

L'Activité Physique : de la recommandation d'une pratique à la promotion de la santé

Pratiquer une « activité physique » fait partie des recommandations données par les soignants aux personnes diabétiques. Non réellement définie, cette dénomination peut renvoyer aussi bien à des pratiques de loisir, des Activités Physiques et Sportives (APS) adaptées aux possibilités des patients, qu'aux pratiques ordinaires de la vie quotidienne (marcher, monter des escaliers...) qu'à une activité encadrée par un kinésithérapeute. En fait, les règles « hygiéno-diététiques » tendent à réduire l'ensemble de ces pratiques à un simple exercice physique, à une sollicitation de l'organisme s'opposant à l'inactivité. L'approche du patient se fait alors de façon binaire : il est actif ou sédentaire. Ce diagnostic étant posé, comment aider le patient sédentaire à s'engager ou se ré-engager dans une pratique physique ?

Claire Perrin

Sociologue du Sport
et de l'Éducation Physique
Maître de conférences
Centre de Recherche et
d'innovation sur le Sport
Université de Lyon 1

C'est dans cette perspective que les réseaux diabète intègrent l'éducation du patient, comme un « secours à la médecine »¹. Cette perspective éducative place le patient au centre des questionnements. Elle part de ses représentations pour construire avec lui des projets qui, parce qu'ils ont du sens pour lui, vont permettre de mobiliser ses ressources pour engager des transformations. Mais que connaît-on des représentations des activités physiques et sportives ? Si la littérature est extrêmement riche en ce qui concerne les effets de l'exercice physique sur la prévention ou le développement d'une pathologie, elle est beaucoup plus succincte en ce qui concerne les significations sociales des activités physiques et/ou sportives, leurs rapports au corps et plus généralement à la santé. C'est pour cette raison qu'une étude sociologique² a été réalisée auprès de plus de 3 000 personnes consultant le Centre de Médecine Préventive de Vandœuvre-lès-Nancy en Lorraine. Les activités phy-

siques et/ou sportives (APS) ont été définies par « *ce que font les personnes lorsqu'elles disent et pensent qu'elles pratiquent une APS* ». Ce qui a permis d'intégrer des pratiques formelles, qu'elles soient compétitives ou de loisir, qui ont lieu dans les clubs et les associations, des pratiques informelles comme la pratique libre de la course à pied, la randonnée, toutes les activités de pleine nature, mais également le jardinage ou toute activité physique de la vie quotidienne qui résulte d'un choix délibéré.

Six styles de vie en opposition deux à deux

Une analyse factorielle des correspondances des réponses à un questionnaire a permis de mettre en lumière six styles de vie particulièrement intéressants, se présentant dans une relation d'opposition deux à deux. Ils subvertissent totalement l'approche binaire « physiquement actif » ou « sédentaire » pour attirer l'attention vers d'autres dimensions que sont les fina-

lités attribuées à la pratique physique, le rapport au corps, aux autres, aux pratiques médicales.

Le deuxième axe de l'analyse factorielle (*non représenté sur la figure p. 28*) oppose une pratique d'activités physiques qui donne la priorité au plaisir et à la relation aux autres (« être avec les copains », « rencontrer des gens... »), à une pratique avant tout pour la santé, qui donne la priorité à la préservation de soi. Il est intéressant de voir que d'un côté se trouvent des activités physiques comme les sports collectifs, les activités physiques « orientées vers l'aventure », de l'autre la marche. Par ailleurs, le premier style de vie est associé à une consommation de tabac et d'alcool assez importante alors que le second correspond à des non-

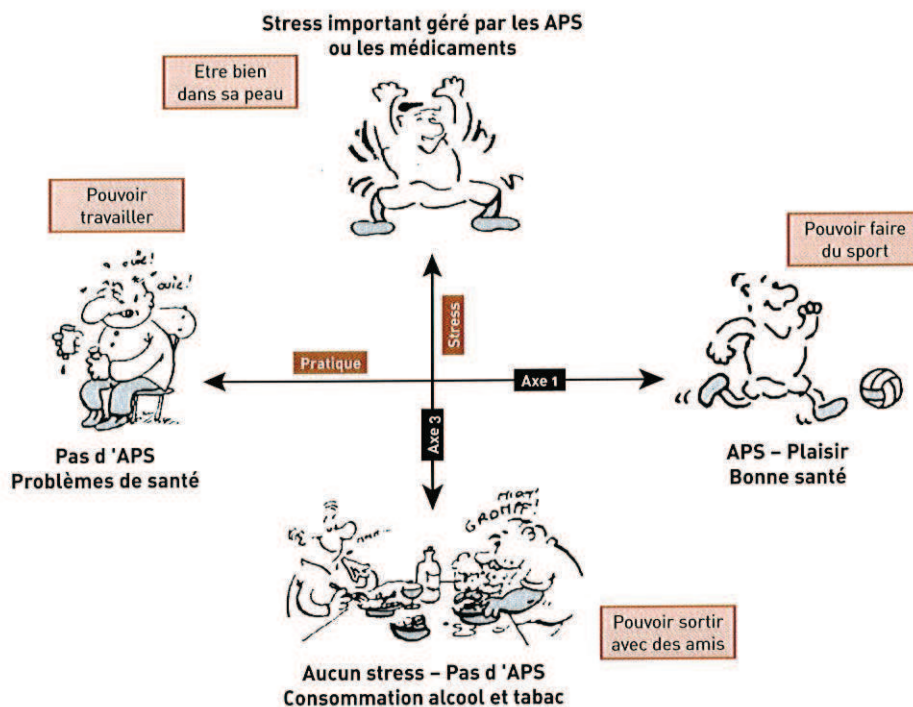
1) Sandrin-Berthon B. (2000) *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris, Puf

2) Perrin C, Ferron C, Gueguen R, Deschamps J-P (2002). *Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health*, *Sozial und Präventivmedizin*, 47, 3 : 162-71.

fumeurs et des ex fumeurs. Cet axe est largement influencé par l'âge : le premier profil concerne surtout les 18-25 ans. Pour eux, l'objectif de santé est relativement peu important par rapport à celui du plaisir. Avec l'âge, il prend de plus en plus d'importance, pour prendre l'ascendant à partir de 45 ans. Ce qui ne veut pas dire que les personnes de plus de soixante ans qui vont marcher trois heures avec un groupe d'amis, ne recherchent pas le plaisir, mais la santé constitue la priorité qu'elles donnent à leur pratique. Certaines personnes vont très peu associer leur pratique à un objectif de santé ; c'est une finalité qui arrive en troisième, quatrième position.

Plaisir ou devoir pour la santé

Le premier axe (voir figure) oppose un style de vie très sportif à nouveau orienté vers le plaisir, à un style de vie sédentaire relativement médicalisé, orienté avant tout vers un souci pour sa santé. Le premier profil est associé à une excellente évaluation de son état de santé, à des consommations très faibles de médicaments et à de rares consultations médicales. Les activités physiques qui contribuent à la définition de ce profil sont la course à pied, les sports collectifs et le tennis. De l'autre côté, les autoévaluations de l'état de santé sont très négatives, la consommation de médicaments est élevée, les consultations de médecin fréquentes. Il est intéressant de constater que ce profil associe la pratique d'APS à un devoir pour la santé. Ici « pratiquer », « faire des régimes » apparaissent comme des injonctions de santé mais ne se traduisent pas dans les pratiques. Ce premier axe est soumis aux effets de l'âge et du sexe : les hommes et les jeunes se projettent plutôt dans le style sportif alors que les femmes et les moins jeunes se retrouvent davantage dans le style sédentaire médicalisé, les chômeurs de plus de six mois également. Des entretiens ont été réalisés auprès d'une soixantaine de personnes repérées



à partir d'un questionnaire simplifié comme appartenant à ces deux profils. La rhétorique de l'obstacle et du devoir est largement développée, quels que soient les sujets abordés, par les personnes du second profil : « Il faut que », « c'est bien de », « on doit », « mon médecin m'a dit que », « j'aurais aimé », « j'aimerais ». A la consigne initiale : « Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez de ce que vous aimez faire lorsque vous avez du temps pour vous », les réponses sont majoritairement « je n'ai pas de temps pour moi », la suite de l'entretien étant structurée autour de tous les obstacles de leur vie : la santé, le conjoint, le ménage pour les femmes, le bricolage pour les hommes, la maison à construire ou à rénover, les enfants... Dans le profil opposé, cette rhétorique laisse place à celle du plaisir et des choix : « J'aime », « j'adore », « je veux » complétée par un éventail de sensations recherchées dans la pratique : « j'aime être fatigué quand je sors de l'entraînement », « ne plus penser à rien », « le moment que j'adore, c'est le moment où je saute » (en parachute)... L'axe 3 (voir figure) est davantage lié au stress et à sa gestion. D'un côté l'évaluation du niveau de stress est très élevée et

s'accompagne de la pratique d'une activité physique sportive ou d'une prise de médicaments. Les activités physiques qui ont du poids dans la définition de ce profil sont : le golf, les activités de gymnastique d'entretien et la relaxation. Les consommations de tabac, d'alcool sont réduites, les consultations de médecins spécialistes sont régulières, une sensibilité à la prévention est manifeste. De l'autre côté, le niveau de stress est évalué comme nul, les consommations d'alcool et de tabac sont très élevées, l'autoévaluation de son état de santé est négative mais n'est pas associée à des consultations médicales. Les rares consultations se font plus fréquemment dans un service d'urgence. La pratique d'activités physiques et sportives ne fait pas partie des préoccupations, bien qu'un intérêt télévisuel soit manifesté vis-à-vis de sports et de sportifs professionnels, en particulier les footballeurs et les cyclistes. Il y a un effet important des catégories professionnelles et sociales et du niveau de diplôme : les cadres, les professionnels de santé, les enseignants se trouvent plutôt du côté du style orienté vers la gestion du stress par les APS et/ou les médicaments, alors que

les catégories « ouvriers » et « CAP », « BEP » se projettent davantage dans le profil éloigné des préoccupations de santé, relativement fataliste.

L'importance du rapport au corps

Il est intéressant d'observer les définitions de la santé qui ressortent dans chacun des profils. Dans le style de vie sportif la santé est définie par « *pouvoir faire du sport* » alors que dans le profil médicalisé c'est « *pouvoir travailler* ». Sur l'axe 3, elle est définie par « *pouvoir sortir, être avec des amis* » dans le profil plus fataliste et par « *être bien dans sa peau* » pour le profil volontariste confronté au stress, ce qui met en avant la dimension psychologique dans l'approche de la santé.

Par ailleurs, la pratique d'APS apparaît liée à des sensations de bonne santé qui ne se confondent pas dans chacun des styles de vie actifs. Pour le style sportif, ces sensations sont avant tout liées à l'effort intense de longue durée alors que pour le profil associé à la gestion du stress, elles sont davantage liées aux assouplissements.

Des rapports au corps différents se dessinent dans chaque style de vie. Au corps lieu de sensations fortes liées à l'effort et au dépassement de soi dans le style sportif s'oppose un corps plaintif, lieu de sensations morbides dans le profil médicalisé. Au corps outil de travail du profil fataliste s'oppose un corps objet précieux avec lequel on cherche à rétablir une relation sereine dans le profil lié à la gestion du stress.

En soulignant les dimensions éminemment culturelles des pratiques physiques et sportives, cette étude questionne l'approche classique qui procède à une sorte de « naturalisation » des APS en les réduisant à de l'exercice physique. Elle

inquiète les évaluations traditionnelles qui, en se limitant à des indices quantifiables comme l'indice de masse corporelle ou le temps d'activité, se rendent aveugles à d'autres dimensions des activités physiques pourtant profondément liées à la santé, comme le rapport au corps ou les réseaux de sociabilité.

Le style de vie « médicalisé » interroge l'idéologie du choix rationnel : le crédit accordé aux professionnels de santé, la conviction qu'il est important de faire de l'exercice ne débouchent pas sur une modification des habitudes de vie. Il ne suffit pas d'avoir une information pour choisir d'adopter ou pas le comportement préconisé.

Les professionnels de santé s'adressent à des personnes dont le rapport au corps et aux activités physiques et sportives s'inscrit dans une complexité de significations sociales. Les recommandations de santé ne peuvent ainsi produire des effets identiques. Si une personne âgée d'une cinquantaine d'années se trouve en difficulté pour reprendre une activité sportive, il ne suffit pas de lui proposer des activités douces pour la réengager. Il se peut qu'elle ait construit ses repères sur un modèle « sportif » et qu'elle ne trouve de sens ni dans les gymnastiques d'entretien, ni dans un bouger contraint dans la vie quotidienne (marcher davantage, monter les escaliers...) ou que les APS et toute démarche de transformation des ses habitudes de vie soient totalement en dehors de ses préoccupations. En revanche, cela sera beaucoup plus facile si elle appartient au profil « volontariste » qui vise la maîtrise de soi, la question se posant de savoir si elle fait partie des personnes qui ont le plus besoin d'un accompagnement. Si certains peuvent aisément se saisir d'un débat ou de recommandations pour transformer leurs habitudes de vie, d'autres se trouveront en difficulté. Il se peut qu'ils considèrent ces recommandations comme des devoirs de santé qui ne les concernent pas, ce type d'autocontraintes ne pouvant trouver un sens dans leur vie. Ou bien encore, qu'ils les reçoivent comme une injonction à laquelle ils

n'arrivent pas à soumettre, ce qui provoque inmanquablement un effet de culpabilisation et renforce la dépendance aux professionnels de santé.

Reconstruire la chaîne biographique

Les sociologues de la santé ont largement analysé l'expérience des patients atteints d'une maladie chronique. Le développement de la maladie constitue une réelle rupture biographique et c'est souvent au travers du corps qu'une reconstruction de la chaîne biographique est possible. D'où l'importance de faire vivre des situations concrètes de pratiques physiques adaptées aux besoins des patients. Le but est de permettre à chacun de faire une expérience positive qui permette de renouer avec son corps, de prendre confiance dans ses possibilités et de se sentir transformable. C'est sur ce point que des réseaux diabète sont apparus, à l'occasion du colloque « *Activité Physique et diabète* » organisé par le réseau Gentiane³, particulièrement novateurs. Ils emploient des intervenants en activité physique adaptée qui participent non seulement à une éducation physique, mais également à l'éducation du patient selon une approche globale. Les premières séances pratiques visent à renouer avec ce corps qui a trahi. Cette étape est indispensable avant d'envisager de promouvoir l'activité physique. Des dispositifs sont imaginés pour tenter de trouver des leviers à l'engagement physique des patients, en essayant d'éviter les effets pervers de la prescription médicale. Comment faire pour que l'activité qui est initialement proposée par des professionnels de santé, puis relayée par des intervenants en APA dans le cadre d'un réseau de santé, puisse glisser vers une perspective de loisir, de plaisir pour soi qui s'inscrive dans un projet individuel ? L'intervention de ces nouveaux acteurs de l'éducation du patient que sont les éducateurs médico-sportifs est à construire dans un accompagnement de la reconstruction de la personne puis de son cheminement vers l'autonomie. ■

3) Réseau régional de Franche-Comté, Gentiane est coordonné par les Drs Etienne Mollet et Muriel Tschudnowsky qui ont organisé ce colloque avec Nicolas Tabard, Educateur Médico-Sportif à Besançon le 13 mai 2005.