mais aussi législatives et sociétales) sont nécessaires pour une action efficace à large échelle. Moins familières que les interventions purement sanitaires, de telles stratégies, dont l'efficacité ne peut se juger qu'à long terme, impliquent de nombreux secteurs d'intervention et requièrent des partenariats avec des secteurs non associés habituellement avec la santé.* » (4)

Dr René Demeulemeester

Coordinateur des programmes à l'INPES.

1. Cet article est extrait d'une intervention à la conférence de consensus, le 22 novembre 2005 à Vandœuvre-lès-Nancy.

2. La Task Force on Community Preventive Services est un groupe d'experts indépendants, appointé par le directeur des Centers for Disease Control and Prevention (CDC). La mission de ce groupe est de fournir des recommandations sur les mesures efficaces pour promouvoir la santé et prévenir les maladies et accidents au niveau des collectivités. Pour mémoire, les CDC sont des composants du Department of Health and Human Services, principale agence en charge de la santé aux États-Unis. Ils ont pour mission la prévention des maladies et des accidents.

► Références bibliographiques

- (1) O'Neill M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé : d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? In : *Efficacité de la promotion de la santé*. Promotion & Education, hors-série 1 ; 2004 : 6-10.
- (2) Comité scientifique de Kino-Québec (CSKQ). *Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec (Avis du comité)*. Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir. Gouvernement du Québec, 2004 : 32 p.
- (3) Task Force on Community Preventive Services (TFCPS). *Increasing physical activity. A report on recommendations*. MMWR 2001 ; 50(RR18) : 1-16.
- (4) Oppert J.-M., Simon C., Rivière D., Guézennec C.-Y. *Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques*. Ministère de la Santé, coll. Les synthèses du PNNS, 2006 : 58 p. (<http://www.sante.gouv.fr> Rubrique Nutrition).

► Bibliographie complémentaire

- Blair S.N., Connelly J.C. *How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity*. Res. Q. Exerc. Sport 1996 ; 67(2) : 193-205.
- Center for disease control and prevention. (CDC). *Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people*. MMWR 1997 ; 46 (RR6) : 1-36.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). *Campagnes de communication, programme national nutrition santé, promotion de l'activité physique quotidienne*. <http://inpes.sante.fr> puis Espace presse/Communiqué de presse/25/05/2004.
- Groupe d'études en nutrition. Faculté de médecine, université Louis-Pasteur, Strasbourg. Dossier de presse, décembre 2004.
- *Programme national nutrition-santé, 2001-2005*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.
- Trost S. G., Owen N., Bauman A.E., Sallis J.F. *Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update*. Med. Sci. Sports Exerc. 2002 ; 34(12) : 1996-2001.