



# RÉ-ACTIVITÉ...

**sédentarité et surpoids :  
promouvoir l'activité physique  
auprès de tous les jeunes**



**Actes de la  
Journée régionale**

**Villeurbanne  
le 17 janvier 2008**

2  
0  
0  
8



**FRAES**  
Fédération Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé  
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida  
[www.education-sante-ra.org](http://www.education-sante-ra.org)



<b>→ → → Séance d'ouverture</b>	<b>p.4</b>
• <b>M. François RENAUDIE</b> , <i>Médecin conseiller DRDJS Rhône-Alpes.</i>	p.4
• <b>M. Claude COLLIGNON</b> , <i>Directeur de l'UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.</i>	p.4
• <b>Dr. Marie-Christine ANNINO</b> , <i>Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.</i>	p.7
• <b>M. Jean-Louis FRANQUET</b> , <i>Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports.</i>	p.8
• <b>Pr. Jacques FABRY</b> , <i>Président de la Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé.</i>	p.10
<hr/>	
<b>→ → → Présentation de la journée</b>	<b>p.12</b>
• <b>M. Claude BOUCHET</b> , <i>Directeur de la Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé.</i>	p.13
• <b>M. François RENAUDIE.</b>	p.17
<hr/>	
<b>→ → → Activité physique et santé : les enjeux. Cadrage scientifique.</b>	<b>p.15</b>
• <b>L'activité physique chez l'enfant obèse : approche physiopathologique.</b> <i>Dr. Michel GUINOT, CHU Grenoble, service Médecine du sport.</i>	p.15
• <b>Corps et surpoids : du découragement à la reconnaissance.</b> <i>Dr. Colette COMBE, Psychiatre et psychanalyste, Villeurbanne.</i>	p.21
• <b>Du devoir d'exercice aux goûts des pratiques physiques.</b> <i>Mme Claire PERRIN, Maître de conférences UFR STAPS Lyon.</i>	p.29
<hr/>	
<b>→ → → Comment soutenir et accompagner la motivation à la pratique d'une activité physique ?</b>	<b>p.39</b>
• <b>RéPOP Grand Lyon : Etat des lieux et questions concernant l'accompagnement de l'activité physique chez les enfants trop gros. L'accompagnement des familles de jeunes en surpoids.</b> <i>Dr. Franck DEMARET, RéPOP Grand Lyon.</i>	p.39
• <b>L'accompagnement des enfants dans une pratique physique.</b> <i>Mme Alexandra HUGUENEL, RéPOP Grand Lyon.</i>	p.41
• <b>Apport des techniques motivationnelles auprès de l'adolescent obèse dans sa prise en charge.</b> <i>Dr. Claudine SANSONETTI-PERRIN, Praticien attaché au CHU de Grenoble, service Nutrition Pédiatrie Pôle Couple Enfant.</i>	p.44
• <b>Place et rôle de l'animateur socioculturel dans l'incitation des jeunes à la pratique d'activité physique.</b> <i>Mme LE GOFF, Animatrice du centre social "Les Semailles", Rillieux-la-Pape.</i>	p.48

→ → → **Quand le cadre de vie favorise le mouvement : des expériences, des points de vue.** p.56

- **L'expérience de Villeurbanne.** p.57  
*M. Gilbert Luc DEVINAZ, Adjoint aux sports et à la médiation – sécurité, Villeurbanne.*
- **L'expérience du Grand Lyon** p.62  
*M. Olivier MARTEL, Chargé de l'éducation au développement durable*
- **L'expérience de Grenoble Alpes Métropole.** p.65  
*M. Julien LOY, Champion du monde de triathlon, chargé de mission Sport et Culture.*

→ → → **Quand les institutions, les associations adaptent leur offre : quelles propositions, quelles organisations, quels leviers ?** p.77

- **L'offre en centre de santé : un programme pluridisciplinaire, une réponse adaptée aux besoins de personnes en quartiers dits « sensibles ».** p.78  
*Stéphanie SCHMITT, Diététicienne à l'AGECSA*
- **L'offre en milieu scolaire.** p.81  
*M. Alain VIGNERON, Inspecteur d'Académie, Inspecteur Pédagogique Régional en EPS.*
- **L'activité physique adaptée : l'offre de formation de l'UFR STAPS Lyon.** p.85  
*M. Michel FODIMBI, Maître de Conférence à l'UFR STAPS, UCB Lyon1.*
- **L'offre des municipalités.** p.88  
*M. Daniel CAMILLI, Président du Comité départemental du Rhône des Offices Municipaux du Sport*

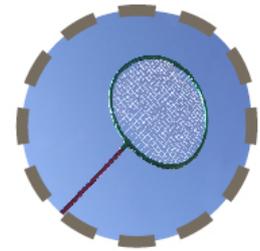
→ → → **Synthèse de la journée** p.94

- **Dr. François DANTOINE, Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.** p.94



# Séance d'ouverture

---



## M. François RENAUDIE, médecin conseiller DRDJS Rhône-Alpes.

Pour ouvrir cette journée, je remercie les personnalités présentes qui vont nous dire un mot sur l'intérêt qu'elles portent à la thématique de cette journée. Je remercie tout d'abord Monsieur **Claude Collignon**, le directeur de cet établissement, qui a bien voulu mettre ces locaux à disposition.

Je remercie :

- **Le Docteur Marie-Christine Annino**, Médecin inspecteur de santé publique à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), représentant Monsieur Pierre Alégoët, le directeur, qui était empêché ce matin,
- **Jean-Louis Franquet**, inspecteur représentant Max Rullier, directeur régional et départemental Jeunesse et Sports,
- **Monsieur le Professeur Jacques Fabry**, président de la Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé (FRAES), qui est coorganisatrice de cette journée avec la Direction Régionale Jeunesse et Sports.

Monsieur Collignon, vous avez la parole.



## M. Claude COLLIGNON, Directeur de l'UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives.

Tout d'abord, au nom de l'UFR STAPS et de son personnel, en tant que directeur de cette Maison, je vous souhaite la bienvenue. En cas de besoin, adressez-vous à l'accueil, où des personnels compétents feront tout leur possible pour vous rendre service.

Lorsque mes collègues m'ont sollicité il y a quelques mois pour accueillir à l'UFR STAPS cette journée de travail organisée par la Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé et la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports de Lyon, sur le thème de la promotion de l'activité physique auprès des jeunes dans une perspective de lutte contre la sédentarité et le surpoids, j'ai immédiatement dit oui, et ce pour des raisons évidentes et immédiates mais que je viens vous énoncer ici.

Tout d'abord, l'université est un service public et il est normal que nous y accueillions tous les partenaires investis dans la réflexion et les actions concernant les activités physiques, et ce d'autant que notre Centre de Recherche et d'Innovation sur le Sport (CRIS) développe différentes recherches pluridisciplinaires, justement sur la thématique des activités physiques de la santé.

Autre raison : certains d'entre vous, qui participent déjà à la formation de nos étudiants par leur intervention en Master professionnel et par l'accueil d'étudiants en stage, en situation d'intervenants ponctuels ou de maîtres de stage, sont ici. Et, bien sûr, en tant qu'intervenants dans nos formations, ils sont ici chez eux.

D'autres encore parmi vous sont potentiellement susceptibles de nous rejoindre, appelés à recevoir des stagiaires ou bien aussi à participer avec nous à la définition de contenus de formations en termes de compétences à faire acquérir à nos étudiants afin de leur offrir une intégration professionnelle encore meilleure.

Mais, entre vous et les Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), il y a encore plus que cela. Cette journée d'étude prend un sens particulier aujourd'hui avec les nouvelles politiques publiques. La deuxième phase du Programme National Nutrition Santé (PNNS), dans laquelle nous sommes engagés, met en avant l'importance de l'activité physique dans la prévention et le traitement de l'obésité de l'enfant, au même titre que l'alimentation. Les professionnels de santé sont de plus en plus nombreux à communiquer au grand public dans cette perspective.

Pas plus tard que samedi dernier, j'entendais le matin sur *France Info* un pédiatre endocrinologue de l'Hôpital de la Timone à Marseille, qui expliquait ce que vous savez tous : l'obésité des enfants, qui peut se détecter, disait-il, dès trois ou quatre ans, est à traiter à deux niveaux : le niveau de la nutrition et le niveau des activités physiques. Dès lors, l'idée de prescrire l'activité physique apparaît aussi comme une solution. La prescription d'une modification d'alimentation se fait déjà couramment, même si l'on en connaît les limites.

Que peut-on, que pourrait-on espérer de la prescription de l'activité physique ? Quelle prescription précise ? En direction de quel "auxiliaire médical" ? Avec quels contrôles par les médecins ? Voilà un certain nombre de questions, et ce n'est pourtant pas encore remboursé par la Sécurité Sociale, malgré l'intérêt qu'énonçait ce médecin.

Une recherche de l'université Louis Pasteur de Strasbourg, mise en œuvre entre 2002 et 2006, a montré que, grâce à seulement une heure d'Education Physique et Sportive (EPS) obligatoire de plus par semaine de la sixième à la troisième, on constatait, par rapport au groupe témoin, moitié moins d'élèves en surpoids et un taux de HDL cholestérol (le bon cholestérol) en augmentation de 6 %. Ainsi, l'activité physique, on peut le dire, devient une vraie question de santé publique, et relative non seulement à l'obésité mais à la santé dans toutes ses dimensions (physiologique, psychologique, sociale). J'y reviendrai brièvement.

Le Programme National Nutrition Santé nous engage à réagir dès maintenant face à ce fléau en progression en France, en s'occupant de tous les jeunes.

Une activité physique régulière pour tous, avec un horaire obligatoire renforcé, des conditions matérielles de pratique et d'encadrement optimales pourraient être une solution de prévoyance avant même de tenter de soigner.

Les STAPS s'inscrivent tout naturellement dans cet enjeu. L'éducation physique et sportive à l'école a pour visée non seulement de faire pratiquer des

activités physiques et sportives mais aussi de développer les ressources des élèves pour cette pratique et encore de leur faire connaître la culture physique par la rencontre, par l'étude, par l'action sur les "œuvres" de cette culture physique. La culture physique a des œuvres comme la peinture à ses œuvres exposées dans les musées. Nous avons aussi des œuvres. Elles sont souvent fugaces, non pérennes, mais nous en avons.

L'EPS a aussi pour visée de transmettre aux élèves les moyens de pratiquer seuls en tant que futurs adultes. Ainsi, grâce à une EPS réussie, les élèves devraient être éduqués pour avoir une vie physique autonome et éclairée.

Aussi, de leur côté, les enseignants participent à ce processus dans le cadre de l'association sportive existant dans chaque établissement. Ils touchent là surtout le million d'élèves du second degré n'ayant pas les possibilités de s'intégrer en club et, en particulier, l'association sportive s'adresse aux jeunes filles qui sont là aussi défavorisées dans le cadre de la pratique physique volontaire.

Cela permet à ces élèves de pratiquer et aussi de vivre un pan de la culture sportive pour, si possible, la fréquenter plus longtemps ensuite.

Enfin, les professeurs d'EPS sont souvent en pointe dans l'école secondaire sur les questions de scolarisation des élèves en situation de handicap. Je me réfère là à ce que disait récemment l'Inspection Générale d'Education physique.

Au total, pour prévenir plutôt que guérir les situations qui vous préoccupent aujourd'hui, il paraît aussi prometteur à court et long terme de donner le goût de l'activité physique par la rencontre avec la culture sportive et d'apprendre à "se faire pratiquer personnellement". Les STAPS peuvent y participer. Si la santé s'acquiert, s'entretient, elle se perd aussi, soit accidentellement soit par l'âge, et c'est vrai pour la santé dans toutes ses dimensions. Ici encore, les STAPS interviennent dans ces trois processus régressifs.

Les activités physiques adaptées sont envisagées dans le cadre des études à l'UFR STAPS. De même, la rencontre avec les pratiques physiques et leurs produits (les œuvres, disais-je tout à l'heure) comme moyen de réadaptation mentale ou sociale est au programme des études. Les différents âges sont étudiés. C'est le domaine plus particulier de notre département que l'on appelle APAS (Activités Physiques Adaptées et Santé) et de ses formations spécialisées en licence et Master.

L'UFR STAPS vient d'entrer, à cette rentrée 2007, dans un nouveau quadriennat pour ses formations, et les questions que vous soulevez aujourd'hui sont intégrées dans nos maquettes, dans la formation des enseignants d'EPS y compris, et aussi dans la filière APAS naturellement. Des professionnels de la FRAES, de la DES, de la Direction Régionale Jeunesse et Sports interviennent d'ailleurs en formation en collaboration avec les enseignants de l'UFR STAPS. Mais notre collègue Michel Fodimbi, responsable de ce département APAS, vous en parlera au cours de la journée.

Lyon ne vient-elle pas d'être citée comme la ville de province ayant les meilleures infrastructures médicales et ayant une offre de soins exceptionnelle ? Parallèlement, Lyon a également été classée comme l'une des grands villes de France où il fait très bon vivre Au total, tout ceci fait de Lyon une ville où les

questions de santé sont favorables mais restent essentielles. Nous sommes dans une ville qui a un terrain fécond pour les développer encore.

Je viens d'argumenter pour montrer que STAPS et Lyon allaient naturellement ensemble par rapport aux préoccupations qui sont les vôtres aujourd'hui. Ainsi, que ce soit par les activités de recherche de son centre de recherche, le CRIS, par ses formations aux métiers de l'enseignement, aux métiers de l'intervention et de la gestion en activités physiques adaptées et santé, l'UFR est fortement engagée sur cette question de la promotion de la santé, de la lutte contre les inégalités, dans le rapport aux activités physiques et sportives et à la santé.

C'est pour cette raison que je me réjouis d'accueillir vos débats et que je vous souhaite une fructueuse journée dans nos murs. Merci !

**M. RENAUDIE.-** Merci beaucoup. La parole est à Madame Annino.



**Dr. Marie-Christine ANNINO, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.**

Bonjour. Je vous présente les excuses de Monsieur Alégoët, qui a été empêché à la dernière minute par une obligation à Paris. Mes premiers mots seront des remerciements au Docteur Renaudie et à Monsieur Bouchet d'avoir organisé cette journée, qui, je vous le rappelle, est dans la poursuite des expériences menées en Rhône-Alpes. Je vous rappellerai la réalisation d'un *Guide Ressources*, que vous connaissez probablement tous, qui a été diffusé à l'automne 2007.

C'est aussi une journée qui s'inscrit dans l'un des objectifs du Programme National Nutrition Santé, qui est de réduire de façon conséquente la prévalence de l'obésité chez les jeunes, chez l'enfant en général.

Vous savez que cette prévalence ne fait qu'augmenter. Ces quinze dernières années, la prévalence de l'obésité chez l'enfant est passée de 3 à 16 %, ce qui est énorme. C'est donc un fléau, un véritable problème de santé publique, qu'il faut combattre, surtout lorsque l'on sait le risque de mortalité, surtout par maladie cardiovasculaire, que ce surpoids entraîne chez l'adulte une fois que cette obésité est constituée.

Je suis sûre qu'au terme de cette journée, vous serez convaincus que son thème n'est pas qu'une affaire de spécialistes (je veux dire les professionnels de santé), qu'elle concerne les professionnels de l'Education, les professionnels du Sport mais aussi les communes, qui ont d'ailleurs démontré leur participation et leur mobilisation, les collectivités, les associations.

Le jeune en surpoids a besoin d'aide (les interventions de ce matin le démontreront) et cette aide est fondamentale. Le rôle des adultes dans son entourage est primordial, et cette journée a pour objet de nous le rappeler.

**M. RENAUDIE.-** Merci. La parole est à Monsieur Franquet.



## M. Jean-Louis FRANQUET, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse et des Sports.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, mes chers collègues, je voudrais simplement, en petit propos liminaire, puisque ce n'est pas cela qui est intéressant aujourd'hui, rappeler quelques points qui concernent notre thème.

Pour le Ministère de la Jeunesse et des Sports, toujours convaincu évidemment des bienfaits de la pratique des activités physiques et sportives, il a toujours été de tradition d'intervenir au niveau de la santé avec un certain nombre de partenaires et de s'associer à des grands projets, à des grandes causes nationales, à des grandes actions développées par d'autres partenaires, que ce soit par notre ministère ou par des associations telles que celles qui organisent aujourd'hui avec nous.

Sans remonter aux époques héroïques du Sport Pour Tous au début des années 80 ou du Parcours du Cœur, qui associaient tous les âges pour essayer de promouvoir la lutte contre la sédentarité en famille, on peut tout de même citer le Programme National Nutrition Santé (PNNS), qui s'est terminé (on enchaîne désormais sur le deuxième), auquel le Ministère s'est bien sûr naturellement associé et qui nous permettait localement de décliner, par un certain nombre d'actions avec nos partenaires naturels que sont bien sûr les associations, le mouvement sportif, les Offices Municipaux des Sports et la FRAES au plan local pour tout ce qui est nutrition et santé.

Notre activité dans ce domaine est traditionnelle. Simplement, nous avons maintenant franchi un palier important puisque le Ministère a été rattaché à un grand Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et que, dans le droit fil des directives du programme du Président de la République, Madame Bachelot a donné à ses services un certain nombre de domaines prioritaires, la santé et la promotion de la santé par le sport étant à l'évidence l'une des premières priorités énoncées. Nous sommes donc institutionnellement partenaires de toute initiative en ce qui concerne la promotion de la santé par le domaine des APS et du sport.

Bien sûr, cela nous a permis un certain nombre de choses. Cela nous a permis d'une part d'avoir quelques moyens pour aider, l'an dernier, un certain nombre d'associations partenaires à développer des programmes suffisamment intéressants pour qu'ils soient énoncés. Mais, puisque la plupart sont ici dans la salle et soit interviendront officiellement soit participeront aux tables rondes, je n'en dirai rien pour ne rien déflorer. Mais nous avons tout de même en Rhône-Alpes un certain nombre d'initiatives développées dans les domaines qui nous occupent aujourd'hui, qui sont la lutte contre la sédentarité et notamment chez les jeunes.

Cela nous a également permis d'organiser cette journée, qui regroupe un grand nombre de participants très divers, que je remercie très sincèrement et très officiellement au nom du ministère que je représente ici, parce que nous avons véritablement un éventail qui devrait nous permettre d'avoir des travaux extrêmement fructueux.

C'est l'originalité que nous avons voulu mettre dans cette journée, et cette originalité est double.

Elle est d'abord dans le thème, puisque nous allons parler de lutte contre la sédentarité et notamment de surpoids (je ne dis pas "obésité" ; je dis volontairement "surpoids") chez les jeunes. Nous avons donc ciblé une catégorie qui n'est pas forcément le tout jeune enfant, qui n'est pas l'adulte ou le retraité, mais une catégorie de jeunes pour lesquels, selon toutes les études (je ne les citerai pas parce qu'elles sont très nombreuses, aussi bien françaises qu'étrangères et notamment outre Atlantique, comme vous le savez tous), le surpoids devient extrêmement préoccupant.

Lors de cette journée, c'est le premier thème que nous avons voulu fortement développer.

La deuxième originalité se trouve dans sa conception, puisque nous avons voulu une journée très partenariale, multi-partenariale. Nous avons donc une pluridisciplinarité qui devrait permettre aux tables rondes de se dérouler de façon plus que correcte, puisque nous avons des collectivités locales, des acteurs associatifs, des services de l'Etat et d'autres acteurs, notamment dans le domaine médical. Cela devrait nous permettre d'avoir tous les éclairages nécessaires sur ce grand fléau national qu'est le surpoids, qui résulte en grande partie (toutes ces notions mériteront d'être développées et définies aujourd'hui) de la sédentarité.

Et la deuxième originalité se trouve aussi dans les méthodes, puisque nous avons voulu beaucoup de tables rondes, et je remercie les organisateurs et les participants qui ont travaillé sur cette organisation avec notre médecin conseiller régional François Renaudie. C'est à mon avis la meilleure formule pour que tout le monde s'exprime et pour que nous ayons tous ces éclairages dont je parlais à l'instant.

Puisque nous sommes à l'époque des vœux, je voudrais remercier toutes les personnes présentes, tous les intervenants qui vont essayer de bien placer le problème dans ses multiples contextes, mais je voudrais aussi former des vœux, non seulement pour que le débat soit fructueux (nous l'espérons tous) mais aussi pour que nous créions par ce biais, que nous débutions aujourd'hui, que nous allions plus loin dans une synergie, une véritable synergie régionale sur ce problème, qui est suffisamment grave pour que nous nous en préoccupions tous et que nous le prenions à-bras-le-corps, et aussi et surtout pour que, chacun dans notre domaine, nous puissions apporter les suites qui conviennent et faire œuvre constructive.

Merci à tous pour votre participation aujourd'hui. Je vous souhaite d'excellents travaux et, surtout, j'espère qu'il y aura des suites nombreuses, variées et importantes.

**M. RENAUDIE.-** Merci. La parole est à Monsieur le Président Fabry.

## → → → Pr. Jacques FABRY, président de la Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé.

A mon tour de vous accueillir et de vous souhaiter la bienvenue à ce colloque, au nom de la FRAES (encore un sigle). Je vois beaucoup de visages connus dans la salle, donc vous devez savoir ce qu'est la FRAES, mais peut-être pas encore tout le monde. C'est une mutation du CRAES, que vous connaissiez sans doute mieux, mais il ne s'agissait pas uniquement de changer le nom pour changer le nom ; il s'agissait de passer à un niveau d'organisation plus avancé en mettant en synergie l'ensemble des associations qui travaillent pour l'Education pour la Santé dans la Région Rhône-Alpes, qu'elles soient au niveau départemental ou au niveau régional.

C'est donc cet effort qui a été fait, qui est important à un moment où, comme vous avez dû le sentir, il y a beaucoup de restructurations, de questionnements au niveau de l'organisation globale de la Santé au niveau régional. Et il y aura encore d'autres initiatives qui sont annoncées. Il paraît donc tout à fait crucial, au moment actuel, de resserrer les liens entre tous les gens qui travaillent sur ces champs, de renforcer les partenariats, et cette journée est aussi une très bonne occasion pour les renforcer.

Voilà pour ce qui concerne la FRAES (notre mutation récente), qui est coorganisatrice de ce programme sur lequel nous allons tous travailler aujourd'hui.

Bien sûr, le champ de la nutrition a été et restera un champ important pour l'Education pour la Santé. C'est de l'éducation pour la santé "par excellence" d'envisager les problèmes nutritionnels, et nous avons été amenés à nous impliquer à ce niveau de façon régulière ces dernières années, à tous les niveaux de l'Education pour la Santé.

Notre souci a été d'accompagner les professionnels, qu'il s'agisse d'enseignants, de personnels qui travaillent dans les structures d'alimentation (d'alimentation collective notamment), les associations de parents, les intervenants de la petite enfance, etc. (ce souci a été important), de renforcer notre potentiel documentaire dans ce domaine, de rendre plus disponibles les outils d'intervention en matière d'éducation alimentaire et nutritionnelle (c'est le projet de Nutripek, que vous avez peut-être pu utiliser) et surtout toutes les actions décentralisées qui ont été organisées ici et là, au plus proche du terrain et des besoins, notamment par les ADES (Associations Départementales d'Education pour la Santé).

En complément des enquêtes, des évaluations, des programmes d'action expérimentaux ont été menés autour de la nutrition, mais cela restait la nutrition, point. Et, progressivement, de nouvelles dimensions sont arrivées, ce sont fait jour et se sont imposées comme étant importantes pour le même objectif : bien manger, bien sûr, mais aussi bouger. C'est un enjeu important, innovant, d'arriver à avancer sur ces différents aspects.

A vrai dire, lorsque l'on ouvre le chapitre de la nutrition, on touche forcément de nombreux aspects de la vie personnelle, de la vie individuelle, de la vie familiale, de la vie collective ; on ne peut pas rester complètement enfermé dans les problèmes de calories et d'apports nutritionnels. On est obligé de reconsidérer les choses de façon plus globale, et cette globalisation à travers ce

programme Ré-Activité me paraît être un aspect tout à fait important et innovant.

L'autre dimension qui me paraît également intéressante dans ce programme, c'est "auprès de tous les jeunes", ce qui signifie que l'on n'en laisse pas sur le côté, que l'on ne prend pas non plus le risque de laisser sur le côté les jeunes qui sont le plus en difficulté, qui ont pour différentes raisons des difficultés spécifiques qui pourraient intervenir, aggraver la situation et rendre plus difficile l'accès auprès d'eux.

Tels sont les éléments de base que je voulais souligner. Dans l'ensemble du projet, il y aura beaucoup de présentations qui détailleront davantage les choses.

Je voudrais remercier les animateurs de ce programme, qui ont rencontré beaucoup d'acteurs, mobilisé beaucoup de monde, fait la promotion de beaucoup d'expériences qui ont eu lieu dans la Région Rhône-Alpes, précisé les méthodes, les enjeux, les concepts. Merci vraiment d'avoir réalisé tout ce travail. Merci aussi aux partenaires, qui sont tous présents, et merci bien sûr à l'UFR des Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, qui joue un grand rôle sur ce sujet, comme on l'a bien compris, dans l'intervention de Claude Collignon.

Il est formidable que l'on puisse créer des liens entre le monde de l'université et le monde du travail de terrain en matière de santé ou de promotion de l'activité physique. Cela renforce les choses et cela donne une cohérence d'ensemble qui est vraiment formidable, qu'il faudrait d'ailleurs renforcer un peu dans tous les domaines.

Ce partenariat me semble donc tout à fait riche. Bien sûr, le GRSP et la Direction de la Jeunesse et des Sports représentent les deux autres piliers de cette action et, là aussi, c'est une implication importante, un accompagnement et également des financements, sinon les choses n'avancent pas.

Aujourd'hui, nous avons l'occasion de croiser des regards venant de la Santé, des milieux sportifs, éducatifs, des collectivités territoriales, de l'administration de la Santé. J'espère que ce sera une journée très riche, qui vous apportera des éléments. En tout cas, je suis sûr qu'elle apportera aussi beaucoup aux animateurs de ce projet et au monde de l'Education pour la santé. Merci de votre participation.

**M. RENAUDIE.-** Merci aux intervenants pour cette présentation. Nous allons entrer dans le vif du sujet par un bref "chapeau", si j'ose dire, de Claude Bouchet et de moi-même.



# Présentation de la journée

---



## M. Claude BOUCHET, Directeur de la FRAES

Ce sera effectivement un chapeau très bref, à la suite des propos de Jacques Fabry tout à l'heure, concernant la dimension de l'Education pour la Santé, notre implication dans ce champ.

Pour resituer cette journée, c'est pour nous une histoire déjà un peu longue. D'ailleurs, en entendant tout à l'heure Monsieur Collignon, je me disais "EPS : Education Pour la Santé", "EPS : Education Physique et Sportive"... C'est un symbole.

On peut dire que l'enjeu d'implication à l'Education pour la Santé, qui a été souligné, a été focalisé à travers la question de l'obésité, qui est devenue une inquiétude publique majeure, et, toujours dans notre champ, nous avons pensé que les comportements étaient un aspect très compliqué, notamment les comportements alimentaires et que, dès que l'on focalisait sur une population, on risquait toujours d'en accroître la souffrance. Nous avons très fortement à l'esprit ces deux notions.

Depuis cinq ans, on a fait pas mal de choses, en particulier des journées comme celle-ci : "*Obésité de l'enfant, le poids des mots*" ; "*Etre ado avec des kilos en trop*" ; "*Les enjeux de la restauration collective*", avec à chaque fois le même souci, c'est-à-dire de prendre en compte les connaissances actuelles, de présenter les expériences (on doit ouvrir sur ce que font les gens), de mettre en relation les responsabilités de chacun (on sait que personne n'a de solution et que tout le monde a la solution ; l'essentiel est de mettre ces éléments en relation), de trouver les acquis, les leviers d'action, et de montrer que les questions continuent et continueront toujours à se poser. C'est d'ailleurs cela qui fait avancer les choses.

Nous avons donc évoqué le travail que nous avons fait ensemble avec le document Ré-Activité, que vous voyez, qui est téléchargeable et beaucoup téléchargé, avec, à travers cela, ce souci d'accompagner les professionnels et de promouvoir le développement de ce secteur.

Cela a été dit, cette journée est vraiment, pour nous, dans le cadre de l'évolution du Plan National Nutrition Santé vers le "Bouger" et le "Manger Bouger". Et, autant beaucoup a été fait sur le "Manger", autant c'est moindre sur le "Bouger". Aujourd'hui, avec vous, nous allons vraiment avancer ensemble, et c'est toujours un peu les mêmes fondamentaux que j'évoquais.

Je suis très heureux de ce partenariat qui s'est renforcé avec Jeunesse et Sports et François Renaudie en particulier. Nous avons déjà des relations avec Blandine Pili, donc le secteur plutôt Jeunesse, moins avec le secteur Sports, et

cela a été très fructueux. Nous travaillons très bien ensemble ; nous avons fait ce guide ensemble. Nous allons, ensemble et avec vous, l'enrichir, le renforcer avec une meilleure connaissance et une meilleure analyse de nouvelles actions, etc., de toute façon pour prendre en compte un peu mieux cette partie de la population, les jeunes en difficulté avec leur corps, ceux qu'évoquait Jacques Fabry.

Ces jeunes peuvent à la fois être un souci majeur pour les politiques publiques, mais en fait, de la manière dont on agit, ils peuvent rester en marge de ces politiques. C'est dans cette contradiction que l'on se situe.

Je remercie moi aussi, parce que j'ai participé mais moins que d'autres, l'équipe du siège de la FRAES (Isabelle, Vincent, etc.). Merci à tous pour cette action parce que j'y suis mais ce n'est pas moi la principale cheville ouvrière. Merci à ceux qui le sont et encore merci à François.



## M. RENAUDIE

Je voudrais revenir sur les trois thèmes qui ont guidé notre travail : pluridisciplinarité, complémentarité, mutualisation des connaissances. C'est ce qui a animé notre groupe de travail, mis en place depuis maintenant 18 mois. Dans ce groupe de travail, on a cité tous les acteurs mais il me semble que l'un d'entre eux n'a pas été cité et je voudrais le mettre en avant. Il s'agit de l'Education Nationale, en particulier avec Monsieur Vigneron, qui a été de toutes les séances, qui a apporté une contribution importante au côté des autres acteurs. Je tenais donc à le souligner.

Nous avons souhaité que cette journée soit le reflet de ces objectifs. Les causes du surpoids, on le sait tous, sont multifactorielles, et s'attaquer à un seul de ces facteurs serait vain. La promotion de l'activité physique chez les enfants et chez les adolescents a été identifiée comme un moyen essentiel, certes, mais quelles stratégies de promotion sont pertinentes ? C'est une grande interrogation. Une récente publication parue dans le *British Medical Journal*, qui a fait une méta analyse d'une soixantaine d'études concernant la promotion des activités physiques chez les enfants et les adolescents, a confirmé la nécessité d'interventions multifactorielles, le fait que les actions les plus performantes étaient celles faisant participer le milieu scolaire, le milieu familial et communautaire, et que la promotion des activités physiques à caractère environnemental seul (j'insiste sur le terme "seul") était peu efficace. Elles sont donc nécessaires et même indispensables (ce sera l'objet de l'une des interventions de la journée) mais elles doivent s'associer, s'interpénétrer des autres acteurs.

Notre journée s'articulera donc autour de quatre modules et elle inclura ce que l'on peut qualifier de brefs "temps de respiration" originaux, que je vous laisserai découvrir.

Tout d'abord, nous introduirons cette journée par un cadrage scientifique qui mettra en avant les enjeux de santé, avec en tout premier lieu l'intervention de Michel Guinot, médecin praticien hospitalier au CHU de Grenoble et aussi docteur en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives, donc il a

vraiment tous les éléments pour nous apporter des connaissances intéressantes. Cela me permet de souligner aussi (je crois que c'est la première fois dans la Région) qu'il a été le lauréat 2007 du prix Ministère Jeunesse et Sports de l'Académie de médecine.

Interviendra ensuite Colette Combe, psychiatre et psychanalyste, praticien hospitalier attaché à l'Hôpital Neurologique de Lyon, auteur d'un ouvrage "*Comprendre et soigner la boulimie*", qui participe aussi à un enseignement qui vient d'être mis en place à la Faculté de Médecine de Lyon sur les troubles des conduites alimentaires. Nous aurons éventuellement l'occasion de détailler cela.

Puis Claire PERRIN, maître de conférences à l'UFR STAPS dans ces lieux, traitera du passage de la notion de devoir à celle de goût de l'exercice physique.

Je voudrais remercier particulièrement le docteur François Dantoine, notre confrère médecin du Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage au Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, qui a accepté d'être le grand témoin de cette journée et qui aura la lourde tâche d'en faire la synthèse.

J'espère donc que cette journée, qui est dense, apportera beaucoup d'éléments à chacun. Nous avons souhaité qu'elle puisse être interactive et c'est la raison pour laquelle je demanderai à chacun des intervenants d'être bien soucieux de son temps de parole, de façon à ce que, dans la salle, vous puissiez vous exprimer.

Je prie les intervenants et ceux qui s'exprimeront dans la salle de bien vouloir m'excuser si je les coupe ou si je les incite à être brefs, et si les réponses aux questions que vous vous posez dans la salle ne peuvent pas être apportées. Mais le temps du déjeuner pourra être cette occasion.



# Activité physique et santé : Les enjeux. Cadrage scientifique.

---

**M. RENAUDIE.-** Nous rentrons maintenant dans le vif du sujet et je donne la parole au docteur Michel Guinot, du CHU de Grenoble.



## "L'activité physique chez l'enfant obèse : approche physiopathologique."

**Michel GUINOT, CHU Grenoble, service Médecine du sport.**

Bonjour. Je remercie les organisateurs, qui nous permettent de présenter les réflexions que nous avons déjà bien engagées sur le CHU de Grenoble. En particulier, nous collaborons activement à la participation d'un futur RéPOP. Claudine Sansonetti nous a bien aidés dans l'initiation de ce travail depuis deux ou trois ans.

J'ai prévu de vous présenter brièvement l'état de la réflexion médicale et scientifique en essayant (le public est très varié) de vulgariser un peu, sans que ce soit péjoratif, l'état des connaissances récentes sur les mécanismes de l'obésité et la façon dont l'activité physique peut avoir des effets propres dans ce domaine.

Je terminerai par ce que l'on peut attendre de l'activité physique chez l'enfant ou l'adolescent obèse et par quelques recommandations. Je présume que ce sera repris de façon un peu plus détaillée dans les diverses interventions.

Je ne sais pas si cela a été précisé mais de quoi parle-t-on ? Vous voyez ici les courbes de croissance, issues d'un travail relativement récent au niveau international, qui a défini ou tenté de définir l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Les courbes en pointillés représentent la répartition en pourcentage de la population, sachant que les courbes qui nous intéressent sont vers le haut. On parle de surpoids au-dessus du 90e percentile, c'est-à-dire les 10 % de la population les plus élevés. Entre le 90e et 99e percentile, on va parler d'obésité de degré 1, puis de degré 2 pour les enfants ou les adolescents qui vont dépasser cette ligne.

Chose remarquable : ces lignes correspondent aux définitions de l'obésité chez l'adulte, ici 30 bmi (Body Mass Index) ou imc (Indice de Masse Corporelle), et du surpoids chez l'adulte (25 bmi). Je vous rappelle que l'indice de masse corporelle est le rapport du poids sur la taille au carré. Chez l'enfant, il n'est pas toujours facile de voir qu'il est en surpoids. Il faut bien se référer à ces définitions et les replacer sur les courbes de croissance pour voir si un enfant est

en surpoids ou pas. Il ne faut pas simplement se fier à l'apparence physique, surtout pour les surpoids modérés.

Sur cette diapositive, il s'agit de rappeler ce qui a déjà été dit en introduction : l'obésité est un problème multifactoriel. Il y a un facteur génique important dans la transmission de cette "pathologie" (entre guillemets parce que ce n'est pas vraiment une pathologie ; nous pourrions en discuter) et le rôle de l'environnement familial est également important. Vous voyez les risques qui ont été exprimés. Mais ces gènes ne s'exprimeront bien sûr qu'en cas de déséquilibre nutritionnel. Ce qui nous intéresse ici, c'est que c'est favorisé par le mode de vie sédentaire, en particulier dans nos sociétés modernes, où l'on dépense de moins en moins d'énergie pour se déplacer, ce qui pose un problème. On absorbe de plus en plus et l'on dépense de moins en moins.

Cette étude américaine montre que l'inactivité serait responsable de près de 30 % de la mortalité chez l'adulte.

Sur cette grosse étude sur plus de 70.000 personnes, toujours américaine, on voit qu'il y a une relation entre le niveau d'activité physique et le risque cardiovasculaire. Il s'agit ici de personnes qui peuvent être en surpoids mais qui ne sont pas obèses. Sur cette ligne, ce sont des personnes obèses, et le fait d'être obèse augmente le risque d'accident cardiovasculaire mais le fait d'être inactif l'augmente aussi. Il y a donc un effet à double entrée.

Cela coûte cher, à cause de toutes les pathologies qui sont associées à l'obésité. Une étude qui date de 1995 évalue à peu près le coût de l'inactivité ou de la sédentarité. Il faut savoir que c'est à peu près la même chose en France. En estimation, l'impact financier correspondrait à peu près au déficit actuel de la Sécurité Sociale.

On peut penser que, d'un point de vue Santé publique, on a intérêt à demander aux gens de bouger.

Chez l'enfant, les enfants obèses ont-ils plus de risques de développer des pathologies cardiovasculaires à l'âge adulte ? Il n'a pas du tout été évident de le démontrer jusque-là. Un article très récent vient d'être publié. Il s'agit d'une étude danoise sur plus de 275.000 personnes. Cette diapositive n'est pas facile à lire mais elle est très intéressante. Elle montre que le fait d'avoir un accident cardiovasculaire à l'âge adulte augmente en fonction de l'âge et en fonction du poids. Le risque est exprimé en fonction d'unités de bmi (ou indice de masse corporelle) supplémentaires.

Cela signifie que, plus on se rapproche de l'âge adulte et plus le poids est important, plus on a de risque d'accident cardiovasculaire à l'âge adulte, ce risque étant un peu plus élevé chez les garçons que chez les filles. D'un autre côté, on n'a pas besoin d'être en surpoids ou obèse pour avoir des accidents cardiovasculaires. Une unité de bmi à sept ans représente environ 2 kilos de poids corporel et, à l'âge de 13 ans, ce sont 5 ou 6 kilos. Dès l'instant où l'on aura un peu trop de surpoids, une seule unité suffit à majorer ce risque.

Les auteurs concluent qu'il y a une relation avec la proximité par rapport à l'âge adulte mais aussi avec l'accumulation progressive de masse grasse.

En termes d'évolution de l'obésité chez l'enfant, je reprends une étude française assez ancienne, qui a été publiée il y a une dizaine d'années. On avait

vu que le pourcentage d'enfants en surpoids où obèses avait pratiquement doublé entre 1980 et 1996 et que c'étaient surtout les obésités de degré 2 qui avaient augmenté le plus.

Ici, on est toujours dans l'explication. Le risque métabolique (on risque un état pré-diabétique) est-il plus important en fonction du surpoids ? C'est une étude américaine publiée récemment mais qui est une analyse sur une période un peu ancienne. J'ai mis en blanc les trois éléments qui ressortent le plus. On retrouve la prédominance masculine, l'influence de l'ethnie avec une proportion plus importante de syndromes métaboliques chez les Hispaniques et chez les Blancs (un peu moins chez les enfants noirs), et l'on voit surtout l'influence du surpoids. Chez les adolescents entre 12 et 18 ans qui étaient en dessous du 85e percentile, on avait simplement 0,1 % de syndromes métaboliques, donc d'états pré-diabétiques. Cela passait à 7 % chez les sujets en obésité de degré 1 et à pratiquement 30 % chez les sujets en obésité de degré 2. Il y a donc vraiment un effet exponentiel de l'accumulation de masse grasse sur ces syndromes métaboliques, qui sont des états pré-diabétiques et qui représentent un risque majoré d'atteintes cardiovasculaires.

Il faut savoir que l'obésité expose l'enfant à un assez grand nombre de pathologies, que je cite ici. On voit surtout que cela va altérer la qualité de vie perçue par l'enfant ou l'adolescent lui-même mais également par l'entourage, et s'il y a déjà un mal-être ou un mauvais état de santé chez les jeunes, cela pose un problème.

La physiopathologie sur les mécanismes qui relient l'excès de masse grasse et les facteurs de risque cardiovasculaire a été bien étudiée et il y a eu beaucoup de publications ces dix dernières années.

J'ai repris ici un schéma récent de cet auteur. On devrait normalement avoir un équilibre nutritionnel optimal et il y a un lien, une relation assez complexe (hormonal, les cytokines... de nombreux signaux) entre l'équilibre nutritionnel, l'énergie disponible pour l'organisme et la fonction immunitaire. Il est bien connu que les sujets dénutris font davantage d'infections. Inversement (c'est un peu moins connu) les sujets en surpoids ou surnutris développent une maladie inflammatoire et s'exposent à avoir des maladies inflammatoires chroniques (polyarthrite rhumatoïde, etc.). Ces données récentes sortent bien dans toutes les études épidémiologiques.

Pourquoi ? Simplement, il faut concevoir l'obésité, en tout cas dans ses mécanismes physiopathologiques, comme une maladie inflammatoire, une maladie en fait chronique et que l'on appelle de bas grade, contrairement à des mécanismes inflammatoires aigus, qui sont des inflammations de haut grade parce que l'organisme va se défendre. Ce sont les mêmes mécanismes qui sont mis en jeu. Simplement, cela se joue ici de manière très chronique et là de manière aiguë.

Or, lorsque l'état inflammatoire, même s'il n'est pas très important, agit sur plusieurs années, il y aura des conséquences métaboliques importantes, allant jusqu'au diabète et aussi l'augmentation des effets cardiovasculaires qui vont dans les deux sens, le diabète étant lui aussi un facteur prédisposant de maladies cardiovasculaires. Une espèce de boucle se met en place et, par le biais de l'inflammation, qui est simplement un mécanisme adaptatif dont on ne connaît pas bien la cause, cela conduit à la majoration du risque cardiovasculaire et d'autres risques.

C'est surtout la masse grasse viscérale, la graisse stockée dans l'abdomen (cela vous est représenté sur cette photo) qui entraîne toutes ces modifications métaboliques et qui conduit à l'augmentation du risque coronarien. Il suffit de diminuer de 5 à 10 % cette masse grasse abdominale pour réduire le risque cardiovasculaire. C'est ce que font la diététique et aussi l'activité physique, et bien sûr également des médicaments qui sont utilisés à cet effet.

Ce sont des éléments relativement récents et beaucoup d'études ont montré l'efficacité de l'activité physique sur la réduction de cette masse grasse.

Il faut également avoir à l'esprit que quelques études (je cite six auteurs) ont montré que, plus l'obésité va perdurer tardivement, plus le risque de persister à l'âge adulte sera élevé et plus le risque coronarien ou cardiovasculaire sera important au final. A quatre ans, seulement 20 % des enfants resteront obèses et, lorsqu'ils seront à l'adolescence, c'est 4 fois plus. C'est important à savoir et cela montre qu'il faut agir très tôt et dépister très tôt le surpoids chez l'enfant.

Comment marche l'activité physique et quel intérêt peut-elle avoir chez l'enfant ou l'adolescent en surpoids (comme chez l'adulte ; c'est exactement la même chose) ? L'activité physique va agir à plusieurs niveaux et c'est la combinaison de ces effets qui est intéressante. Elle va agir sur l'adaptation cardiovasculaire. Les effets d'entraînement sont bien connus dans l'amélioration de la performance.

On connaît un peu mieux maintenant les effets métaboliques, notamment par le biais de la diminution de la masse grasse viscérale. On va améliorer l'insulino-sensibilité, etc., et sans intervention médicamenteuse (c'est très intéressant) puisque l'activité physique a ses propres effets indépendamment de la perte de poids. Plusieurs études, que je n'ai pas citées ici, le démontrent très bien. Bien évidemment, si c'est associé à un régime alimentaire sans restrictions, cela fonctionnera encore mieux.

Cela a de multiples effets, que je vous ai cités ici. L'idée n'est pas de les discuter tous mais il s'agit de savoir que cela agit à la fois sur le métabolisme physique, sur l'insulino-sensibilité, etc. Tous ces effets sont vraiment intéressants et permettent à la fois l'amélioration de la qualité de vie et la tolérance à l'effort.

Il est important de savoir que ces effets sont transitoires et qu'il faut continuer à avoir une activité physique régulière pour au moins maintenir les effets obtenus, sinon cela régresse en quelques semaines à quelques mois avec l'arrêt de l'activité physique.

Tous les effets n'agissent donc pas exactement de la même façon. On le voit sur cette diapositive un peu compliquée, sachant qu'il y a une relation entre le niveau et l'intensité de l'activité physique, et les effets bénéfiques pour la santé. Il y a plusieurs types de modèles : un modèle linéaire, un modèle arythmique et un modèle exponentiel. Les effets cardiovasculaires sur le muscle cardiaque sont plutôt d'ordre exponentiel, c'est-à-dire qu'il faut peu d'activité physique pour avoir des effets rapides. Inversement, pour perdre du poids, il faut avoir une activité intense et prolongée.

On peut se demander si, en tout cas initialement, l'activité physique peut avoir pour seul objectif de faire maigrir les enfants ou les adultes en surpoids.

J'ai donné ici quelques modes de calcul, sachant que, pour perdre un kilo de masse grasse, cela représente 9.000 kilocalories, soit l'équivalent d'environ trois jours de diète, et qu'une heure de footing assez intensif permet de dépenser environ 1.000 calories. Il faudrait donc faire 9 heures de footing par semaine pour perdre un kilo de masse grasse. Il faut avoir cette notion à l'esprit.

Deuxième intérêt, surtout chez l'enfant : il y a l'effet de la croissance. J'ai mis un petit schéma calculé : on prend deux adolescents de la même taille, l'un dont la croissance est terminée et l'autre dont la croissance n'est pas tout à fait terminée. Ils ont le même poids et le même indice de masse corporelle. A l'âge adulte, en admettant que le poids n'ait pas changé (ils ont fait un régime diététique adapté, une activité physique identique), ils terminent avec le même poids mais celui-ci a pris 8 centimètres et il est à la limite du surpoids. On a donc beaucoup gagné, sans avoir imposé un régime.

Ne serait-ce que contrôler le poids est donc déjà très important. Obésité et tolérance à l'effort : les enfants, les adolescents, les adultes en surpoids ont du mal à effectuer des activités physiques intenses et prolongées. J'ai souvent entendu, dans mon enfance et plus tard, parler de "gros fainéant"... "Gros", sûrement, "fainéant", sûrement pas à mon avis.

Ici, en modélisant, j'ai pris trois sujets qui ont exactement la même masse musculaire, qui consomment la même quantité d'énergie à un effort maximal. Simplement, ils ont des pourcentages de masse grasse différents et c'est ce qui explique que le premier est normo-pondéral, que le second est en surpoids degré 1 chez l'enfant et que le troisième est en degré 2.

Lorsque l'on rapporte la consommation d'oxygène au poids corporel, celui de 60 kilos a une tolérance normale à l'effort, celui de 82 kilos est modérément intolérant à l'effort et celui de 102 kilos a une intolérance sévère alors que le muscle fonctionne exactement de la même façon. C'est important à connaître.

En conséquence, si l'on essaye de les faire courir, celui de 60 kilos va pouvoir tenir 13 kilomètres à l'heure pendant une durée de 5 à 6 minutes, celui de 82 kilos ne pourra courir qu'à 9 kilomètres à l'heure pendant ce même laps de temps (c'est un footing un peu appuyé pour les dames, tranquille pour les hommes) et celui de 102 kilos pourra courir à peine à 7 kilomètres à l'heure, ce qui est très lent. Si l'on essaye de leur faire faire un travail d'endurance (80 % de VO2 max, effort assez intensif, qui peut être normalement soutenu entre 20 et 30 minutes ; cela dépend des individus pas très entraînés), le premier pourra courir à 10 kilomètres à l'heure, le deuxième courra à peine 20 minutes et le dernier ne pourra pas courir ou ce sera à la limite une marche rapide, en tout cas très fatigante.

Le poids n'est pas le seul facteur limitant. Plusieurs travaux de recherche essayent de lister d'autres facteurs qui peuvent intervenir. On a parlé de la limitation ventilatoire. J'y reviendrai sur la diapositive suivante.

Il y a la limitation musculaire, en particulier les problèmes métaboliques. On sait que l'insuline a un rôle important dans la fonction du muscle à l'effort.

Les réponses hormonales sont également altérées chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte obèse. Elles sont importantes dans la fourniture énergétique aux muscles.

Est également important le problème du volume des parties molles, surtout dans les obésités sévères et importantes. Il est difficile de les faire courir ou pédaler car l'encombrement musculaire est important.

Objectifs de l'activité physique chez l'obèse : au travers de ce que je vous ai montré, on peut avoir deux types d'objectif à court terme, visant à améliorer rapidement la qualité de vie. Cela peut se produire dans les 3 à 6 semaines d'un réentraînement, avec des effets intéressants. On devient mieux tolérant à l'effort, et ce qui nous intéresse un peu plus, ce sont les effets psychologiques. Comme dans toutes les pathologies chroniques, c'est montrer à ces enfants ou ces adolescents qu'ils peuvent faire, à condition que ce soit adapté.

A moyen long terme, ce sera de maintenir une activité physique régulière de manière à pouvoir éventuellement obtenir une réduction pondérale, sait-on jamais, et d'autres effets qui nous intéressent davantage en tant que médecins.

Je ne vais pas le détailler mais ce qui est important, c'est d'avoir une évaluation initiale et répétée dans le temps, de manière aussi à maintenir la pression et la motivation sur ces adolescents. Claudine Sansonetti-Perrin en parlera mieux que moi tout à l'heure.

Autre point qui nous paraît également important : cela permet d'adapter l'activité physique proposée aux capacités individuelles (ces sujets peuvent être très limités, surtout s'ils ont un surpoids ou une obésité importante), d'adapter l'encadrement aux capacités. Tous ces sujets ne peuvent pas pratiquer un sport normalement dans un club ou dans une structure sportive et c'est l'un des problèmes. Chez les plus déconditionnés ou les plus limités à l'effort, il faudra sûrement passer par des structures avec des éducateurs adaptés en activités physiques adaptées.

On va bien sûr tenir compte de tout cela dans l'évaluation initiale. Celle-ci peut éventuellement se faire dans un laboratoire tel que le nôtre pour les sujets les plus sévèrement atteints, mais on peut utiliser des batteries de tests à l'école ou même ailleurs, pour tester l'endurance, la tonicité, etc.

Il faut bien sûr un minimum d'attractivité, de ludisme, et les activités proposées doivent être progressives. Ce sera repris tout à l'heure.

Il nous semble qu'il faut privilégier le volume, commencer par des intensités modérées. Soit repère peut être simple, comme la limite de l'essoufflement, soit on peut avoir des repères plus sophistiqués comme le contrôle de la fréquence cardiaque à l'effort, si elle a été bien évaluée avant.

Conclusion : il nous semble important et même essentiel d'inciter à faire pratiquer des activités physiques chez l'enfant et l'adolescent, y compris en prévention primaire, donc même chez des sujets qui ne sont pas en surpoids. Sur les diapositives, on a déjà vu que les enfants qui étaient au-delà du 85e percentile donc qui ne rentraient pas dans les critères de surpoids avaient plus de risques de développer un accident cardiovasculaire à l'âge adulte. Il est donc important d'au moins éviter qu'ils prennent plus de poids, voire d'essayer de leur faire faire une activité intensive (c'est plus facile dans leur cas) pour réduire un peu le surpoids éventuel, même si ce ne sont que quelques kilos.

L'activité physique n'est que l'un des éléments de la "prise en charge" et de la prévention de l'obésité. La diététique a été abordée ; ce n'est pas l'objet d'aujourd'hui mais c'est très important.

Ce qui nous semble aussi très important, c'est la prise en charge des difficultés psychologiques qui accompagnent l'obésité. A mon sens, il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine.

Elle doit être réaliste pour qu'elle soit durable, pour que les sujets s'approprient cette activité, y voient vraiment un intérêt et la maintiennent le plus longtemps possible. Je vous remercie de votre attention.

**M. RENAUDIE.** - Merci Michel. Votre intervention a été très intéressante et elle permet bien de situer le reste de la journée et de savoir de quoi on parle. Vous avez fait allusion à l'importance également des facteurs psychologiques et c'est une très bonne transition pour donner la parole au docteur Colette Combe, psychiatre et psychanalyste, qui va nous faire part de son expérience et de ses connaissances sur ce volet de la problématique. Madame, vous avez la parole.

## → → → "Corps et surpoids : du découragement à la reconnaissance."

**Dr. Colette COMBE, psychiatre et psychanalyste, Villeurbanne.**

Je m'intéresse à ces sujets en tant que psychiatre et psychanalyste mais aussi par l'expérience d'être médecin en endocrinologie, depuis ma thèse sur "*La cure d'amaigrissement, vécu psychologique et image du corps*" au service du professeur Tourniaire autrefois, et maintenant à celui du professeur Michel Pugeat.

Je vais essayer de vous rendre compte de cette expérience, qui est à l'interface entre le somatique et le psychique, puisque je vais penser toujours les aspects psychologiques dans leur contexte d'une très bonne connaissance des aspects somatiques, soit de l'obésité, soit de la cure d'amaigrissement, laquelle nous fait souvent passer de problèmes de boulimie à des problèmes excessifs à l'inverse, puisque, lorsque l'on se prive de manger pendant longtemps, on risque de fonctionner de manière anorexique.

L'oralité, c'est-à-dire la relation à la bouche et à se nourrir, concerne à la fois se nourrir physiquement mais aussi la nourriture affective, et les mots "sweet" en anglais et "douceurs" en français, qui qualifient les bonbons, disent bien que la difficulté au niveau psychique peut amener à chercher des douceurs au niveau alimentaire dans la bouche.

Il faut donc bien penser que quelqu'un qui est arrivé à une obésité a forcément la bouche atteinte. La bouche est ce carrefour qui est à la fois le lieu de la parole, du souffle, de la respiration mais aussi du baiser, de la nourriture, et c'est aussi un lieu de l'intimité, le lieu du murmure, de la lecture et de l'écriture (on fait bouger notre pharynx quand on lit ou quand on écrit) et c'est aussi le lieu de la voix et de la musique.

Donc au départ, lorsque quelqu'un vit un événement dramatique au niveau familial ou au niveau personnel, il va naturellement se retourner sur la recherche de nourriture aux sens terrestre de manger. Il va aussi avoir tendance, dans notre culture actuelle, à vouloir modifier son image. Mais, au lieu de maigrir, il peut avoir le mouvement de choisir de grossir, un peu pour avoir une espèce de carapace, de protection, le tissu adipeux donnant le sentiment d'être un peu plus à distance du monde.

Lorsque la bouche est atteinte dans la façon de se nourrir, cela concerne toujours un trouble qui est à la fois "se nourrir", la satiété, la détente, passer de la tension à la détente, et aussi le problème du sommeil. On pense assez peu à le dire et je dois dire qu'au bout de trente ans de consultation dans ce domaine, je commence toujours par demander "comment dormez-vous ?". En effet, lorsque l'on perturbe les rythmes de se nourrir, c'est ainsi que l'on entre dans un trouble du poids. On commence à modifier sa façon de respecter les heures de repas et, si l'obésité augmente, c'est un non seulement un problème individuel mais aussi un problème de culture et de civilisation.

Depuis quatre ou cinq ans en France, nous avons beaucoup plus de problèmes de troubles du poids et les horaires de repas ne sont pas réguliers dès le collège (on peut manger tantôt à midi, tantôt à 13 heures maintenant). Et à l'université on peut ne pas avoir de temps dans l'emploi du temps, organisé désormais par l'informatique, et l'on peut manger entre 11 heures et 15 heures.

Cela retentit forcément. Dès que l'on modifie les rythmes, on stresse la personne au point de vue état émotionnel et la tendance va être de se sucrer pour rétablir une sensation agréable au niveau cérébral. Cependant, dès que l'on agit ainsi, hyperglycémie va faire hypoglycémie donc de nouveau faim. C'est donc un cercle vicieux dans lequel on entre très vite, avec au niveau psychique un corps stressé, en état de survie, très émotionnellement sollicitable, hypersensitif, hypersensible.

Cela va bien sûr avec des modifications hormonales, qui ne facilitent pas les choses. Ce n'est pas mon domaine aujourd'hui de vous l'expliquer mais je m'intéresse également beaucoup à ce domaine.

Par exemple après un moment de maltraitance à l'école, après un état de détresse lié à un deuil, à un divorce des parents, après une situation de violence qui touche le corps et la sexualité, dans toutes ces situations de traumatisme aigu on peut avoir une réaction consistant à avoir besoin de prendre des douceurs. Il y a aussi les stress répétés. Et la maltraitance quotidienne d'avoir à se presser dès le lever, de ne pas prendre le temps de petit-déjeuner en est un exemple qui peut être considéré comme une maltraitance psychique.

Le cercle vicieux dans lequel les personnes tombent au niveau de la satiété est terrible. Je vous en dis juste quelques mots puis je passerai aux aspects davantage de mon domaine. C'est le problème de l'instabilité glycémique, avec tous les problèmes qu'il va y avoir pour réguler cette instabilité lorsque l'insuline marche moins bien, comme on vient de vous l'expliquer juste avant. Mais c'est aussi le problème de l'augmentation du volume gastrique et ce sont là davantage les recherches en endocrinologie, qui ont montré qu'il y a une hormone dans la paroi gastrique, la gréline, qui, dès que le volume de l'estomac est diminué d'un quart, commence à signifier au cerveau "je commence à avoir un peu faim". Lorsque l'estomac est complètement vide, cela va donner "j'ai très faim".

Mais lorsqu'un estomac n'est pas de volume normal et que, pour essayer de réguler les difficultés de nourriture, on prend l'habitude de prendre des coupe-faim du style des pommes, des crudités, beaucoup d'aliments, on a un effet iatrogène puisque l'on augmente le volume gastrique et qu'un repas de taille normale ne remplit même pas la moitié de l'estomac. On sort donc de table affamé et l'on est psychiquement toujours tendu, jamais détendu par le fait de se nourrir.

C'est la raison pour laquelle l'aggravation va de mal en pis, avec la rencontre de mouvements dépressifs, d'un sentiment de chaos, d'un effroi qui est lié au fait de ne pas trouver la sortie tout seul, de ne pas pouvoir se dégager d'un trouble de la conduite alimentaire une fois qu'il s'est installé. J'en parle l'aujourd'hui du côté de la boulimie et de l'obésité mais c'est la même chose du côté de l'anorexie, où il a d'autres phénomènes chaotiques. Dans la cure d'amaigrissement, il y a aussi des phénomènes chaotiques.

"Chaos" signifie logiques chaotiques, c'est-à-dire toujours logiques d'interface. On trouve des logiques chaotiques dans les risques étiologiques, par exemple. Que signifie "on les trouve dans les troubles alimentaires" ? L'interface pour les troubles alimentaires, c'est "somatique psychique".

"Logique chaotique" signifie qu'un effet papillon est efficace pour rééquilibrer comme pour déséquilibrer. Il faut parfois peu de choses. Vous avez vu que, même pour le cœur, avec très peu de diminution de la masse grasse il y avait une amélioration. Psychiquement, c'est pareil. Il faut surtout de l'engagement, de l'investissement, de la patience et de la ténacité chez ceux qui accompagnent les personnes ayant un problème d'obésité. Cela va déjà faire une synergie positive.

Il faut très peu de choses pour défaire cette synergie positive et la refaire basculer dans le négatif. Même effet papillon. Une toute petite contrariété, une phrase d'un professeur, d'un copain ou d'une copine, peu de choses et l'envie de manger se réactive et tout l'effort de plusieurs journées peut se défaire en cinq minutes.

La logique chaotique, c'est aussi l'imprévisibilité. Lorsque l'on commence à soigner quelqu'un pour excès pondéral majeur, il n'est pas possible de savoir si l'on arrivera à un résultat ou pas. C'est la même chose pour l'anorexie et c'est lié à la grande difficulté de stabilisation. Stabilisation au jour le jour mais aussi stabilisation du poids. Lorsque l'on a maigri, la période la plus difficile psychiquement est la période de stabilisation. C'est la période où commence à apparaître la fatigue, la sensation de fatigue, les mouvements dépressifs. Le premier signe en est l'irritabilité et la difficulté à dormir.

On doit donc toujours arrêter un régime avant d'arriver au moment des signes dépressifs, et c'est lorsqu'il y a une plus grande irritabilité que l'on doit commencer la stabilisation. Et l'utilisation des traitements de petite envergure au niveau antidépresseurs peut être utile dans la période de stabilisation. Une fois que tout l'effort est fait, il peut être effectivement gâché puisque l'on sait que, quelle que soit la méthode, qu'elle soit nutritionnelle, par hospitalisation, par clinique, par séjour dans des camps ou psychothérapique, de toute manière, dans les trois quarts des cas, six mois après, non seulement le poids perdu est repris mais c'est avec un surpoids supplémentaire.

Vous voyez donc (je rejoins l'intervention précédente) que, du point de vue psychique, l'objectif n'est pas de perdre beaucoup parce que l'on reprendra beaucoup. L'objectif est d'arriver à stabiliser, à ne plus monter, et le sport dans ce domaine va être important, dans ses effets somatiques mais aussi dans ses effets psychiques d'arriver à conserver le sentiment de confiance en soi en apprenant à être persévérant et patient.

Je veux insister maintenant sur le sentiment de honte qui accompagne l'obésité. C'est bien sûr dû, surtout pour les jeunes, aux réflexions de l'entourage, mais c'est aussi lié à cette situation apocalyptique intérieure dont je viens de vous parler, qui est le sentiment d'être dans un labyrinthe dont on ne trouve pas la sortie. Il est donc important de leur redire toujours que l'on ne peut effectivement pas trouver la sortie seul, que l'on a besoin d'être accompagné, coaché ou soutenu, en tout cas accompagné.

En effet, avec la honte de ne pas être comme les autres, surtout à l'adolescence, où il est terrible d'être différent des autres, il y a un sentiment de solitude, une mise à nu et souvent des vécus de persécution qui sont déjà dus à l'instabilité émotionnelle qui va avec le trouble hypo hyperglycémie mais aussi avec la réalité de la vie en collectivité, qui concerne les trois quarts du temps de la journée d'un adolescent.

A cela s'ajoute souvent un trouble de la perception. En effet, lorsque l'on est très enveloppé, on est en difficulté sensoriellement pour avoir les repères concernant son propre corps. Et je parlais tout à l'heure des situations traumatiques, j'ai parlé de maltraitance, de violence, de situation d'être victime, par exemple d'agressions sexuelles ou d'être le bouc émissaire, mais il y a aussi des situations de la vie quotidienne en famille et de la vie personnelle qui donnent des sentiments de désolation et de confusion, où "l'anti dépresseur" (c'est un peu cela) peut être le chocolat, les aliments sucrés.

Dans cet état de désolation et de confusion, il y a une particularité de la relation au langage. Il y a souvent un décalage entre la pensée et les mots, parce que la personne s'exprime souvent moins, prend l'habitude de peu parler, et il est difficile pour elle de nommer ce qu'elle ressent puisqu'elle ne peut pas le comparer avec ce que ressentent ceux qui n'ont pas le problème d'obésité.

Elle vit l'adolescence d'une façon extrêmement différente et doute du coup de ses perceptions, puisque l'interaction est plus réduite que pour les autres adolescents. Or, dans la crise d'adolescence, dans ces moments de fracture psychique, de crise, c'est le groupe qui aide, qui est la solution des adolescents. D'où l'importance de trouver une façon de leur permettre de faire du sport, qui soit un moyen pour eux d'être en groupe sans être de nouveau là exclus par leur essoufflement ou leurs difficultés.

Le dégagement de ce chaos, c'est donc un travail à plusieurs, même s'il n'y a qu'un seul interlocuteur (je veux en dire quelque chose au niveau psychique), que ce soit un médecin, une infirmière scolaire ou un professeur de sport, quel que soit le lieu du travail. On a l'impression (je vais prendre une métaphore qui vous va pour le domaine du sport) d'être comme en montagne, lorsque l'on doit monter pour se dégager dans une cheminée et que l'on doit escalader en s'appuyant contre deux parois, tantôt à droite tantôt à gauche. Là, c'est tantôt du côté de la compréhension du somatique, tantôt du côté de la compréhension de l'enfer psychique qu'est le fait de vivre dans un corps qui n'est pas le même que celui des autres.

Comme en montagne, je dirai que le plus efficace dans l'aide, c'est la cordée réversible. Pour ne pas arriver à l'épuisement, soit de celui qui accompagne, soit de celui qui se soigne à travers l'activité qu'il fait, il me semble important qu'il y ait réversibilité, c'est-à-dire que ce soit tantôt celui qui l'accompagne qui le guide, tantôt lui-même qui passe devant, qui apprenne à se guider, à avancer et à entraîner l'autre. Comment est-ce possible ? Il me semble que ceux qui accompagnent les personnes qui souffrent d'obésité à l'adolescence doivent surtout témoigner que d'autres qu'ils connaissent sont arrivés à un résultat de meilleure estime d'eux-mêmes de meilleure confiance et de meilleure relation à leur corps. C'est ainsi que l'on passe en avant.

Pour la personne qui a un trouble du poids, la façon de passer en avant, c'est de redire sa motivation, de redire son désir de sortir de cette impasse, et, ensemble l'un et l'autre, de savoir avoir des moments de reconnaissance qui ne soient pas seulement de trouver des repères, de reconnaître la difficulté, de reconnaître l'amélioration par rapport à la difficulté, mais qui soient aussi une reconnaissance mutuelle et une gratitude mutuelle. En français, le mot "reconnaissance" signifie aussi rendre grâce, prouver et dire sa gratitude. Je pense que c'est l'un des moyens importants, dans mon expérience en tout cas avec les personnes souffrant de trouble d'obésité, parce que leur grande sensibilité est aussi un avantage ; ce n'est pas qu'un inconvénient. Ce sont souvent des gens très ouverts à l'intérieur, derrière cette carapace qui, s'ils l'ont voulue au départ, maintenant les gêne.

Nous avons donc à entrer en contact avec l'être qui est derrière cette carapace, même au niveau de son corps. Le corps de cette personne telle qu'elle le vit n'est pas le corps visible ; c'est le corps sensoriel, le corps moteur tel qu'elle le ressent à l'intérieur, tel qu'elle peut l'imaginer, comme un handicapé peut s'imaginer encore marcher alors qu'il ne le peut pas. La personne obèse se fait souvent mal lorsqu'elle se déplace parce qu'elle estime qu'elle ne peut pas passer là, qu'elle ne peut pas s'asseoir dans ce fauteuil, etc., parce qu'à l'intérieur d'elle-même, ce n'est pas dans ce corps qu'elle est. Le corps psychique et le corps réel morphologique ne sont pas toujours en accord.

Le fait d'aimer redonner forme au corps lorsqu'on le modifie par le sport (même si on le modifie peu dans son poids, on le modifie dans son appréhension) est extrêmement important. C'est une manière de redonner le goût de vivre ; c'est une nourriture psychique qui pourra avoir un effet tel qu'en sortant de l'activité, la personne n'aura pas envie d'aller prendre ce que l'on a vu tout à l'heure. On a vu "j'ai dépensé donc je vais manger des choses sucrées".

C'est vrai pour une raison qui contre argumente ce que je viens de dire juste avant. C'est vrai parce qu'il y a une toxicomanie au sucre, que l'on est donc devant une addiction et que le fait de se sevrer d'une addiction (que ce soit le cannabis, l'anorexie ou la boulimie, c'est la même chose), c'est passer par une traversée du désert, par des cauchemars, par de la fatigue et par une dépression de remaniement. Je la qualifie ainsi parce qu'il ne faut pas la confondre avec une dépression de déséquilibre. On peut faire une dépression parce que l'on s'ouvre, parce que l'on devient disponible à des choses auxquelles on n'était pas disponible avant.

Ne confondons donc pas et n'ayons pas forcément la réaction de dire "va voir ton médecin traitant pour qu'il t'aide avec des médicaments". Non ! L'antidépresseur psychique, c'est cette situation où, à la fin de l'activité, on

accompagne le bord de la fin de l'activité, les dernières minutes, pour que les dernières minutes ne soient pas un vécu de frustration. En effet, si ces personnes sont frustrées, elles mangent ; c'est leur défense addictive. Mais si elles ont confiance en elles au moment de sortir et si elles redisent leur motivation en passant devant (cordée réversible), elles pourront tenir un peu plus longtemps.

D'autre part, ce sont des gens qui ont de l'intelligence et, plus les repères objectifs, au niveau aussi bien psychique que somatique, sont donnés de ce qu'est se changer, de ce qu'est changer, plus on sait que changer c'est rencontrer de l'angoisse, c'est parfois être triste, pour ensuite rebondir et s'ouvrir. Lorsque l'on sait que l'ouverture a cet effet, on ne pense pas forcément à prendre du sucre après. Mais si, non seulement on se soigne mais plus on se soigne plus on est mal et l'on ne sait pas que c'est transitoire, que c'est comme une traversée du désert pour arriver à un meilleur équilibre émotionnel, cela ne va pas.

Je pense aussi qu'il est important de ne jamais prendre la partie pour le tout. C'est-à-dire que la difficulté ressentie psychiquement, ce n'est pas forcément tout leur faute ni tout la faute des autres. Ce n'est ni l'un ni l'autre. Il y a aussi des données hormonales, des données de la répartition adipeuse du corps, des données de la culture et de la sédentarité et une autre donnée dans notre culture, sur laquelle je voudrais venir, celle de l'accélération.

J'ai parlé du trouble du rythme au sens du non respect de l'heure des repas mais je pourrais parler aussi du non respect du sommeil pour les enfants qui se couchent trop tard, qui vivent au rythme de parents qui ne les voient que dans les dernières heures de la journée et qui les voient peu le matin. Cette accélération nous habite tous, de telle sorte que nous sommes aussi hyperactifs, ce qui est une forme bien contemporaine de l'addiction. Plus on en fait, plus on pense que c'est bien. Et bien non ! Je considère que, pour aider quelqu'un qui a un trouble du poids, il faut en faire peu. Il faut le faire entrer dans un rythme qui est de ralentir, parce que le fait du trouble addictif, que ce soit de ne plus rien manger ou de manger trop, c'est une accélération, qui a des aspects physiques et psychiques. Les aspects physiques, c'est l'estomac qui grossit et l'instabilité glycémique, et le psychique, c'est le fait de ces logiques chaotiques. C'est comme s'ils étaient sur un sol où l'on ne sait jamais si la pierre qui est là est stable ou si elle est sur quelque chose où l'on va tomber.

Il faut donc apprendre à reconnaître ces logiques et à se dire que la manière d'avancer c'est un peu pas à pas et non pas tout ou rien. Et il ne faut jamais prendre la partie pour le tout au sens où la volonté de modifier son corps n'est qu'une partie de sa journée, qu'une partie du sens de sa vie ; ce n'est pas tout. Notre façon d'accélérer, d'être hyperactifs peut nous donner envie d'avoir des résultats au sens quantitatif. Or, cela ne donnera jamais de résultats dans ce domaine ; cela aggravera le problème et cela conduira à ce que les personnes ne reviennent plus vous voir parce qu'elles auront honte et non pas parce qu'elles pourront penser que la méthode avait des inconvénients.

Je voudrais évoquer les vécus de colère que nous avons lorsque nous accompagnons de telles personnes. Il est assez normal d'éprouver de la colère, pas forcément contre elles, bien que notre premier mouvement soit celui-là, mais parce que le fait que quelqu'un soit pris dans les rets d'un trouble du comportement alimentaire déclenche en nous des culpabilités. La colère est donc contre notre culture et contre... Vous insistez beaucoup au niveau sport sur la

sédentarité mais c'est toute une absence de temps dans la vie pour vivre qui nous amène à cet état. C'est un indice d'une absence de temps.

La colère est aussi un mouvement qui les aide, si l'on peut la leur parler et la parler en alliance. Vous avez parlé de bouger ; je rappelle "bouge de là". Il y a quelque chose qui est du "déchirer de la fixation", en quelque sorte de s'engager dans une naissance avec des forceps. Il faut tirer, mais tirer pour donner des repères avec un regard de confiance et pour donner du courage pour entreprendre ensemble, non pas pour stigmatiser.

En fait, le début de la confiance c'est le regard de l'autre. C'est le regard qui habille celui qui a honte, celui qui se sent dénudé, qui se sent démuné d'avoir la pauvreté d'être là à demander de l'aide parce qu'il n'y arrive pas tout seul. Si nous voulons avancer, nous devons donc utiliser cette sainte colère en nous pour nous donner du courage et leur en donner, mais nous devons aussi penser toujours à les respecter, et la meilleure façon de les respecter ou d'avoir le sentiment que notre travail est respecté (parce que notre colère va être "vous ne respectez pas mon travail, vous faites tout de travers"), c'est de penser à l'être qui est là et non pas seulement à celui qui a un trouble du poids.

Pour parler de la guérison, je voudrais dire que notre société a à réfléchir sur un aspect : le fait de signaler le surpoids à un enfant de 3 ans ou de 13 ans, c'est-à-dire tout petit, ou bien à la puberté, ne donne pas forcément que des bonnes choses. Nous ferions donc bien souvent de balayer sous notre porte en pensant à quelle nutrition nous donnons en collectivité à nos enfants et à nos adolescents et en travaillant, en œuvrant dans ce sens en respectant les heures des repas et le temps de jeu ensuite (qui n'y est plus) pour se détendre. En effet, le risque en particulier à la puberté (et je peux témoigner que nous le rencontrons souvent en endocrinologie), c'est de déclencher une anorexie chez quelqu'un qui avait un très léger risque de surpoids.

La grande quantité d'anorexies actuellement chez les filles vient en partie du fait que, par la mode, nous avons habitué notre regard à une mode squelettique, à ce qu'une taille 34 soit la taille non pas d'un enfant de 12 ans mais de quelqu'un de 16 ans, et du fait que même les mères, du coup, ne tolèrent plus ce que l'on appelait autrefois "l'âge bête". L'âge un peu rond, un peu enveloppé, le petit surpoids de la puberté comme il y a le petit surpoids de la ménopause, c'est une période où l'instabilité hormonale est telle qu'il est normal d'être rond. Or, quand on ne l'est pas un peu à cette période, même pour la mode, c'est gênant puisque les seins ne vont pas grossir correctement.

Il faut donc faire très attention, par rapport aux mesures et à notre désir de bien faire, de ne pas avoir d'effets iatrogènes. Et je peux vous dire qu'en travaillant depuis trente ans sur les troubles alimentaires, j'ai beaucoup d'humilité concernant la iatrogénie, c'est-à-dire la maladie créée par l'action médicale. Cela a déjà été déjà dit tout à l'heure mais je le redis et j'en témoigne d'une autre manière.

Nous avons donc intérêt à expliquer aussi les risques d'une vigilance qui devient dramatique puisqu'elle oublie la puberté, qui est aussi un moment où l'effort n'est pas possible. Dans cette période, il y a des retards scolaires, des difficultés scolaires. Il n'est donc pas toujours judicieux de commencer dans cette période. En revanche, faire du sport dans cette période me paraît une bien meilleure solution que la solution nutritionnelle. Merci.

## **Contre point : Mme Catherine LIOTARD.**

Le fils de Pierre est un adolescent un peu gros, tellement complexé et tellement mal dans sa peau qu'il refuse obstinément de sortir de chez lui.

Il dit "les gens vont se moquer de moi !". Alors son père lui explique. Il lui dit "les gens ont la langue comme la langue de bœuf, à la fois salée et sucrée. Salée lorsqu'ils te disent du mal jusqu'à te faire très mal et sucrée lorsqu'ils te flattent jusqu'à te rendre vaniteux". Mais le fils de Pierre ne voulait pas comprendre.

Alors, avec tout son amour, son père lui a expliqué "demain, tu viens au marché avec moi". Le lendemain matin, à la première lueur, ils quittent la maison. Le père est monté sur l'âne et le fils marche à côté. Ils arrivent sur la place du marché. Il y a des gens qui discutent. En les voyant arriver, les gens commencent à critiquer : "mais regardez cet homme ! Il est monté sur son âne et il ne voit pas que son fils marche à côté de lui et sue sous la chaleur accablante !"

Alors Pierre dit à son fils "tu as entendu ? Demain, tu reviens au marché avec moi". Le deuxième jour, Pierre et son fils font l'inverse ; c'est le fils qui monte sur le dos de l'âne et c'est Pierre qui marche à côté. Ils arrivent au marché ; le groupe de gens critique : "mais regardez cet enfant ! Il est monté sur le dos de l'âne et il laisse son vieux père marcher à côté de lui sous la chaleur !" Le père dit à son fils : "tu as entendu ? Demain, tu reviens au marché avec moi".

Le troisième jour : Pierre et son fils quittent le domicile en tirant l'âne derrière eux. Ils arrivent au marché et les gens se moquent : "mais regardez ces deux fous ! Ils tirent l'âne derrière eux ! Ils ne savent donc pas qu'un âne est fait pour monter dessus ?" Pierre dit à son fils "tu as entendu ? Demain, tu reviens au marché avec moi".

Le quatrième jour, ils quittent la maison et ils sont tous les deux montés sur l'âne. Ils arrivent au marché et les gens manifestent leur indignation : "mais ce n'est pas possible ! Regardez ! Ils sont tous les deux montés sur un âne, mais la pauvre bête ne peut pas porter des choses aussi lourdes ! Alors Pierre dit à son fils : "tu as bien entendu ? Demain, tu reviens au marché avec moi".

Le cinquième jour, ils arrivent sur la place du marché en portant l'âne sur leur dos, et les gens disent : "mais regardez ces deux fous ! Il faut les enfermer ! Ils ont un âne et ne savent pas en profiter ! Ils le portent sur leur dos !"

Alors Pierre dit à son fils : "tu vois, quoi qu'il arrive, les gens ont toujours quelque chose à dire ! Alors toi, trouve dans ta tête, trouve dans ton cœur et dans les quelques personnes qui peuvent t'aider ce que tu as envie de faire, laisse les gens parler à tort et à travers et fais-le !"

Et le fils de pierre le fit, et le fit bien !

**M. RENAUDIE.-** Merci beaucoup. Je passe la parole à Claire Perrin puis, à la fin de son intervention, je me propose de vous laisser la parole pour quelques questions avant que nous passions au deuxième module de la matinée.

## → → → "Du devoir d'exercice aux goûts des pratiques physiques."

**Mme Claire PERRIN, maître de conférences UFR STAPS Lyon.**

Je tiens à prendre quelques instants pour remercier Claude Bouchet et François Renaudie et leur dire combien j'ai apprécié la manière dont ils ont réussi à faire se rencontrer des acteurs de différents secteurs pour créer des synergies. Je voudrais aussi remercier Laurence JAY, à la fois parce que c'est elle qui a permis cet accueil à l'UFR STAPS et qui a résolu toutes les questions de coordination avec la FRAES et avec la Direction de la Jeunesse et des Sports, et surtout pour ces temps de "respiration" qu'elle a créés avec beaucoup d'humour, et qui nous apportent des mises à distance précieuses. Je profite enfin de ce superbe conte hindou sur l'histoire de l'humanité dont Cathy Liotard vient de nous faire le cadeau, pour aborder maintenant la question des significations sociales des activités physiques et sportives et celle des modèles qui sous-tendent les interventions de promotion de l'activité physique dans une perspective de promotion de la santé des adolescents.

Madame Combe utilisait l'image d'une cordée réversible pour évoquer la relation qu'elle préconise avec l'adolescent en surpoids. Créer les conditions pour que l'adolescent puisse devenir « premier de cordée », renvoie à un modèle qui valorise l'objectif d'autonomie de l'adolescent et qui suppose la mise en place d'un accompagnement très subtil qui ne se confond pas par exemple avec la perspective du « coaching ». Mon intervention est donc destinée à penser les dynamiques au sein desquelles est traitée la question de l'activité physique pour les adolescents en surpoids. Elle s'organise en trois temps :

- Le premier consiste à porter un regard sur les campagnes d'information et de sensibilisation relatives aux activités physiques.
- Le deuxième de passer au niveau des actions de proximité.
- Le troisième propose de s'attarder sur les pratiques d'activités physiques spontanées des jeunes et sur leurs représentations, l'objectif final étant de déboucher sur des pistes de réflexion qui pourront éventuellement être empruntées au cours de la journée.

### **1. Les campagnes d'information et de sensibilisation**

Pour commencer, prenons le temps d'observer un curieux décalage entre l'approche de l'alimentation et celle de l'activité physique. L'ensemble des messages concernant l'alimentation s'oriente vers l'idée de manger « mieux », de manger pour sa santé. En ce qui concerne l'activité physique, il est demandé de bouger « plus ». L'approche de l'alimentation a connu ces dernières années une nette évolution dans le sens d'un travail sur la qualité, d'une prise en compte des significations sociales, d'une conception de l'alimentation en termes de pratiques

culturelles. La sociologie de l'alimentation a d'ailleurs certainement joué un rôle important dans l'évolution de ces conceptions.

En ce qui concerne l'activité physique, les stratégies de communication semblent fonctionner en écho avec celles de l'alimentation mais avec un temps de retard important : elles restent pour l'instant centrées sur la quantité.

Les guides concernant l'alimentation, qui sont par ailleurs très esthétiques, sont construits sur l'idée d'une permissivité des choix alimentaires. Chacun est encouragé, non pas à réduire sa ration alimentaire mais à manger pour sa santé. Ce sont les plaisirs gustatifs qui sont mis en avant, symbolisés par les portraits souriants réalisés à base de fruits et de légumes que vous connaissez bien.

Concernant les adolescents, des typologies sont également proposées à partir de leurs goûts alimentaires, aucun de ces goûts n'étant jugé, ni condamné. Ce portrait : "j'aime bien le fast food" en est une illustration. Concernant le "bouger plus", les supports iconographiques sont nettement moins travaillés pour l'instant. N'oublions pas que nous sommes dans une première étape de ce qui est fait sur l'activité physique. Ils tournent autour de deux idées essentielles : l'effort et la convivialité. Dans l'ensemble, les messages procèdent d'un étiquetage de la sédentarité comme conduite déviante qui guette la vie des adolescents appelés à la vigilance. Cette vigilance passe par le développement de l'autocontrôle de son activité, par une autodiscipline : se contraindre à un minimum de 30 minutes d'activité physique par jour.

Cette centration sur la quantité, le calcul, prend son sens dans le modèle de la nutrition. L'idée est bien d'équilibrer la balance énergétique entre les sorties que constitueraient les pratiques physiques et les entrées qui renvoient à l'alimentation. Finalement, à niveau d'énergie égal, toutes les pratiques physiques se valent. Inutile de s'intéresser à la forme que peuvent prendre les pratiques, pourvu que les adolescents bougent. C'est l'image d'un corps machine qui est mobilisée. Elle renvoie à des rapports fondamentalement individualisés au corps, et interpelle l'adolescent en tant qu'ingénieur de sa propre machine.

Si les campagnes d'information créent une dynamique autour de l'activité physique, un environnement favorable pour sensibiliser les adolescents à l'importance de l'activité physique pour leur santé, il semble important de repérer les modèles de corps et les modèles d'acteurs qu'elles mobilisent pour nous alerter sur les pièges à corps qu'elles peuvent tendre sans le vouloir.

## **2. Les actions de proximité**

Voyons ensemble l'évolution des pratiques professionnelles et sociales. La question de l'activité physique commence à faire son entrée aujourd'hui dans l'espace de la consultation médicale. Pour dire cela, je m'appuie sur l'étude que je mène en ce moment sur les nouvelles dynamiques professionnelles autour de l'activité physique dans les réseaux de diabète en France, et que j'étends à d'autres réseaux concernant les maladies chroniques ainsi qu'à d'autres dispositifs de prise en charge. Si cette entrée se fait principalement sous la forme d'information et de recommandations de pratique, on observe également des tentatives de rompre avec une approche paternaliste chère à la tradition clinique : « tu sais que tu devrais pratiquer une activité physique pour ta santé »...avec l'introduction d'une approche contractuelle qui intègre l'initiative du patient, selon le modèle de la cordée, les goûts des jeunes, de ce qu'ils font déjà et ce qu'ils ne font pas, etc., pour construire avec eux des objectifs. Ces nouvelles pratiques encore peu nombreuses débouchent sur des collaborations

avec des professionnels de l'activité physique adaptée à même de mettre en place un accompagnement de ces projets adolescents. On en trouve aujourd'hui dans certains REPOP.

Au niveau Jeunesse et Sports, la politique du Sport Santé qui s'est accélérée, se traduit par des démarches qui visent l'accueil et le suivi de personnes en surpoids ou à risque. Je citerai notamment la dynamique de la Fédération Française d'Athlétisme, avec les coachs "athlé-santé", les réflexions menées par la Fédération de natation, les fédérations affinitaires (EPMM : Education Physique dans le Monde Moderne, EPGV : Education Physique et Gymnastique Volontaire), qui ont la volonté de s'ouvrir à différentes classes d'âges et de ne plus rester centrées sur les publics plus âgés et les femmes.

En éducation physique, il y a aussi toute une réflexion qui est menée et il y a des changements de pratiques : on est d'ailleurs passé de la dispense à l'inaptitude (et ce n'est pas tout à fait récent) et surtout à l'idée de créer des conditions d'accueil pour tous les élèves, quel que soit leur état de santé, leur situation de handicap..., ce qui se traduit par des réflexions professionnelles, des propositions de contenus d'enseignement et des formations dans ce domaine.

Vous avez eu aussi quelques échos sur les formations universitaires en STAPS qui ont, en tout cas à Lyon, intégré la perspective de la promotion de la santé, notamment par une convention avec la FRAES qui intervient à la fois dans la formation des professionnels de l'activité physique adaptée, qui sont aujourd'hui de nouveaux intervenants dans les réseaux de santé, et qui peut s'ouvrir à la formation des professeurs d'éducation physique.

Cette vaste dynamique est organisée autour de l'idée de promotion de l'activité physique dans une perspective de promotion de la santé. Mais on constate qu'il y a tout de même une tendance à privilégier les interventions à valence cognitive et rationnelle, c'est-à-dire que l'on donne beaucoup d'importance aux informations, explications, recommandations. C'est l'approche par le discours qui est privilégiée avec les adolescents, par le contrat que l'on va mettre en place avec lui. Ce sont les pratiques traditionnellement associées à la santé comme la course à pied, la natation, voire la musculation, les gymnastiques d'entretien, etc., qui sont le plus souvent privilégiées.

Les dispositifs mis en place pour l'instant ont tendance à sous utiliser les mises en jeu du corps dans des expériences pratiques, à sous-utiliser le développement de compétences motrices et psycho-sociales et celle du développement du sentiment de confiance en soi.

Ce constat révèle des points aveugles très importants : la question des inégalités sociales en est un et non des moindres. Le surpoids et l'obésité ne vont pas se retrouver de manière identique dans toutes les catégories sociales : on le sait bien. Mais surtout, nous ne sommes pas tous « libres et égaux en droit » devant l'activité physique. Les inégalités dans le rapport au corps et dans celui aux activités physiques et sportives ont été mises en évidence par les travaux de sociologues comme Pierre Bourdieu, Christian Pociello et bien d'autres et sont confirmées dans mes études : l'habitus qui renvoie à « l'ensemble des manières d'être, de penser et d'agir » est différencié en fonction de la position dans la structure sociale. Des adolescents de milieux défavorisés, de surcroît filles, et de surcroît en surpoids, cumulent les facteurs d'inégalité. On ne peut pas considérer que tous les adolescents auxquels on s'adresse ont les mêmes ressources et les mêmes possibilités de changement. Certains ont besoin plus

que d'autre d'un accompagnement avant de pouvoir devenir autonome dans une pratique physique.

Ces deux points aveugles rendent caduques les stratégies exclusivement informatives et incitatives telles qu'on les connaît, et nous orientent vers un accompagnement qui pourrait intégrer le vécu dans des activités physiques qui ont des significations culturelles, le vécu du corps dans une situation d'interactions avec d'autres.

### 3. Les pratiques d'activités physiques des jeunes et leurs représentations

Dans ce troisième temps, je vais vous présenter rapidement les résultats d'une étude sur les représentations sociales que j'ai pu réaliser dans un centre de médecine préventive en Lorraine auprès de plus de 3.000 personnes<sup>1</sup>. Une analyse factorielle des correspondances sur les réponses obtenues a permis de mettre en lumière des relations d'affinité entre les pratiques physiques et les pratiques de santé et ainsi de faire émerger des représentations sociales.

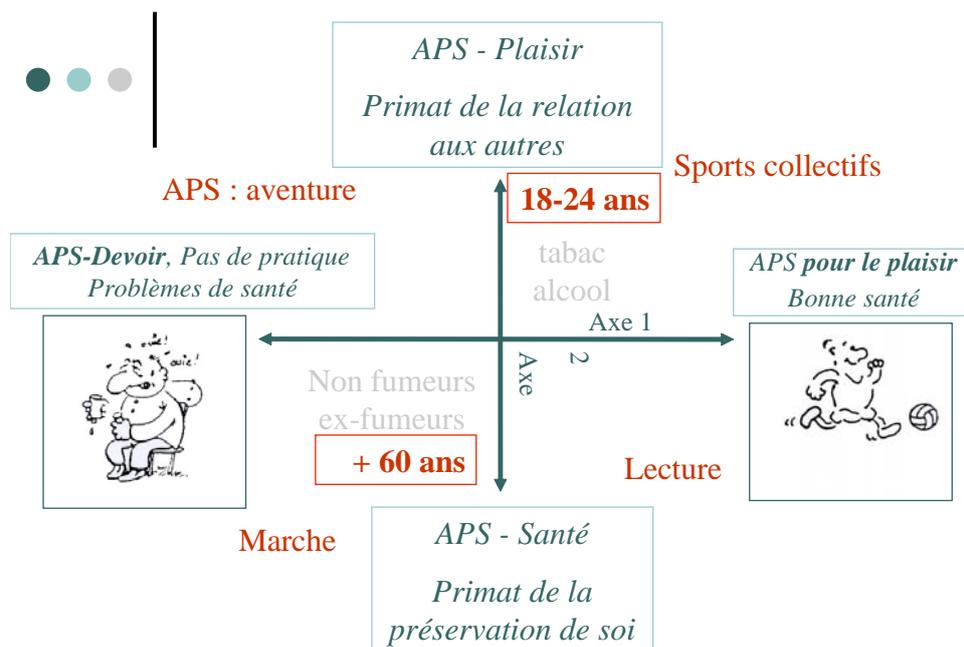
Sur un premier axe, s'oppose une pratique d'activités physiques pour le plaisir avant tout, à des activités physiques associées à l'idée de devoir pour la santé. La pratique « pour le plaisir » est liée à des évaluations positives de l'état de santé, à des consultations médicales très peu nombreuses, à des consommations de médicaments pour ainsi dire nulles. Les sports qui ont du poids dans la définition de ce profil sont le football, le tennis et la course à pied.

De l'autre côté, l'idée de « devoir de bonne santé » est associée à une auto évaluation de l'état de santé très négative, à des consultations médicales fréquentes et à des consommations de médicaments importantes. Cette idée de devoir concerne tout autant l'alimentation, le sport, le brossage des dents, etc. Ce profil fait état d'une bonne intégration des recommandations médicales. Pour autant, il n'y a pas d'effet dans les pratiques puisque les réponses concernant la pratique réelle d'activités physiques sont négatives, l'absence de pratique étant expliquée par « des problèmes de santé ».

On a donc d'un côté une santé en actes dans l'activité physique mais qui, pour finir, est appréhendée non pas sous l'angle de la santé mais sous l'angle du plaisir, et de l'autre côté une idée de devoir qui n'est pas associée à des pratiques.

---

<sup>1</sup> Perrin C., Ferron C., Gueguen R., Deschamps JP. (2002) Lifestyle patterns concerning sports and physical activity, and perceptions of health. Social and Preventive Medicine, 47 : 162-171

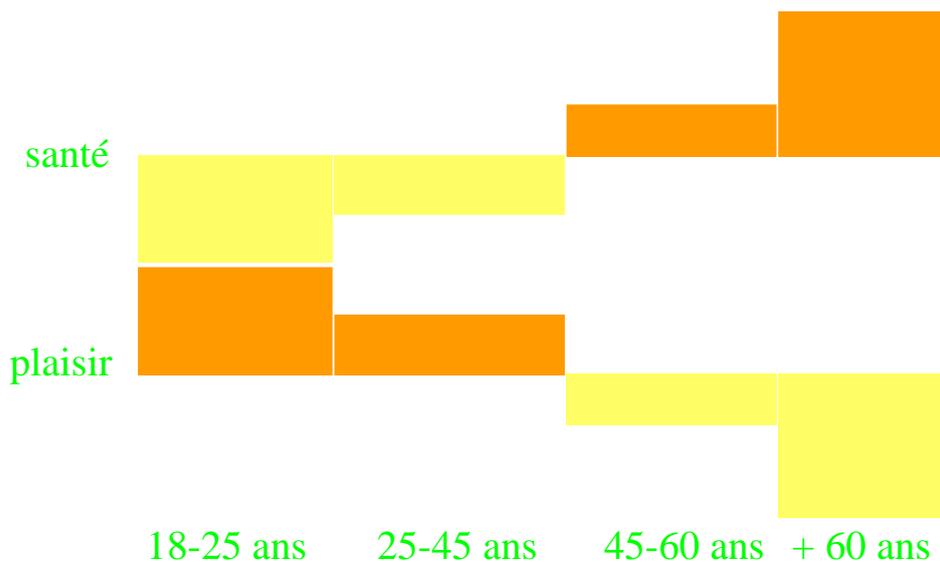


L'axe 2 que vous allez découvrir progressivement oppose des sports collectifs, des activités physique orientées vers l'aventure à la pratique de la marche et à la lecture, une consommation de tabac et d'alcool importante à des non-fumeurs et des ex-fumeurs...

L'organisation des réponses dans cette partie de l'axe est encore orientée vers le plaisir mais il y a une indication nouvelle : le primat est accordé à la relation aux autres.

Dans le profil opposé, les activités physiques sont associées à la santé avant tout et un primat est donné à la préservation de soi. D'un côté un profil de pratiques avant tout pour le plaisir et la convivialité et de l'autre des pratiques avant tout pour la santé et la prévention. La projection des variables supplémentaires aboutit à un étagement des classes d'âges, les plus jeunes étant dans le premier profil et les plus âgés dans le second.

Je voudrais vous permettre de visualiser le rapport de la santé et du plaisir dans l'activité physique, tel qu'il est apparu dans cette étude. Il y a deux axes.



Au fur et à mesure de l'avancée en âge, on a une inversion des objectifs, une bascule entre 40 et 50 ans, qui nous permet de comprendre que l'attribution de sens va changer avec l'âge. On ne peut pas ici opposer une pratique de plaisir à une pratique santé. Dans les deux cas, les deux objectifs sont bien maintenus. C'est leur rapport qui va changer.

Par exemple pour les populations de 60 ans et plus, les pratiquants de marche, activité fréquente, expriment qu'il est important pour eux de faire « au moins deux heures de marche », de « ne pas se blesser pour pouvoir poursuivre leur activité » : c'est prioritaire pour eux. Il n'empêche que la dimension plaisir (avoir vu de beaux paysages, être avec des personnes que l'on apprécie, passer de bons moments..) sera tout aussi importante. Elle garantira aussi la continuité de la pratique.

Les intérêts sont différents selon l'âge et promouvoir une activité physique chez les jeunes au nom de la santé ne paraît pas des plus opportuns.

En résumé, il paraît important de se méfier des risques de réduction des activités physiques et sportives à un exercice physique individuel et de la projection sur les adolescents d'une approche sanitaire individualiste, qui irait dans le sens d'une normalisation culturelle du style : "il faut que tu coures, que tu fasses tel type d'effort minimum. Toi seul es responsable, tu dois contrôler ton activité physique... ». Le risque est grand d'aboutir ainsi à un renforcement des inégalités culturelles et sociales. Les messages qui encouragent des jeunes à se remettre en activité physique seront d'autant plus utilisables que ceux-ci sont dans un milieu favorisé, qu'ils disposent de soutiens, qu'ils ont déjà été socialisés aux activités physiques dans une association à l'idée de loisir et de plaisir et non sous le seul angle de la contrainte.

Pour terminer cette intervention, je voudrais ouvrir sur quelques pistes pour inventer ensemble de nouveaux dispositifs pour les adolescents. Il s'agirait ainsi de :

- Permettre aux adolescents de s'éprouver dans des pratiques, d'arrêter de leur « dire » ce qui est bon pour eux dans une approche qui se veut

rationnelle, qui, sous couvert de responsabilisation, risque de devenir culpabilisante, voire stigmatisante.

- Partir des sensations, de l'expérience du corps pour permettre aux adolescents d'apprendre à se connaître dans la relation aux autres.
- Leur permettre d'apprendre à connaître les pratiques physiques et sportives dans leurs dimensions culturelles, dans leurs significations sociales. En effet, on sait que le choix d'une pratique, pour les adolescents comme pour les adultes, contribue largement à la construction de l'identité. Etre grimpeur, athlète, footballeur, judoka ou danseur,... ne peut se confondre. On n'affiche pas du tout la même identité pour soi-même comme pour les autres.
- Veiller à ce que ces dispositifs nourrissent de nouvelles formes de convivialité au travers des pratiques physiques, plutôt que d'inciter les adolescents à un autocontrôle.
- Permettre aux adolescents, ce qui va dans le sens de cette idée de cordée, de se mettre en projet, à leur rythme, dans une activité qui ait du sens pour eux. Eviter de les orienter vers une pratique que l'on aurait décidée bonne pour eux, en leur évitant par exemple de se confronter à leur image en danse, à la difficulté de hisser leur poids en escalade.... Au contraire, partir de ce qu'ils aiment faire et leur donner les moyens d'y accéder.
- Développer des stratégies d'accompagnement des adolescents qui cherchent à développer le goût, ainsi qu'un minimum de compétences avant de viser l'autonomie en les orientant vers des clubs ou des associations. L'accompagnement paraît une étape indispensable dans une perspective de lutte contre les inégalités.

Je terminerai sur cette image d'individus qui s'agitent ensemble servilement. S'il est important de bouger, la perspective de l'agitation ne paraît guère plus appropriée à un projet de santé. D'où l'intérêt de penser l'activité physique des adolescents en termes de pratiques culturelles associées à une histoire humaine et des significations sociales. Merci.

**M. RENAUDIE.** - Merci beaucoup. Je vais demander à Michel Guinot et à Colette Combe de revenir à la table et, comme nous avons pris du retard, je vous propose de vous "accorder", si j'ose dire, 10 minutes un quart d'heure de questions, puisque nous ne voulons pas écourter ce temps, qui est la signification même de cette journée. Y a-t-il des questions pour nos trois orateurs, qui ont été passionnants sur des aspects physiologiques, psychologiques ou sociologiques de notre problématique ?

**Un participant :** Tout d'abord, merci d'avoir eu l'idée de réunir des personnes qui éclairent le projet, la problématique et la complexité. J'ai été émue, y compris par l'intermède, de ces vigilances des trois sur "que veut-on faire ?", "attention de ne pas faire maigrir mais plutôt de stabiliser", les risques qu'il y aurait, avec tout ce que l'on nous a dit, la vigilance des maladies iatrogènes en tant qu'éducateur promotion de la santé, et puis Claire, sur la démarche d'éducation promotion de la santé, partir de ce qui est bon pour l'autre. Je voulais vraiment témoigner là d'une très forte émotion, d'une communauté, même si nous allons travailler sur la diversité pour avancer.

**Un participant :** Une question plus particulière à Colette Combe : je souhaiterais que nous revenions sur cette notion de dépression. Il y avait

deux hypothèses qui pouvaient être antinomiques : celle consistant à dire "attention, à un certain niveau, on peut arriver dans un cycle de dépression, d'irritabilité, de problèmes de sommeil, où l'on pourrait concevoir qu'il faudrait relever le pied sur la mise en œuvre pour le ou la jeune", et, à l'inverse, celle consistant à dire que c'est un passage obligatoire pour s'ouvrir sur un autre monde, sur une nouvelle voie, donc que c'est un passage qu'il faut accepter et accompagner. Que peut-il être redit sur ce passage qui peut être d'un côté mauvais ou d'un côté normal ?

**Dr. COMBE.** - En fait, il est bon d'aider la personne à dire ce qu'elle éprouve, de partir de là. Ce que je fais beaucoup, c'est parler de l'écart entre la dernière fois que l'on a été ensemble et aujourd'hui. Qu'est-ce qui change ? Et sans aucun critère centré sur le corps, parce que les sensations qui éveillent à savoir de quel type est le mouvement dépressif peuvent se situer dans : "j'ai moins peur lorsque je suis avec les autres dans la cour ; ce qu'ils disent m'intéresse". C'est un indice d'ouverture mais, en même temps, cela va faire arriver de multiples autres exigences qui n'existaient pas jusque-là.

En fait, on va pouvoir mener ce mouvement dépressif, qui est au départ négatif parce qu'il est lié au sevrage et à la perte des défenses liée à l'addiction (tabac, alcool, toutes les addictions). On peut s'identifier à celle de la personne qui vit un changement dans son corps au niveau de sa forme et de sa nutrition, à travers les autres, parce que l'on connaît d'autres addictions. Lorsque l'on arrête, on est désemparé, mais si, dans la façon d'en parler ensemble, on agit comme si l'on a une pièce de monnaie avec un côté positif et un côté négatif et si l'on parle des deux de façon indissociée, on ne peut pas être plus sensible, plus ouvert, sans voir du coup plein de choses que l'on ne voyait pas auparavant et sans avoir des remords de s'être enfermé dans une addiction pendant des années, sans avoir des remontées très pénibles de regrets. Mais, grâce à cela, on va aussi... C'est le témoin que l'on est ouvert.

En le parlant ainsi, on peut dire que l'on tire un mouvement dépressif lié au sevrage et à la perte de défenses vers un mouvement de remaniement et d'ouverture.

On peut faire la même chose pour quelqu'un qui perd son travail mais il y a une période critique qui est que seul, rien n'est possible, parce que la perte de l'enveloppe, c'est presque comme être déshabillé, tout comme la perte du travail, alors qu'en même temps, on va peut-être pouvoir sortir de l'impasse dans laquelle on était auparavant.

Le critère de gravité de la dépression, c'est complexe dans l'alimentaire parce que c'est surtout la difficulté de dormir. Mais, pour quelqu'un qui mange mal, qui dort très mal, on a habituellement un double mouvement. Il commence à mieux dormir en se nourrissant mieux, ne serait-ce qu'au niveau de la variété des goûts et du plaisir à se nourrir. Il est plus détendu et il s'endort mieux. Mais, comme il est en mutation dans son addiction, il peut faire des cauchemars. On peut donc dormir mieux et dire en même temps que l'on dort mal. Il faut donc se demander ce que c'est.

D'autre part, quelqu'un qui a un excès de poids (c'est davantage vrai pour les jeunes adultes mais c'est déjà le cas pour les grands adolescents) s'endort très tard, au-delà de minuit forcément, donc le travail pour ne pas avoir d'aggravation au niveau du trouble du sommeil, c'est de remonter le sommeil, parce qu'ils dorment souvent plutôt le matin et, de ce fait, ils se décalent.

Je ne sais pas si j'ai répondu sur la dépression d'ouverture...

**Un participant :** Lorsque l'on aborde l'activité physique, j'ai toujours une question qui me revient de façon très régulière en tête. Je ne suis pas sûre que nous aurons la réponse aujourd'hui mais il me semble important de la soulever : vous avez dit à plusieurs reprises ou sous-entendu qu'il était important de tenir compte de l'environnement et que tout ne venait bien sûr pas de l'individu. Colette Combe en a parlé notamment au sujet des heures de repas. Et, concernant l'activité physique, je me pose toujours la question de la manière dont elle est envisagée à l'école. On s'agit souvent pour questionner le nombre d'heures consacré à l'activité physique mais, bien au-delà, je m'interroge souvent sur le paradoxe qu'il peut y avoir entre cette importance du plaisir, qui figure effectivement dans les guides pour la nutrition et probablement beaucoup moins pour l'activité physique, et le fait que ce soit noté à l'école. C'est une question.

**Mme PERRIN.** - Je présume que cette question va être re-débattue avec Monsieur Vigneron lors de la table ronde mais l'éducation physique est conçue comme étant une discipline scolaire, donc faisant partie d'un socle de socialisation de l'ensemble des jeunes. Pour cette raison, elle est évaluée comme les autres disciplines.

Cela dit, on ne sait pas toujours très bien qu'il y a de multiples manières d'envisager l'évaluation, que, dans les critères utilisés, il y a moyen de travailler sur les contrats avec les élèves et que ce n'est pas parce que l'on est en surcroît et en difficulté que l'on aura une mauvaise note.

En revanche, l'évaluation est certes là, et vous faites le postulat, Madame Cavelier, qu'elle empêche tout plaisir... C'est une question que nous devons nous poser.

En tout cas, et dans l'esprit des journées aujourd'hui, il est certain qu'il y a un manque de connexion entre les différents acteurs. Je ne sais pas si la note est une vraie question telle que vous la posez mais je dirai que, souvent, le malaise des adolescents en surpoids en cours d'éducation physique est dit par exemple en consultation ou au réseau, et il y a rarement des échanges entre les professionnels sur la difficulté que rencontrent les jeunes à un certain moment.

Et l'une des solutions, c'est tout de même que les différents professionnels puissent se connecter, être en synergie pour qu'au moment où le jeune essaye de se réengager dans une activité physique, s'il a des difficultés, etc., ils puissent se le dire et trouver des solutions d'accueil qui lui conviennent bien. Mais l'évaluation n'est pas une évaluation sur la performance qui ferait que, parce que l'on est en surpoids et que l'on est moins performant, on sera moins bien noté. C'est souvent quelque chose que l'on n'appréhende pas très bien et il sera important, cet après-midi, de pouvoir aller plus loin dans cette connaissance.

**Un participant :** Je parle non pas uniquement des personnes en surpoids mais de façon plus globale, en particulier pour les personnes qui sont dans des classes socioculturelles plus en difficulté que d'autres. Je me demande si cela ne rajoute pas une difficulté supplémentaire dans la notation de l'activité physique...

**Mme PERRIN :** On pourrait d'ailleurs se poser la question pour toutes les disciplines scolaires, qui posent également des problèmes à ces élèves en difficulté.

**Un participant :** Je voudrais savoir si l'activité physique doit être l'objet d'une notation.

**Mme PERRIN.** - Je ne peux pas vous répondre davantage. C'est une bonne question mais elle mérite que l'on en discute plus longuement.

**M. RENAUDIE.** - Michel Guinot va également répondre puis nous pendrons une dernière question, courte si possible, pour une réponse courte.

**Dr. GUINOT.-** Le problème de la note est important, comme dans toute situation de handicap. Il faut simplement adapter la notation aux capacités physiques de l'individu, donc cela nécessite que les enseignants soient formés à l'approche du handicap et à la façon dont ils vont adapter leur notation. C'est également valable pour les déficits cognitifs que l'on peut voir chez les enfants et, à mon sens, c'est la même chose pour l'éducation physique et sportive.

**Dr. COMBE.-** Ne pas avoir de repères, cela ne peut pas aller. Si l'on n'a plus de repères, qu'on les appelle "notation" ou autres, c'est être handicapé. Il n'y a même plus de notation et cela ne serait pas mieux. Mais il faut effectivement qu'elle soit adaptée à la flexibilité des performances liée à la différence garçon fille. Mais les repères sont essentiels et, dans notre société, on a tendance à les supprimer lorsqu'il y a un problème, pour que cela ne décourage pas. Mais ce n'est pas cela qui décourage ; c'est la façon dont on les utilise et dont on leur donne ou pas du sens.

**M. RENAUDIE.-** Une dernière question avant la table ronde suivante.

**M. RENAUDIE.** - Je passe le relais à Chantal Lapostolle-Dangréaux pour cette deuxième table ronde.



# Comment soutenir et accompagner la motivation à la pratique d'une activité physique ?

---

Table ronde animée par Chantal Lapostolle-Dangréaux, Education Santé Isère, coordinatrice des formations FRAES

## Mme Chantal LAPOSTOLLE-DANGRÉAUX

La règle du jeu est un court exposé pour pouvoir faire part des expériences avec les thématiques qui ont été nommées, puis le débat se fera à la fin en essayant de respecter le cadre, puisque la formule est bien d'échanger et de partager des pratiques. Nous allons commencer avec Franck Demaret.



## "RéPOP Grand Lyon : Etat des lieux et questions concernant l'accompagnement de l'activité physique chez les enfants trop gros. L'accompagnement des familles de jeunes en surpoids."

### Dr. Franck DEMARET, RéPOP Grand Lyon.

Je suis médecin coordinateur du RéPOP Grand Lyon à mi-temps et j'ai une activité de médecin généraliste libéral à mi-temps. Je parle donc avec ces deux casquettes.

Pour représenter le RéPOP, c'est le Réseau pour la Prise en charge et la prévention de l'Obésité en Pédiatrie, qui prend en charge des enfants trop gros sur la zone géographique de la CourLy. A ce jour, après trois ans d'activité, il a pris en charge environ 650 enfants. Il comprend 109 professionnels adhérents (psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes) et 88 médecins dont deux tiers de médecins généralistes et un tiers de médecins pédiatres, qui essaient de fonctionner ensemble de façon coordonnée. Cela rentre dans ce discours du dégageant du chaos, qui est d'être à plusieurs (j'ai retenu) ; c'est le fonctionnement et l'idée du réseau.

Nous venons de sortir des résultats à trois ans qui montrent que, pour 71 % des enfants que nous avons suivis, il y a une amélioration des indicateurs de corpulence, et, comme beaucoup, nous avons une tonalité de prise en charge et de discours initial qui était très centrée sur la dimension nutritionnelle et comportementale.

A la fois l'expérience des praticiens et puis le deuxième volet du PNNS, qui pondérerait un peu l'approche de l'activité physique, nous ont fait un peu évoluer

dans ce domaine et nous ont invités à prendre en compte de manière plus affirmée le domaine de l'activité physique.

Pour montrer nos carences initiales, nous présentons là nos questions parce que nous sommes dans l'élaboration de nos approches sur l'activité physique.

Au terme de notre évaluation, une enquête a été faite à la fois auprès des médecins adhérents au RéPOP et auprès des familles qui ont bénéficié du RéPOP. Il est intéressant de voir que les médecins se sont sentis étayés, formés sur tout ce qui est lié à la prise en charge en groupe, aux éléments comportementaux alimentaires. Le petit trou à 46 % concerne les apports en termes d'activité physique. C'est sans doute lié aux carences de formation initiale et aussi à l'approche générale de ce problème.

De façon corollaire et attendue, on voit que 62 % des familles prises en charge dans le réseau ont modifié leur comportement alimentaire, et c'est à mettre en perspective avec 16,2 % des familles pour qui quelque chose a changé dans la pratique de l'activité physique.

Je prends souvent en formation l'image de l'affiche du PNNS. C'est davantage qualitatif que quantitatif par rapport à ce que vous disiez tout à l'heure mais cette affiche, que les médecins étaient invités à coller dans leurs salles d'attente, donnait 10 items concernant le "mieux manger" et il y avait un item concernant le "plus bouger", l'invitation à marcher 30 minutes par jour. Cela donnait aussi l'équilibre entre les deux discours.

Nous avons cherché et nous cherchons à faire progresser les médecins dans ces approches, en donnant des outils, surtout d'approche de prise en charge et de consultation, pour tout ce qui concerne l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel. Nous l'avons donc proposé à un certain nombre de nos médecins. Cela résiste ; nous avons du mal. Vous parliez de cette approche qui a tendance à se généraliser. Je vous trouve optimiste pour le moment. Nous avons du mal à faire adhérer les médecins libéraux dans cette approche d'éducation thérapeutique, d'entretien motivationnel.

Nous avons proposé une formation, qui a été suivie par une vingtaine des 88 médecins (ce n'est déjà pas mal, me direz-vous). Elle nous invite justement à sortir du discours injonctif. Même si l'on est invité à donner des éléments quantitatifs et d'incitation, tout l'enjeu ensuite est le "comment on va engager cela". Parmi les enfants que je suis dans mon activité libérale pour des problèmes de poids, j'en ai revu un hier : à raison d'une séance mensuelle, il a fallu six mois pour passer de l'idée d'une inscription à une activité physique au fait de s'y inscrire et de débiter l'activité. En effet, il a fallu travailler ensemble sur ce qu'il voulait faire, sur la façon de le faire, sur les limites financières (nous y sommes également confrontés), le lieu, le moment, etc. Il fallait répondre à tout cela ensemble.

J'aime bien parler des podomètres, qui sont un sujet polémique dans le domaine de l'évaluation. Les recommandations du PNNS sont les fameuses 30 minutes de marche rapide par jour, ce qui correspond à 12.000 pas sur un podomètre. Chez l'enfant, les recommandations sont le double. Pour nous, médecins libéraux en pratique, c'est un outil peut-être d'évaluation mais surtout de motivation, d'aide à la prise en compte de la réalité de leur activité physique, et c'est un outil d'objectif. Je ne vais pas dire à l'enfant qu'il doit faire dès le lendemain 20.000 pas par jour, mais si un enfant fait en moyenne 4.000 à

5.000 pas par jour, c'est un objectif raisonnable, mesurable, que l'on peut poser avec lui dans son activité physique, qui n'est pas une activité sportive, qui est une activité physique quotidienne, donc qui l'invite à repenser ses déplacements, etc. On peut avoir l'objectif de faire 1.000 à 2000 pas supplémentaires dans les mois à venir.

Nous avons créé et mis à disposition de nos médecins une mallette à outils d'éducation thérapeutique, là aussi pour les aider à poser des objectifs avec ces enfants, pour les accompagner dans ce chemin de partenaire. Et puis, ce que va développer un peu Alexandra, nous essayons de plus en plus, à travers des partenariats avec des structures sportives, de proposer des structures intermédiaires de remise en marche de ces enfants, pour lesquels l'activité physique en club n'est pas possible, pour de multiples raisons, des raisons d'expériences négatives initiales, etc.

## → → → "L'accompagnement des enfants dans une pratique physique."

Mme Alexandra HUGUENEL, RéPOP Grand Lyon.

Je prends la suite de Franck pour continuer à évoquer le thème des questionnements sur l'accompagnement des enfants dans une pratique physique. Je voudrais vous parler de l'expérience Roller Kid, la première expérience sur l'activité physique dans laquelle le RéPOP s'est engagé. Par souci de temps, je serai rapide et, de surcroît, le programme figure dans le guide Ré-Activité, avec toutes les explications.

Je rappellerai que ce concept était novateur dans le sens où la prise en charge était tournée sur l'activité physique, qu'elle était démedicalisée. Je rappelle que, pendant deux ans et demi, le RéPOP a proposé à certains enfants de s'inscrire dans une prise en charge de groupe, avec ce programme Roller Kid.

Deux fois par semaine, une séance de rink hockey (du roller sur patins à roulettes) était proposée aux enfants. Une fois par mois, un médecin venait sur la piste de hockey pour voir les enfants, les peser, les mesurer, et une esthéticienne intervenait également chaque mois, toujours autour de l'activité physique.

Ce programme a bien fonctionné, aussi bien que sur les autres prises en charge. Toutefois, quelques limites se sont dessinées. Le fait qu'il y ait recours à un prestataire de service pour ce programme a limité au niveau de la coordination, le RéPOP n'étant pas maître de l'évolution de ce programme. De surcroît, le coût étant assez important, il était limité à quelques enfants ; une vingtaine par an pouvait donc bénéficier de ce programme.

Une autre limite existait en termes de proximité, puisque ce sont les enfants habitant près du lieu des entraînements qui étaient en mesure de participer au programme, et aussi du fait que c'était une activité spécifique, le roller, qui ne correspondait pas forcément au goût de tous les enfants ou qui ne pouvait pas être pratiqué par certains du fait de leurs limitations physiques.

Face à ces limites, le RéPOP a voulu s'orienter de manière différente, déjà ne pas compartimenter une approche avec l'activité physique au niveau groupal, et aussi une prise en charge individuelle où il n'y aurait pas la question de l'activité physique. Il a donc voulu étendre un peu à tout le monde le fait de pouvoir proposer des activités sportives.

Le choix a donc été de trouver des partenaires, des associations sportives locales ou des fédérations comme l'EPMM Sports pour Tous. L'intérêt est un faible coût pour les familles pour pouvoir accéder à ces activités puisqu'elles sont prises en charge par le RéPOP.

Ensuite, le fait de diversifier les activités sportives, c'est aussi diversifier les lieux, donc cela résolvait un peu le problème de proximité par rapport à Roller Kid, l'unique programme.

L'autre avantage est de permettre une entrée dans le groupe possible toute l'année. Si un enfant est vu au mois de janvier et s'il faut lui faire une proposition d'activité physique, il n'est pas forcément toujours possible d'entrer dans un club en milieu d'année. Là, cela permettait, par ce groupe, de s'engager immédiatement dans une activité.

L'intérêt est aussi d'avoir des groupes restreints d'enfants obèses, dans le sens où un travail spécifique à chacun peut être engagé.

Mis à part ces intérêts, il y a aussi des limites. Finalement, le problème de proximité et de choix d'activité n'est pas résolu parce que c'est toujours le même problème, si une activité est proposée dans un lieu donné, c'est celle-là que l'enfant va forcément pratiquer si c'est proche de chez lui, et ce n'est pas forcément l'activité dans laquelle il a envie de s'engager. Le problème du choix de l'activité n'est donc pas résolu.

Suite à ces deux expériences, deux types de questionnements se posent.

Le premier questionnement consiste à savoir si la mise en place de ces séances d'activités sportives qui ne coûtent pas cher, qui sont de proximité et qui sont réservées aux enfants obèses, peut être une réponse à l'engagement des enfants dans une pratique physique régulière. Il y aura forcément des oui et des non.

Oui pour certains enfants ; ce sera le moyen d'un déclic à un certain moment. On a une proposition à faire, une activité proche de chez eux, et cela va leur permettre de s'engager, parce que les parents ont parfois vraiment besoin d'être accompagnés, de se voir proposer quelque chose de concret qui ne soit pas loin, et la mise en place des activités va le permettre.

En revanche, c'est non parce que c'est une activité spécifique et tous les enfants n'ont pas forcément envie de s'engager dans la pratique qu'on leur propose, ou tout simplement, l'idée de s'engager dans une pratique physique n'est pas forcément dans leurs préoccupations. Au RéPOP, on se demande donc actuellement quel type d'accompagnement on peut proposer à ces enfants, qui sont a priori réticents à une pratique physique.

Il s'agit de mettre en place un dispositif qui permette l'engagement à long terme des enfants obèses, dans une pratique physique qui soit autonome et régulière, et bien sûr de leur choix.

Voici un tableau que j'ai conçu, dans lequel je place les activités physiques adaptées dans le RéPOP, c'est-à-dire que le médecin peut demander l'aide d'un psychologue, d'un diététicien si besoin est, pour aider l'enfant, mais le RéPOP pourrait aussi proposer des activités physiques adaptées, pour que l'enfant puisse à un moment donné bénéficier d'un cycle éducatif dans lequel on pourrait développer différents aspects. Je vous renvoie là à différentes interventions qui ont pu être faites.

Il s'agit donc de développer les compétences et enrichir les expériences, au niveau corporel et au niveau psychosocial. Au niveau corporel sur des repères de son propre corps (Colette Combe en a parlé), donc l'intérêt des activités physiques adaptées. Au niveau psychosocial, c'est sur la relation aux autres, sur la confiance en l'autre aussi. Les activités physiques adaptées permettent de travailler spécifiquement sur différentes dimensions, la dimension sociale, psychologique, physiologique ou physique, par leurs entraînements (je me réfère à l'intervention de Michel Guinot), au niveau psychologique aussi (je me réfère à l'intervention de Colette Combe sur la confiance en soi et la persévérance).

Ensuite, je fais référence à l'intervention de Claire Perrin sur le fait de pouvoir donner aux enfants la possibilité de goûter à de nouvelles pratiques sportives qui soient variées, et de surcroît, cette activité physique adaptée ou ce cycle éducatif dont pourraient bénéficier les enfants obèses à un certain moment, permettrait aussi un espace d'échange et de parole, c'est-à-dire que les enfants puissent se retrouver entre eux, avec les mêmes problématiques, donc inciterait ces enfants à retrouver la parole, à nommer leur ressenti dans les activités physiques.

Par rapport à ce que Colette Combe évoquait aussi à propos de la crise d'adolescence, le groupe peut être une aide importante et la finalité de ce cycle éducatif qui pourrait être proposé en activité physique adaptée, c'est de construire un projet individuel d'activité physique, qui parte des désirs des enfants, des goûts, du sens qu'ils donnent aux pratiques de leur choix. C'est donc la finalité.

A l'heure actuelle, nous nous posons une question sur la passerelle. Nous attendons donc justement de cette journée qu'elle nous apporte des pistes pour construire des passerelles, comme vous le voyez sur le schéma. A un certain moment, l'enfant est pris en charge par le RéPOP sur un cycle éducatif en activité physique adaptée ; comment, et qui prend le relais ? Quelle passerelle peut-on trouver entre le RéPOP et l'extérieur ? Les relais peuvent être des structures sportives locales, le milieu scolaire, l'implication des familles. Comment créer cette passerelle ? Quels partenaires trouver ?  
Merci.

**Dr. DEMARET.-** Un mot de conclusion : aujourd'hui, l'essentiel des enfants que nous voyons rentrent en zone d'obésité entre 2 et 5 ans. Aujourd'hui, quand on relit l'histoire de leur obésité de manière rétroactive, qu'est-ce que proposer une activité physique, tout ce discours d'activité physique chez des enfants de ces âges ? Cela reste une question pour moi.

**Mme LAPOSTOLLE-DANGRÉAUX.-** Vous faites bien la transition avec ce que nous vous avons proposé. Nous réfléchissons tous à la façon d'accompagner les familles. Ce serait ma façon de revenir au titre de votre intervention, dont vous

disiez que vous étiez un peu éloigné. Nous avons retenu les questions que vous vous posez : quel genre d'accompagnement de l'enfant, mais, avec la dernière remarque que vous venez de faire, quel genre d'accompagnement des familles avec la demande à tous de pouvoir apporter des réponses aujourd'hui. Claudine Sansonetti-Perrin va maintenant pouvoir intervenir.

## → → → "Apport des techniques motivationnelles auprès de l'adolescent obèse dans sa prise en charge."

**Dr. Claudine SANSONETTI-PERRIN, praticien attaché au CHU de Grenoble, service Nutrition Pédiatrie Pôle Couple Enfant.**

Nous pouvons être les meilleurs thérapeutes, chacun dans nos domaines, mais si l'adolescent dont nous nous occupons n'est pas réellement motivé pour changer, il est vraiment inutile de proposer une alimentation équilibrée ou une activité physique adaptée.

Le principe du travail motivationnel a été mis au point dans les années 85 par Miller et Rollnick. Il vise à développer de la part de la personne que l'on a en face de soi une réelle compétence, une réelle envie de faire quelque chose pour elle-même.

Un schéma simple de type comportement opérant (selon Skinner) permet d'expliquer la situation de l'adolescent obèse.

L'ennui, la tristesse, la colère, les émotions négatives, les réflexions de l'entourage, les réflexions des pairs (les autres adolescents) sont autant de stimulus qui vont provoquer chez l'adolescent une réaction, (des grignotages au quotidien) qui peut évoluer vers un véritable problème de comportement alimentaire, binge eating disorder (mangeur compulsif). Rajouté à l'isolement, à l'inactivité, cela peut conduire à l'obésité. Bien entendu, grignotages, inactivité et isolement ont une fonction protectrice chez l'adolescent et lui apportent un minimum de réconfort.

Tout le travail va consister à limiter ces comportements alimentaires néfastes et à encourager une activité physique régulière, pour améliorer, voir stabiliser l'indice de masse corporelle. Dans ce schéma, les entretiens motivationnels ou l'utilisation de thérapies (comportementales en ce qui me concerne) peuvent être des éléments qui renforcent positivement cette nouvelle action.

Bien souvent on se trouve face à un problème d'ambivalence et toute la technique des entretiens motivationnels est fondée la mise en évidence de cette dernière et sa résolution. Le patient a un choix cornélien entre son comportement actuel (grignotages, isolement, sédentarité) et les avantages qu'il procure (plaisir, réconfort) et les bénéfices à changer ce comportement (esthétique, santé, physique,...). Toute la technique de travail doit l'amener à faire le choix du nouveau comportement.

Deux psychologues, *Prochaska et Di Clemente*, nous permettent de comprendre au travers de leur travail sur les comportements addictifs à quel stade de motivation se situe le patient.

Lorsqu'il est au stade pré-contemplatif, « il n'a pas de problème ». Il est donc inutile d'arriver avec nos recommandations diététiques et nos éléments facilitant l'activité physique. Le but du jeu va être de le faire passer à un stade contemplatif, où le patient est dans la capacité de dire : « effectivement, il y a peut-être un problème, mais je n'ai pas forcément envie de m'en occuper ».

Au fil des entretiens et en utilisant bien entendu les techniques motivationnelles on peut l'amener au stade de détermination : "j'ai un problème, je le reconnais ; il faudrait faire quelque chose mais je ne suis pas capable de le faire tout seul et j'ai besoin d'une aide ».

En quelques consultations, aidé par le praticien, le patient peut modifier un peu sa façon de manger. Il s'est aperçu que, pendant une ou deux semaines, il était capable de faire quelque chose. Alors finalement, ces petites tentatives et l'empathie thérapeute lui permettent de se déterminer : « j'ai un vrai problème , pouvez-vous m'aidez ?».

On passe au stade de l'action: « j'ai un problème ; je décide de m'en occuper ». A ce moment-là, on est vraiment dans un travail plus concret( des conseils nutritionnels, aide à l'activité physique). Le patient va percevoir qu'il est capable de maîtriser un peu les choses et prend confiance en lui.

Les actions sont donc engagées dans une phase de maintien. On a amélioré, stabilisé, voire diminué l'index de masse corporelle. Le patient est un peu plus actif ; il accepte de marcher un peu plus chaque jour, de promener son chien ou de faire un peu de sport. Sur le moment, on a pratiquement gagné.

Mais il faut toujours garder à l'esprit que la rechute est toujours possible à la moindre contrariété.

La motivation varie et doit constamment être réévaluée. Le but est de développer la motivation intrinsèque du patient ( de l'ordre de l'intime) et de l'évaluer avec:

- Le facteur de confiance, que le patient place en lui-même pour réussir ses changements de comportement. Miller et Rollnick conseillent d'utiliser tout simplement une échelle analogique de 0 à 10, de manière à pouvoir mesurer le score avec des questions ciblées.
- Le facteur d'importance, que le patient accorde à son problème et à l'éventuel changement qu'il pourrait lui-même engager.

Si ces deux facteurs n'ont pas un niveau suffisant, au moins supérieur à 5 ou 6, le seul travail possible est d'ordre informatif.

Pour s'occuper de ce type de patient, il faut réellement être capable de développer une empathie : être capable d'entendre la souffrance de l'autre, et de soutenir un besoin exprimé du changement. On valorise toutes les modifications de comportements , si minimales soient-elles. Dans tous les entretiens on reformule , on recontextualise, on résume.

Il y a pourtant des pièges à éviter: celui de l'expert. Le seul expert c'est le patient qui se connaît réellement et qu'il faut entendre. Le piège du diagnostic : les patients sont obèses depuis très longtemps. Lorsqu'ils arrivent dans les consultations, cela fait peut-être 8 ou 9 ans que l'histoire dure. Le diagnostic est évident mais la famille a du mal à se positionner. Le piège du jugement : particulièrement au moment de l'examen clinique( se déshabiller, montrer un gros ventre, des vergetures)Il ne faut pas forcément le dévêtir s'il n'a pas envie de se laisser examiner.

La non-observance se repère au travers des consultations qui sont « oubliées » ou des tâches, des actions qui ne sont pas effectuées, des kilos qui ne sont pas perdus, des activités physiques qui ne sont pas engagées.

L'information que nous avons donnée est-elle insuffisante ? N'a-t-on pas fait abstraction des croyances religieuses, de la culture ? En donnant nos conseils, n'avons-nous pas oublié de tenir compte de concepts qui sont très personnels et très intimes ? A-t-on bien tenu compte du statut social et du niveau intellectuel ? On voit souvent en consultation des familles en grandes difficultés qui ont bien du mal à acheter fruits et légumes.

S'agit-il d'un problème de déni ? Le patient a-t-il peur des complications de son obésité ? A-t-il eu dans sa famille un parent mort d'infarctus? A-t-il peur de se placer en situation d'échec ? Enfin y-a-t-il une réelle négligence des soins de sa part, un contexte dépressif ?

Le patient est-il insoumis et nous teste-t-il ? Revendique-t-il un plus grand soutien de notre part ? Se sent-il frustré de ne pas être suffisamment impliqué dans son programme de prise en charge ?

La non-observance est utile à la maturation du projet et nous permet, nous thérapeutes, de négocier les objectifs de soins, de raccourcir s'il le faut nos délais de consultation, de nous rendre plus disponible.

C'est une alliance thérapeutique, une relation de soins, où l'on est en négociation permanente et où c'est le thérapeute qui s'adapte au patient. On est très loin des consultations cliniques paternalistes habituelles.

Je vous souhaite une bonne motivation, une bonne journée, et je vous remercie de votre attention.

## Contre point : Mme Catherine LIOTARD

Après avoir créé le monde, la faune et la flore, l'Être suprême se mit en devoir de modeler l'être humain. Alors il lui modela un corps avec quatre membres pour bouger et un visage avec sept ouvertures pour entendre, pour voir, pour sentir et pour savourer.

Et l'homme en ce temps-là était un Dieu, mais il abusa tellement de cette divinité que l'Être suprême décida de lui ôter cette conscience divine et de la cacher dans un endroit où il aurait beaucoup de mal à la trouver.

Mais où la cacher ? C'était un gros problème ! Alors l'Être suprême convoqua en Assemblée plénière, en colloque, tous les Dieux mineurs et leur posa la question : où cacher la conscience divine de l'homme ?

Alors, les Dieux mineurs réfléchirent et ils dirent : "cachons-là au sommet de la montagne la plus haute. Elle sera ainsi à l'abri et nous serons tranquilles". L'Être suprême leur dit : "je connais l'homme ; un jour, il grimpera sur tous les toits du monde et, avant qu'il ne soit midi à l'heure de la terre, il aura découvert la conscience divine."

Alors les Dieux se remirent à réfléchir et ils dirent : "cachons cet infini savoir au fond le plus profond du plus vaste océan, chez les poissons aveugles. Là, l'homme ne descendra jamais dans un trou sans lumière !" L'Être suprême dit "je connais les hommes ! Un jour, ils feront des navires et des vaisseaux prodigieux et il n'est pas une pierre au fond de l'océan qu'ils ne retourneront pour voir ce qui se cache derrière, et ils trouveront la conscience divine."

Alors les Dieux mineurs réfléchirent encore quelques millénaires et dirent : "cachons-la dans le désert le plus aride. Là, au moins, ils ne la trouveront pas." L'Être suprême répondit : "ils vont faire des tours et des cités dans le désert ; ils vont même y planter des arrosoirs géants et, un jour, un gamin, en jouant au ballon, foulera du pied la conscience divine."

Alors les Dieux déclarèrent forfait et dirent : "nous ne savons pas du tout où la cacher. Il semble qu'il n'y ait aucun endroit que l'homme ne puisse atteindre." Alors, en regardant le soleil, l'Être suprême dit : "regardez le soleil : sait-il qu'il brille ? Et la rivière, qu'est-ce qu'elle connaît de la soif ? Je vais cacher la conscience divine au plus profond de l'homme car c'est le seul endroit où il n'ira jamais la chercher !"

Et la légende conclut que l'homme a depuis fait plusieurs fois le tour de la terre, qu'il a exploré, escaladé, plongé, creusé à la recherche de quelque chose que, finalement, il porte en lui-même.

**Mme LAPOSTOLLE-DANGRÉAUX.** - Bravo ! Après avoir entendu cela, on a du mal à retravailler ! Pour moi, c'est difficile ! Tout d'abord, merci à Claudine Sansonnetti-Perrin.

Je suis heureuse de pouvoir maintenant animer une table ronde où, comme l'a dit le docteur Guinot ce matin, la question de l'obésité n'est pas seulement affaire de spécialiste, mais, sauf à penser que les animateurs sont des spécialistes de l'animation, on a la chance d'avoir à entendre cette fois une expérience qui nous vient du terrain. Après avoir entendu les savoir-faire du docteur Sansonnetti-Perrin avec ce que peut être l'entretien motivationnel, comment le RéPOP a mis en place des dispositifs et se questionne pour améliorer les choses, nous allons pouvoir entendre les savoir-faire d'une professionnelle qui s'inscrit dans une démarche de promotion de l'éducation physique, une promotion en l'occurrence à côté d'un programme de promotion de l'éducation nutritionnelle, mais tout cela dans le cadre aussi de centres de loisirs qui inscrivent ces activités dans le plaisir et la convivialité. Et, à cette heure-ci, où l'on doit être loin de l'état d'hypoglycémie pour ceux qui se sont levés très tôt, je crois que cela nous donne envie d'écouter.



## **"Place et rôle de l'animateur socioculturel dans l'incitation des jeunes à la pratique d'activité physique."**

**Mme LE GOFF, animatrice du centre social "Les Semailles", Rillieux-la-Pape.**

Je viens vous parler de ce projet mené dans les centres sociaux de Rillieux-la-Pape depuis juillet 2006, projet de promotion de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique, puisque pour nous ces deux notions vont vraiment ensemble. Je vais essayer de centrer mon propos sur l'activité physique, puisque c'est le thème aujourd'hui.

Ce projet est mené avec des jeunes qui ont tous entre 11 et 18 ans et qui font partie du même quartier des Semailles à Rillieux-la-Pape, et la chance que l'on peut avoir dans le monde de l'animation, c'est que le plaisir et la convivialité sont là avant tout puisque les jeunes viennent de leur plein gré. Si ce qu'on leur propose ne leur plaît pas, ils ne viennent pas, et si l'on ne fait que leur proposer des choses, ils ne viennent pas non plus. La demande vient d'abord d'eux, de ce qu'ils ont envie de faire. Ensuite, notre rôle est d'essayer de repérer aussi des besoins et, avec tout cela, de pouvoir faire vivre des activités.

L'origine de ce projet, c'était des questions, des interrogations des jeunes. A la base, ils avaient tous envie de pouvoir pratiquer du sport. Il y avait certains freins à le faire et nous allons essayer de comprendre lesquels.

Nous avons pensé que cela provenait peut-être de l'aspect financier mais ce n'est pas le cas puisque, a priori, il y a des tarifs très accessibles sur la commune. En tout cas, le sport semble être accessible pour tous au niveau financier.

Il y a une histoire de distance pour les jeunes. Même faire un kilomètre lorsque cela reste dans la commune dans laquelle ils résident leur paraît être le bout du monde.

Il y a une histoire de cadre aussi, quand il s'agit d'un club sportif ou même au niveau des collèges, cela leur paraît trop contraignant, cette histoire d'engagement, pour eux, est un peu complexe, je pense.

Et puis, il y a une histoire aussi de ville et de quartier et je vais reprendre leur expression : « Est-ce qu'on va bouger de Rillieux » ou bien « est-ce qu'on ne va pas bouger de Rillieux ? » C'est vraiment le terme qu'ils utilisent et je le trouve intéressant. Justement, c'est bien dans ce sens de « bouger » que nous essayons d'aller.

Quelle est la place de l'animateur dans tout cela ? Je pense que, d'abord, c'est une histoire d'accessibilité puisque cela a l'air d'être le premier problème pour les jeunes. Une relation de confiance doit s'instaurer pour permettre aux jeunes de venir dans un cadre qu'ils ne connaissent nulle part ailleurs avec des adultes avec lesquels ils ont une relation qu'ils n'ont avec nul autre adulte puisque, avec leur famille, c'est quelque chose de très différent, avec leurs professeurs, c'est aussi quelque chose de très différent. Donc, je pense que l'histoire de confiance est essentielle.

L'animateur, par rapport à son savoir-faire, va devoir s'emparer des envies des jeunes, de cette participation qui est vraiment une des valeurs d'animation. Dans les centres sociaux, la force qui nous tient vraiment à cœur consiste à arriver avec une demande au départ, exprimée d'une façon ou d'une autre, à faire participer et que les jeunes eux-mêmes s'emparent ensuite de cette participation.

Je pense que cela a été abordé tout à l'heure et c'est un facteur important de réussite.

Après, comme nous disions, les animateurs ne sont pas du tout des spécialistes de la santé ou du sport, mais je ne pense pas que cela soit un frein par rapport à la mise en place de telles actions. Par contre, il y a une obligation : c'est lors de la formation de l'ADES l'année dernière à laquelle j'ai participé, en effet, l'ADES du Rhône abordait ces notions et, en plus, avait l'intérêt de réunir des professionnels de tous horizons : des professionnels de l'éducation nationale, du social, même des élus. Je pense que, quand on veut mener ce genre d'action et que l'on n'est pas un spécialiste, il est important d'aller voir ce qui s'y passe, d'aller se frotter à tout cela, pour essayer d'éviter de commettre certaines erreurs surtout dès que l'on touche à des choses qui sont de l'ordre de l'intimité, quand on parle d'alimentation et de sport.

Ensuite, il s'agit d'un projet qui a pu rayonner pas seulement au niveau des adolescents mais aussi bien au-delà. Nous avons vu qu'il était important de s'y prendre assez tôt à l'avance quand nous voulions prévenir l'obésité, en tout cas, quand nous voulions promouvoir l'activité physique et cela a eu un impact sur tout le centre social et même au-delà, sur la commune. C'est pourquoi il est important de mener cette action avec des partenaires. Nous ne sommes pas seuls pour faire cela. Il existe réellement un groupe de réflexion et je pense que tout le monde s'est senti intéressé dès le départ. Cela veut certainement dire qu'il y a une vraie problématique au sujet de l'activité physique et de la part des jeunes et des enfants, des vrais envies mais aussi des interrogations et des freins que nous pouvons désactiver avec tous les professionnels qui peuvent être concernés. C'est un point important concernant le partenariat.

Concernant ce projet, je voudrais vous dire deux mots sur le concret : il s'agit de la mise en place d'activités physiques. Le choix des jeunes c'était d'aller vers des choses un peu intensives. Tout à l'heure, nous parlions d'aventure. Eux, sont vraiment là-dedans, par exemple, ils sont partant pour tout ce qui est canyoning, c'est-à-dire des choses où il va falloir se dépasser, où ils n'ont pas

l'impression de faire du sport pour leur santé mais tout simplement de faire du sport pour leur plaisir car tout ce qui est proposé leur fait envie.

Donc, cela a donné lieu à la mise en place de camps, de camps sportifs où nous élaborons également les menus pour garder la dimension nutritionnelle.

Je crois que, petit à petit, ils se dirigent vraiment vers une envie de pratiquer un sport. Donc, pour certains, nous allons essayer de passer des relais avec des clubs, parce qu'ils ont ensuite des envies par rapport à des sports en particulier. Donc, des relais se mettent en place.

Concrètement, nous ne travaillons pas spécifiquement et seulement avec des jeunes qui souffrent d'obésité mais aussi avec tous les jeunes du quartier quels qu'ils soient, certains ont l'air d'être en surpoids, d'autres ne le sont absolument pas. En tout cas, pour ceux qui étaient en surpoids et qui nous ont posé des questions par rapport à cela, puisqu'ils en souffrent forcément, nous avons déjà noté une évolution depuis 2006. Je pense notamment à un jeune qui n'avait pas pu faire une activité acro-branche en 2006 parce que, tout simplement, il n'y arrivait pas. Nous avons réalisé un gros travail avec lui et il a pu en 2007 retourner cette fois-ci au parc acro branche et faire cette activité. Il en a ressenti beaucoup de fierté.

Quand nous pouvons constater cela, nous voyons que ce projet a eu des retombées et même si, dans ce cas, cela ne concernait vraiment qu'un jeune, je crois que la promotion pour tous les jeunes est importante même ceux qui ne sont pas en surpoids. Ils ont tous envie de le faire et de réels freins existent. Il y a beaucoup de questions à se poser. Nous parlions tout à l'heure de tout ce qui était socioculturel, de grandes questions se posent réellement à ce sujet.

Le rôle de l'animateur peut véritablement être important. Nous ne sommes pas toujours non plus en capacité de nous mettre en partenariat, nous avons du mal parfois à aller vers certains partenaires. Je pense que, pour autant, il est vraiment indispensable de pouvoir réussir cette mise en réseau. Les personnes qui ont le savoir-faire, je pense aux promotionnels de la santé et du sport et nous-mêmes qui avons un autre savoir-faire qui consiste à pouvoir faire participer des jeunes et à être au plus près de leurs préoccupations, constituent vraiment une force par rapport à l'activité physique. Merci.

**Mme Chantal LAPOSTOLLE-DANGREAU.** - C'est la dernière ligne droite de la matinée. Nous gardons l'idée du quart d'heure de questions comme vous l'avez proposé tout à l'heure car c'est le mode de fonctionnement de la journée. Tout à l'heure, j'ai oublié de me présenter en voulant aller vite : Je suis Chantal Lapostolle-Dangréaux, je fais partie du réseau Education Santé, je suis coordinatrice de la formation au niveau de la FRAES et avec mes collègues, j'accompagne des programmes d'éducation et de promotion de la santé et d'éducation du patient autour de la question du surpoids et de l'obésité.

Après avoir entendu ce que pouvait être l'accompagnement de prévention primaire, la spécificité qui pouvait être faite d'une action sur le terrain par les centres sociaux, nous avons pu comprendre après qu'il existait deux possibilités d'entendre ce qui est en prévention secondaire, la prise en charge et peut-être « l'éducation du patient ». Ce dernier mot a été prononcé tout à l'heure par l'un des deux intervenants : il s'agit de voir comment le médecin se trouve en possibilité d'aider la personne au-delà de la technicité du soin et plutôt de donner envie de faire quelque chose. A vous.

**Mme Stéphanie SCHMITT, diététicienne au centre de santé de Grenoble,** je travaille sur un programme de lutte contre l'obésité dans les quartiers précaires. Je vous ferai part de notre expérience cet après midi ; je voulais juste poser une petite question à Claudine :

Par rapport au réseau du RéPOP Lyon, nous avons parlé tout à l'heure des difficultés rencontrées avec les plus jeunes, il est vrai que la motivation des ados est difficile, mais nous, en pratique, nous avons beaucoup de difficultés par rapport à la motivation de la famille, car les enfants que l'on nous amène sont jeunes, certains ont quatre ou cinq ans, et à cet âge, nous pouvons difficilement les motiver sur leur problème, leur problème est très abstrait (bien qu'abstrait ne soit pas le bon terme) nous avons plus de mal à motiver la famille.

Pouvons-nous utiliser ces techniques de motivation pour la famille ?

**Dr. Claudine SANSONNETTI-PERRIN.-** Oui, tu vas y être obligéE car autant l'adolescent est dans son processus d'autonomisation et tu travailles en direct avec lui, autant là, ce sont effectivement les familles et le plus souvent les mamans que tu vas essayer de motiver. Oui.

**Mme SCHMITT.-** Dès que l'enfant est bien mature, nous pouvons lui parler en direct mais, dans nos quartiers, nous avons des difficultés car les parents pensent que les enfants sont matures et, en fait, ils ne le sont pas, d'où le problème de la motivation.

**Dr. SANSONNETTI-PERRIN.-** Si je fais référence à la patiente que j'ai vue hier soir et que nous suivons et partageons toutes ensemble, la maman s'est tournée vers sa petite fille de douze ans –je précise qu'il s'agit d'une maman d'origine africaine, pourtant intellectuellement et socialement très bien insérée a priori- en disant : « Tu as compris, il faut que tu te motives, Madame Perrin va t'hospitaliser, elle te place dans un centre, tu as compris ce qu'il faut que tu fasses ». La maman était hors du coup. Donc, nous n'aurons pas d'autre choix que de travailler avec la petite qui a douze ans et qui est un petit peu juste dans sa motivation.

Mais je pense que oui, il faut peut-être mettre des outils spécifiques au point pour vous vis-à-vis des parents et des mamans surtout. Il faut réfléchir à cela.

**Dr. DEMARET.-** Je suis toujours gêné par la manière qu'ont les parents que l'on suit de se dédouaner de leur responsabilité parentale. Nous n'avons pas à faire porter la responsabilité de ce chemin de l'obésité à un enfant de cinq, six ou sept ans.

Vincent Boggio qui est un pédiatre qui prend en charge des groupes d'enfants en bas âge à Dijon dit clairement qu'il s'agit de maltraitance parentale dans un certain nombre de cas. Il faut, chez le petit enfant, renvoyer aussi à la responsabilité parentale. Quand je vois un enfant de cinq ou six ans et que, devant moi, la mère le dispute en disant : « t'as vu, je te l'avais bien dit... ».

**Mme SCHMITT.-** C'est notre quotidien !

**Dr. DEMARET.-** Notre travail c'est l'accompagnement de l'autorité parentale mais il faut se méfier, chez le petit enfant, de lui faire porter une responsabilité qu'il ne peut pas supporter. C'est l'impression que j'ai.

**Dr. SANSONNETTI-PERRIN.-** Je suis bien d'accord, il faut sans arrêt jongler entre le fait de ne pas culpabiliser les parents, de les motiver, de ne pas tout faire porter à l'enfant. C'est un exercice difficile. Nous ne sommes peut-être pas bons tous les jours dans ce genre de chose mais nous sommes à chaque fois obligés de faire au mieux, il n'y a que des solutions individuelles.

**Mme Colette PERRIN.-** Je voulais vous remercier tous les trois pour vos interventions. Elles étaient très intéressantes car nous avons, d'un côté, la relation thérapeutique d'un spécialiste consulté par un ado en surpoids et nous avons, de l'autre côté, des jeunes qui viennent pour le plaisir parce qu'ils l'ont choisi. Et ils vont, pour finir, déboucher sur des pratiques d'activités à partir de quelque chose qui est né d'eux-mêmes.

Et là, la question primordiale qui est posée est celle de la motivation : il est vrai que la proposition du RéPOP qui est intermédiaire, est aussi intéressante parce que le RéPOP se donne les moyens à un moment donné -et c'est ce qui va se passer aussi à Grenoble, ce n'est pas une opposition que je fais là- de ne pas être dans la phase de pré-action, mais d'espérer faire naître la motivation de l'expérience elle-même et de la pratique elle-même. Au bout du compte, parmi les choses qui émergent, nous pouvons citer tous ces freins, ces difficultés dans le rapport du sujet face à lui-même, puis tout à coup l'acceptation et l'envie de faire cette bascule.

Là, il est proposé par ces cycles éducatifs, si j'ai bien compris Alexandra, de permettre à des jeunes dans une sociabilité de l'entre-soi -et c'est important par rapport à ce que disait Madame le Docteur Sansonnetti-Perrin- de se faire confiance, de lever des freins. En effet, à un moment donné, des enfants confrontés au même problème qui ont engagé une bascule pour essayer de prendre en charge le fameux problème auquel ils sont confrontés, ont des choses à partager et à éprouver ensemble et des freins à lever ensemble.

J'ai trouvé cela très intéressant car cette table nous a amenés à nous déplacer par rapport à cette question de la motivation. Merci beaucoup.

**Dr. COMBE.-** J'avais envie de vous faire part, en vous écoutant tous, de mon expérience : d'une part, le fait qu'un enfant ou un adolescent, même un adulte veuille changer quelque chose dans son corps, c'est une façon de dire à ses parents ou à ses parents intérieurs, s'il est plus vieux (mais je pense aux petits dont vous parliez) « mon corps ne t'appartient pas ». Quand, effectivement, l'enfant est petit et se trouve avec un excès de poids, ce n'est pas lui qui l'a créé. Nous pourrions dire que c'est par cet excès de poids qu'il appartient, qu'il est possédé, mais cela ne veut pas non plus dire que les parents sont en faute. Les choses sont comme cela, ce sont parfois des histoires transgénérationnelles. Cet enfant n'est pas vu pour ce qu'il est, il est possédé et un des moyens de la possession c'est de lui donner des choses sucrées ou de lui donner beaucoup à manger.

L'autre chose dont je voulais vous faire part en raison de mon expérience qui est d'ailleurs plus l'expérience des anorexies extrêmement

difficiles à soigner, qui ont déjà vu beaucoup d'essais et qui sont en échec, est la suivante : souvent maintenant, j'essaie de voir les parents indépendamment de la personne qui a le trouble alimentaire, de leur proposer de travailler avec eux, non pas sur ce que l'on va faire ou sur la motivation mais sur la difficulté d'en être là, sur le risque de mésentente dans le couple, de reproches réciproques, de culpabilité personnelle, simplement pour que cela puisse être déposé. Je ne pense pas que cela puisse se déposer devant l'enfant ou l'adolescent parce que c'est trop intime au vécu parental ou trop intime au vécu du couple.

J'ai beaucoup été intéressée par la proposition du centre social, parce que je trouve que c'est justement un très bon commerce entre enfant et adolescents qui est de la dimension du jeu. C'est aussi ce que vous avez dit dans ce que vous faites au RéPOP, vous créez l'envie d'une activité physique comme une activité de jeux qui n'est pas centrée sur la santé directement, mais qui lui servira mais qui n'est pas centrée dessus, sinon effectivement, nous sommes nous-mêmes comme les parents, à vouloir diriger, posséder, capter et, bien sûr, nous aurons la résistance humaine la plus vraie dans l'être qui va dire : « Mais pourquoi veulent-ils me posséder comme cela ? »

**M. BOUCHET.** - Une toute petite question à Gaëlle Le Goff sur cette dimension de « bouger » de Rillieux concernant l'animation socioculturelle, nous avons l'impression d'être dans une société de l'hyper mobilité, nous pouvons tout faire, il existe des offres extraordinaires dans toutes les dimensions. Nous disons que la dimension du coût n'est pas forcément le problème, mais que d'autres problèmes peuvent être logés dans les têtes ; « bouger » c'est difficile en terme d'espace et de lieu, pouvez-vous nous en dire un petit peu plus.

**Mme LE GOFF.** - Je vais dire la façon dont je vois les choses, elle n'est peut-être pas forcément la bonne. Mais je pense qu'il serait intéressant de comprendre pourquoi réellement il y a tellement de problème pour ces jeunes à bouger ou à ne pas bouger. En même temps, ils ont envie de bouger mais ils n'ont pas envie de bouger non plus. Il y a tout ce qu'il faut à Rillieux-la-Pape, des bus descendent à la Part-Dieu, à Bellecour. Et, en plus, ce qui est étrange, quand ils viennent nous voir, avec nous, ils veulent bien partir. Ils nous disent : « On ne veut pas faire des activités à Rillieux, on veut s'en aller de Rillieux » mais quand ils sont en groupe seuls, ils ne veulent pas s'en aller de Rillieux ; ils peuvent le faire mais ils ne le font pas. Pourquoi ? Comment ? Je pense qu'après, par rapport à des discussions avec eux, même sur d'autres thématiques que celles-là, ils se sentent -et d'ailleurs, ils l'expriment- enfermés quelque part dans un rôle. Je pense qu'ils se sentent enfermés aussi dans leur quartier parfois. Et ils ont aussi envie d'en sortir.

**Dr. SANSONNETTI-PERRIN.** - A chaque fois, finalement, nous sommes confrontés à la situation d'ambivalence, c'est-à-dire un le choix qu'ils peuvent faire entre « je fais » ou « je ne fais pas ».

Et dans l'expérience que vous décrivez, vous jouez le rôle complet de l'accompagnateur, du thérapeute, de celui qui peut les prendre par la main au bon moment où ils auront envie et où ils seront prêts à partir.

Je peux peut-être dire qu'au moment où l'ambivalence se résout et où le patient veut faire quelque chose, nous ne devons pas manquer ce moment-

là, je le pense plus de par mon expérience en tant qu'institutionnelle qui a des adolescents dans une structure 24 heures sur 24. Quand on frappe à mon bureau en me disant : « J'aimerais faire cela » ou encore « j'ai besoin de vous dire cela », c'est vrai qu'il est difficile de ne pas se rendre un peu disponible au moment où on sent que cela va bouger. Néanmoins, cela demande une grande disponibilité que nous n'avons pas toujours.

**Un intervenant.** - Je voudrais poser une question à propos de la promotion de la santé : nous avons eu des exposés très intéressants de prévention primaire, de prévention secondaire, de soins, de situations très difficiles d'adolescents obèses qui posent des questions très complexes. Alors, pour vous qui êtes confrontée à ces questions, la promotion de la santé réside dans le fait que la société favorise pour ses membres un accès à une vie saine. Il est vrai que, dans certains pays, la promotion de la santé est très développée. Je pense par exemple à la Suède qui interdit les publicités télévisées pour toutes les sucreries qui sont offertes à tous les enfants et à tout le monde.

Donc, pensez-vous que vous avez quelque chose à dire à la société en particulier à ses élus concernant cette espèce de « chaos » ? Je précise que j'ai beaucoup aimé cette expression de « chaos » et il est vrai que, quand de jeunes parents arrivent tard chez eux, ils ont envie de partager leur repas avec leurs enfants, c'est souvent le seul repas qu'ils partagent avec les enfants et les petits dînent tard, se couchent très tard, au niveau de l'organisation de la société, pensez-vous que vous avez quelque chose à dire à la société de ce point de vue-là ?

**Mme LAPOSTOLLE-DANGREAU.** - C'est une question compliquée à laquelle vous allez essayer de répondre.

**Dr. DEMARET.** - Il y a un mois et demi se sont tenues les journées parlementaires sur l'obésité à la Maison de la Chimie, animées par un député de l'UMP et un député du PS et une des choses qui est vraiment ressortie dans les enjeux actuellement c'est la démedicalisation de ce problème de l'obésité. Finalement, les médecins se sont beaucoup appropriés cela et, au fond, un problème de cet ordre-là, épidémique, sur le Rhône, sur la Courly toucherait 40 000 enfants, la réponse dans un réseau comme le nôtre est que nous avons pris en charge 644 enfants, c'est beaucoup et c'est rien, cela questionne forcément plus que la promotion de la santé, pour moi cela questionne le monde politique, l'aménagement de la ville, la manière dont nous pensons les déplacements ensemble, les fonctionnements sociaux.

Je crois que les gens qui travaillent là-dessus en particulier quelqu'un comme Arnaud Basdevant, professeur qui coordonne un peu toutes ces questions d'obésité et de prévention de l'obésité, travaillent de plus en plus à élargir le champ d'intervention et à le démedicaliser, car finalement, les médecins prennent en charge une toute petite partie de ce problème.

Pour finir là-dessus, il a été beaucoup évoqué, lors de ces journées, une question qui, à mon avis, reste problématique et sujette à débat : je veux parler des interdictions publicitaires et, de manière plus large que cela, il y a un vrai problème d'aménagement de la ville et de déplacement. Personnellement,

j'habite Villeurbanne, quand je vois que l'on installe des déposes minute pour les voitures devant les écoles, bref.....

**Mme Chantal LAPOSTOLLE-DANGREAU.**- Pour notre réseau Education Promotion Santé, ce que vous venez de dire s'inscrit précisément dans ce qui est pour nous le champ de la promotion de la santé qui ne se résume pas qu'à l'aspect médical.



## Quand le cadre de vie favorise le mouvement : des expériences, des points de vue.

---

**Table ronde animée par Denis Réquillart, coordinateur du programme régional de la Mutualité française Rhône-Alpes.**

**M. REQUILLART.-** Je vais reposer la question qui est à l'origine de la table ronde et tirer mon propre fil. On le sait bien, pour tout ce qui est de l'ordre de la nutrition, entendue au sens de l'alimentation et de l'activité physique, il y a souvent une question de faute et de responsabilité. Cela a été plusieurs fois abordé ce matin, je n'y reviens donc pas. On oublie très souvent que le contexte est un élément très important dans la constitution d'un trouble alimentaire ou d'un trouble concernant l'activité physique, concernant plus globalement le fait de se bouger et qu'il est aussi un facteur important dans la résolution de ce trouble.

Il a donc semblé intéressant aux organisateurs de cette journée de se poser la question, en bons fils de la charte d'Ottawa, du contexte : est-il favorisant ou pathogène ? Le fait d'habiter en ville, le fait d'être dans une communauté qui a une politique plus active que d'autres peut-il être un facteur favorisant pour la promotion de la santé des personnes, de la santé d'un groupe social ou de la santé d'un groupe d'âges, notamment d'un groupe d'âges jeunes (sujet qui nous préoccupe particulièrement) ?

Nous allons donner tout d'abord la parole à l'élu, puisqu'il est celui qui a la vision la plus large, la plus politique. Il faut, je crois, savoir d'entrée de jeu que les deux personnes qui représentent les communautés de Lyon, communauté de communes et communauté urbaine de Lyon et de Grenoble, ont forcément des points de vue différents, parce qu'elles ont des responsabilités différentes, aussi parce que les compétences sont différentes dans les communautés d'agglomération et les communautés de communes.



## "L'expérience de Villeurbanne."

**M. Gilbert Luc DEVINAZ, Adjoint aux sports et à la médiation – sécurité, Villeurbanne.**

Je vais vous parler de l'expérience d'une commune qui est Villeurbanne sur le territoire de laquelle vous êtes d'ailleurs, puisque le campus de La Doua est sur Villeurbanne.

Avant d'aborder cette expérience, je rappellerai que Villeurbanne a une histoire, ce qui d'ailleurs apparaîtra au cours de mon intervention. En 1912, à Villeurbanne, nous avons eu un maire, Lazare Goujon. Pour ceux qui connaissent Villeurbanne, c'est le père des gratte-ciels Nord/Sud pour s'opposer à l'annexion de Villeurbanne par Lyon. Mais il n'a pas fait que cela. C'était un médecin hygiéniste avec une forte volonté politique dans ce domaine que l'on retrouve dans ce qui a été fait et est fait par les équipes municipales qui se sont succédé après lui.

Le sujet, que je vais vous présenter, est un sujet très transversal qui recoupe plusieurs services municipaux, plusieurs délégations. L'adjoint à l'éducation aurait pu venir parler à ma place, également l'adjoint à la santé. Comme dans toute organisation, si nous essayons, dans la commune, d'avoir un mode de fonctionnement transversal, il reste cependant très vertical. Je vais d'ailleurs vous parler de choses que je ne suis pas en direct.

C'est donc un sujet très transversal. Et comme nous en avons pris conscience au niveau de la direction du sport, nous avons fait appel à une étudiante, qui est parmi nous, Eugénie Chobé, qui passe sa soutenance de master demain, qui se préoccupe des activités physiques et santé, pour nous aider à aborder cette transversalité. D'ailleurs, le PowerPoint, que vous ne pourrez pas voir en raison de la coupure d'électricité, est le fruit du travail d'Eugénie que j'ai exploité.

Pour ce qui est du sujet qui nous préoccupe, nous avons deux modes d'intervention au niveau d'une commune :

- premièrement, nous sommes un aménageur (on aménage le territoire, le cadre de vie) ;
- deuxièmement, nous devons animer, informer et sensibiliser les populations qui vivent sur notre territoire.

Nous allons décliner ces deux grands leviers, en termes de santé publique, de façon transversale au niveau de ce qui est scolaire et périscolaire, du sport et de l'animation sportive, puis, de l'aménagement urbain, dont aujourd'hui une grande partie n'est plus de la compétence de la commune, mais de la communauté urbaine du Grand Lyon.

En termes de santé publique, vous pourrez poser toutes les questions à notre directrice qui est parmi nous, Frédérique Guerrier-Sagnes, son chargé de mission, Mathieu Fortin.

Nous avons, à Villeurbanne, une direction de l'hygiène et de la santé publique qui compte plusieurs sous directions, dont le service d'hygiène, d'environnement/santé et cadre de vie créé en 1913 par le maire Lazare Goujon. Si on se remet dans le contexte historique, on ne parlait pas du tout du trou de la sécurité sociale à l'époque, mais la préoccupation de ce maire, son souci était déjà de préserver la santé des Villeurbannais. Cela continue de vivre, autrement certes, mais cela continue, et ce depuis près d'un siècle.

Nous avons un service municipal de santé scolaire qui a été créé en 1945, avec toujours le même maire. Après neuf ans, il a repris la mairie et est reparti sur ces aspects de santé avec des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des écoles maternelles et élémentaires.

Ce service fait de la promotion de la santé, de la prévention des maladies transmissibles. Cela fait beaucoup moins couler d'encre, mais nous avons été parmi les premières communes, avec l'adjoint Despierre à mettre des distributeurs de préservatifs par rapport à la problématique du sida. Nous sommes fortement impliqués à ce niveau. Nous avons créé un point d'écoute Jeunes qui est un lieu d'accueil qui permet de diffuser et de faire partager un certain nombre d'informations. Ce service va informer, communiquer, proposer des orientations, tout cela dans un « lieu ressource » qui est un espace Santé/Environnement.

Nous ne nous sommes pas arrêtés à 1913, puis 1945. Sont arrivées d'autres logiques dans lesquelles nous nous sommes inscrits. En 1991, Villeurbanne est entrée dans le réseau français des villes Santé de l'Organisation mondiale de la santé. Nous rentrons dans toutes les logiques que propose ce dispositif. Nous avons territorialisé nos démarches avec des ateliers santé mis en place à partir de 2002. Dernièrement, après une réflexion, en décembre 2007, la ville de Villeurbanne est entrée dans le Plan National Nutrition Santé (PNNS).

Voilà pour ce qui est fait dans ce service et qui doit, nous concluons peut-être sur cela, être vu plus transversalement avec d'autres services.

J'ai parlé de la nutrition. Cela passe bien évidemment par le scolaire. Ainsi, mon collègue, adjoint aux écoles, a fait tout un travail sur la restauration scolaire. Vous avez une Commission des menus à laquelle participent tous les acteurs qui interviennent dans la mise au point des repas scolaires (aussi bien les élus que le directeur d'école, les responsables de restaurant, les personnels qui interviennent à l'intérieur des restaurants, etc.). Cette Commission se réunit tous les deux mois (six fois par an) pour regarder la façon dont sont élaborés les menus pour les enfants. Et bien évidemment, sont présents aussi, au sein de cette Commission, des diététiciens.

Ce service va également s'intéresser au dépistage et à la prise en charge de l'obésité. Cela se met en place. Nous sommes actuellement en pleine réflexion. Cela va prendre la forme de messages. Nous travaillons sur des serviettes en papier sur lesquelles nous allons mettre un certain nombre d'informations pour inciter à venir à des journées d'animation, à avoir une pratique sportive, pour donner le goût à cette activité sportive. Sont également mises en place des grilles de calcul calories/dépenses journalières. C'est de l'information pour essayer d'éveiller l'intérêt pour pouvoir aller un peu plus loin et que le jeune ait une autre démarche, qu'il fasse autre chose que de lire et qu'il ait une activité physique.

Au-delà de cet aspect de restauration scolaire, nous avons, à l'intérieur de nos écoles, du personnel municipal et nous avons réorienté toute la formation de ce personnel municipal en intégrant les aspects de nutrition et d'état corporel.

Nous sortons de l'école pour arriver au service du sport et de l'animation sportive. Sur Villeurbanne, nous avons un service du sport, qui est plus un aménageur, et un office du sport qui est le lieu de concertation qui rassemble tous les acteurs pour réfléchir sur comment animer les différentes structures construites sur cette ville.

Le service du sport, c'est un aménageur, c'est lui qui va réaliser les futurs gymnases, les futurs stades, lui qui les entretient. Et si on veut faire du sport dans une ville, il faut quand même des lieux pour le pratiquer.

Les atouts : nous avons, à Villeurbanne, une richesse en termes d'équipements sportifs. Ne vous basez pas sur l'étude de l'Equipe qui nous place 35<sup>ème</sup> sur 37 parmi les villes de plus de 100 000 habitants. A mon sens, cette étude est une hérésie, puisqu'elle se base uniquement sur le nombre d'habitants des villes sans intégrer l'intercommunalité, ce qui changerait bien des données du problème. Et l'Equipe, dans sa façon de noter, met, sur 20 points, 14 points pour les grands stades, les patinoires, les piscines, les palais des sports. Donc, nous qui n'avons qu'une piscine olympique, nous sommes forcément mal notés.

Nous avons une richesse d'équipements, que nous avons d'ailleurs héritée de Lazare Goujon. Tous nos groupes scolaires ont un petit gymnase. Dans chaque groupe scolaire, nous avons un lieu pour la pratique des activités physiques et sportives, dès le primaire. Nous avons plus de chances que cette pratique se poursuive quand les personnes prennent de l'âge, si on leur en donne le goût dès l'enfance.

Aujourd'hui, le service du sport participe à la mise en place d'un certain nombre de parcs. Cela ne dépend pas de ce service, mais nous nous servons des parcs pour faire passer le message qu'on peut avoir une activité physique, voire sportive, pas forcément dans un gymnase, mais dans un parc, dans un lieu de proximité, sur un terrain en pied d'immeuble et nous accompagnons cette démarche par un certain nombre de dispositifs pour faire découvrir cette pratique. Nous faisons tourner des animations sportives aujourd'hui sur l'ensemble de nos parcs pour les faire découvrir en montrant également qu'on peut s'y rendre en transport en commun. Nous espérons ainsi inciter, après les parents, l'adolescent, l'enfant à s'y rendre par lui-même et à utiliser ce lieu pour pouvoir se bouger.

Nous avons également une équipe de basket de haut niveau. Nous n'allons pas rentrer dans toute la problématique du sport spectacle, mais elle crée de l'émulation et nous utilisons son image pour aller dans ce sens.

Bien évidemment, nous avons des contraintes, dans la mesure où nous sommes en zone urbaine. Ceux qui vivent là savent bien que de temps en temps on leur demande de ne pas rouler à plus de 70 kilomètres/heure. Nous avons donc la contrainte de la pollution. On peut se poser des questions quand on incite à des activités physiques et sportives dans une atmosphère qui n'est pas saine.

On a aussi un habitat qui est très dense. Au niveau des pistes cyclables (je l'ai mis dans les contraintes), l'agglomération lyonnaise est sur le point de rattraper le retard qu'elle avait pris. Nous avons pris un retard considérable dans les années 90. Montpellier, Nantes faisaient le choix de développer des pistes cyclables, alors que le président du Grand Lyon de l'époque, Michel Noir, faisait le choix d'enrichir et de développer le réseau autoroutier pour permettre aux véhicules de mieux circuler.

Sur Villeurbanne, nous bénéficions aujourd'hui de 22 kilomètres de pistes cyclables.

Je vous ai dit que nous avons un certain nombre d'acquis dont nous avons hérité et dont nous bénéficions toujours.

Quand nous développons aujourd'hui des animations sportives pour donner le plaisir de bouger, que ce soit « Les foulées de Villeurbanne », « L'inter VTT », nous les développons toujours d'une façon intergénérationnelle. Nous ne mélangeons pas les enfants et les adultes, mais nous cherchons à faire venir tout le monde, que ce soit un sportif de haut niveau ou quelqu'un qui court pour son plaisir.

Toutes ces actions aujourd'hui sont faites avec les acteurs du concept « Tous en forme » et avec tous les acteurs de la commune qui interviennent dans le sport et qui sont nombreux. Nous n'oublions pas la FNSU, nous passons par l'UNSS et, bien évidemment, par l'ensemble de nos clubs.

Pour ce qui est du Grand Lyon, j'irai très vite, puisque Olivier Martel va intervenir ensuite. Tout ce qui est aménagement de la voirie dépend du Grand Lyon. Nous ne pouvons que nous féliciter du développement de nos pistes cyclables, mais je laisserai le représentant du Grand Lyon développer ce point.

Le maire de Villeurbanne a souhaité s'impliquer plus fortement dans le développement de Vélo'V et a demandé à tous les adjoints de réfléchir sur les endroits où l'on pouvait mettre des stations Vélo'V. L'adjoint au sport a essayé de mettre, chaque fois que possible, une station à proximité des installations sportives.

Les transports en commun se sont également fortement étoffés ces sept dernières années. Avec le SYTRAL et l'USEP, nous avons essayé de mettre en place un dispositif afin que l'USEP ne fasse plus appel à des cars pour venir prendre les enfants à la sortie de l'école pour les emmener sur les lieux d'évasion. Là, les enfants sont transportés à partir de l'école vers les transports en commun et utilisent les transports pour se rendre vers les lieux d'évasion.

C'est aussi habituer nos plus jeunes citoyens à utiliser les transports en commun pour que, dès leur plus tendre enfance, ils n'aient pas l'impression que, pour se déplacer dans une ville, il leur faut un véhicule à moteur et personnel.

Sur le Grand Lyon et l'Agenda 21, vous avez un certain nombre de choses sur le développement durable, dont un axe qui nous intéresse : « Promouvoir la santé par le mouvement chez les plus jeunes » et « Promouvoir les déplacements actifs et non polluants ». Nous avons mis en place le système pédibus. Nous encourageons fortement la marche à pied qui est la meilleure des activités physiques et sportives, si j'ai bien lu ce qu'en disent les personnes qui se penchent sur cette problématique. Et nous allons essayer de développer le vélo en regardant, bien sûr, tous les aspects de sécurité routière.

En conclusion, je dirai, d'une manière globale, qu'une ville comme Villeurbanne, c'est un acteur de l'aménagement du territoire qui peut être pensé en termes de mouvement, en termes de « bouger ». Nous sommes l'un des acteurs qui participent à la promotion des activités physiques et sportives chez les jeunes.

Nous sommes aujourd'hui dans une réflexion pour élargir ce champ, c'est-à-dire que nous n'allons pas nous limiter aux jeunes. Nous sommes bien évidemment un relais d'informations, un point de connexion et de concertation, nous sommes un lieu essentiellement de lien social.

Notre but dans tout cela est de contribuer à bien vivre « l'avancée en âge ». C'est la notion du bien vieillir. Promouvoir l'activité physique chez les jeunes aujourd'hui, c'est leur donner la liberté de se mouvoir demain.

La dernière action que nous développons vise à encourager les activités physiques chez nos aînés en lien avec l'office villeurbannais des personnes âgées. Nous avons touché les plus jeunes. Depuis deux ans, nous touchons ceux qui sont dits en « temps libre ». Et nous allons boucler, c'est-à-dire que nous allons, au niveau du service du sport, proposer des activités physiques à l'ensemble de nos concitoyens sans écarter personne, puisque nos clubs, aujourd'hui, ne proposent pas uniquement du sport de compétition, mais aussi toute une série d'activités sportives dites de loisirs.

Cela va impliquer le renforcement de certains aspects en termes de santé. Nous avons un centre médico-sportif, qui était essentiellement tourné vers le suivi du sportif et qui, demain, devra s'ouvrir à d'autres problématiques avec le conseil et le suivi d'adultes ou de personnes qui, quel que soit leur âge, veulent faire ou reprendre une activité physique et sportive.

**M. REQUILLART.-** Merci d'avoir très concrètement illustré ce que vous disiez au départ sur la notion de transversalité de l'action publique en matière de santé. Aussi bien sur l'investissement (vous parliez d'aménager la ville) que sur le fonctionnement (vous parliez d'animer la ville), vous avez évoqué des choses très concrètes et qui peuvent illustrer ce que peut être une méthode ou une manière d'agir pour une collectivité qui est directement en contact avec ses administrés.

Je garde en mémoire l'idée du gymnase dans chaque école qui fait qu'effectivement l'activité physique est inscrite dans l'agenda de chaque enfant, de chaque futur adulte et donc des adultes et des adultes âgés ensuite dans la ville.

Je garde aussi l'idée qu'on peut utiliser les transports en commun, y compris pour des déplacements scolaires, c'est-à-dire qu'on peut mailler les choses de telle manière que cette question transversale qui est celle de l'éducation au développement durable, de l'éducation à la santé puisse être effectivement le plus possible prise en charge par le plus grand nombre de services ou d'acteurs.



## "L'expérience du Grand Lyon."

### M. Olivier MARTEL, chargé de l'éducation au développement durable

Bonjour. Je suis Olivier Martel, chargé de l'éducation au développement durable à la Commission urbaine de Lyon.

Au niveau du Grand Lyon (7 communes, dont Givors et Grigny qui viennent de rentrer au 1<sup>er</sup> janvier 2007 - 1,3 million d'habitants), nous n'avons pas de compétence santé, mais nous avons beaucoup d'actions qui jouent sur ce plan. Je vais en présenter quelques unes. Toutes ces actions ont une dimension transversale, en particulier l'Agenda 21, puisque c'est une politique de développement durable qui s'appuie sur les différents piliers du social, de l'environnement, de l'économique, de la gouvernance et de la culture (récemment, l'UNESCO a reconnu également la culture). Dès que l'on pense une action, on la regarde avec les acteurs de ces différentes composantes. Les acteurs de la santé sont identifiés dans la sphère du social et, automatiquement, nous avons un impact à ce niveau.

Au niveau du Grand Lyon, nous avons eu deux chartes d'écologie urbaine dans les mandats précédents et, en mai 2005, un Agenda 21, plan d'actions de développement durable voté par les élus et qui comporte de nombreuses actions. Un nouvel Agenda 21 a été réactualisé, et voté récemment, le 12 novembre 2007, pour amplifier les actions avec, en particulier, un renforcement du plan de déplacements urbains, sur lequel je reviendrai plus en détail, et quelque chose qui est de plus en plus fort et qu'on commence seulement à prendre en compte, un plan Climat. On peut faire des activités, mais, à certains moments, peut-être est-il préférable de ne pas en faire du tout.

On voit beaucoup de choses à la télévision sur le réchauffement climatique, mais on ne s'imagine pas que, ici, sur le Grand Lyon, des impacts forts se font déjà sentir. Et ce ne sont pas que des choses drôles comme les cigales qui sont arrivées à Lyon voilà six ou sept ans. Aujourd'hui, avec le service Arbres de la voirie, on ne va plus planter de chênes. Je ne parle pas des chênes verts, mais des autres, les pubescents, parce que leur zone de répartition remonte vers le Nord de la France. L'impact sur la santé se fera sentir, et pas seulement lors des pics de pollutions comme aujourd'hui.

Ainsi le plan de déplacements urbains du Grand Lyon contribue à la lutte contre le réchauffement climatique. Des projets sont en cours :

- infrastructures comme le développement du métro (actuellement une enquête publique pour l'extension du métro à Oullins a lieu
- développement prévu de REAL, le RER « à la Lyonnaise ». Ainsi, des enquêtes de comparaison entre le fait d'aller en voiture au travail et le fait d'aller en transport en commun a un impact sur la santé
- Vélo'V. Quand Vélo'V a été mis en place, nous n'avions pas imaginé un tel succès. C'était configuré pour 20 000 abonnés. Vous avez aujourd'hui plus de 60 000 abonnés à Vélo'V, plus de 350 stations.

- Vélo'V, pour l'instant, concerne Lyon et Villeurbanne. Devant le succès, Decaux a accepté, à la demande du Grand Lyon, puisque ce sont des d'étendre Vélo'V sur quelques points (Caluire, Vénissieux)
- un plan de déplacements Entreprise. Nous avons plus de 300 de voitures de service. Nous avons aujourd'hui divisé par trois le nombre de ces voitures avec une aide au niveau des TCL (la carte City Pass).

N'importe quelle entreprise, n'importe quelle administration pourrait avoir un plan de déplacements. L'ensemble de l'université pourrait avoir un plan de déplacements, ce qui n'est pas encore tout à fait le cas, je crois. Dans les idées de Campus 21, comme il en existe partout en France, vous avez des pistes à travailler : les plans de déplacements domicile-école. Sur l'agglomération lyonnaise, vous avez 69 écoles qui ont des lignes quotidiennes de pédibus avec plus de 1600 enfants.

Nous poursuivons les formations gratuites pour les parents. Nous avons encore une session qui va démarrer le 30 janvier 2008. Ces sessions sont ouvertes à tous. C'est un système de parents qui s'organisent pour emmener à tour de rôle les enfants à l'école. Nous nous apercevons que cela a de nombreuses conséquences dans différents domaines. La première source de motivation des parents pour les pédibus, c'est la convivialité : « Je découvre mes voisins et mes voisines ». Les sources de motivation Environnement et Santé viennent après cet aspect de convivialité.

Vous avez actuellement une enquête nationale de l'ADEME sur les pédibus. Ont été identifiées, en France, à ce jour, seulement 520 écoles qui ont des lignes quotidiennes de pédibus, dont 69 sur l'agglomération lyonnaise.

Plus récemment, dans le cadre du plan de protection de l'atmosphère des Bouches-du-Rhône, le préfet des Bouches-du-Rhône a décidé de rendre obligatoires les plans de déplacement domicile/école, ce qui n'est pas encore le cas en Rhône-Alpes, mais ce qui est le cas depuis déjà trois ans en Grande-Bretagne. Et, aujourd'hui, vous avez 7 000 écoles en Grande Bretagne qui ont des lignes quotidiennes de pédibus. Nous sommes différents acteurs aujourd'hui à pousser l'idée que soient rendus obligatoires ces plans de déplacement domicile/école, quelle que soit l'école.

Sur d'autres balades bonnes pour la santé, tout un travail est effectué dans les espaces naturels de l'agglomération lyonnaise. Je citerai l'exemple du grand parc de Miribel-Jonage où, depuis très longtemps, une base jeunesse et sports est installée. (3,5 millions de visiteurs par an au Grand parc) avec une partie sportive, une partie loisirs, une partie « Education à la nature et à l'eau » (nous étudions la faisabilité actuellement d'un nouveau centre de pédagogie « Eau et nature).

D'autres espaces naturels sont des lieux de balades, de découverte nature ou de sports en pleine nature. Dans l'agglomération lyonnaise, nous avons plus d'une vingtaine de sentiers pédagogiques dans les espaces naturels.

Autre point qui m'est cher, puisque j'ai en charge cette partie, c'est tout ce qui est « Education au développement durable ». Historiquement, les contacts étaient peu nombreux avec les acteurs de l'éducation pour la santé. Cette éducation au développement durable, en France en tout cas, était portée par l'éducation à l'environnement. Plus récemment, de l'éducation à l'environnement,

on est passé à l'éducation à la nature, à l'éducation aux déplacements, à l'éducation aux énergies. Nous avons, par exemple, des programmes éducatifs qui sont proposés aux écoles sur l'éducation à la mobilité, outil de prévention de l'obésité. Vous avez aussi une autre partie qui recouvre tout ce qui est « Education au développement et à la solidarité internationale ». A Villeurbanne, du 1<sup>er</sup> au 3 février, vous aurez le salon européen du commerce équitable avec une table ronde sur l'éducation au commerce équitable.

Plus récemment est apparu l'« Education aux médias » et, un engagement du Grand Lyon l'éducation pour la santé environnementale. Depuis deux ans seulement, une convention a été passée avec l'association départementale d'éducation pour la santé afin que les acteurs de l'éducation à l'environnement et les acteurs de l'éducation pour la santé oeuvrent ensemble, comme cela se fait déjà au Canada depuis plus de dix ans. Les deux thèmes sur lesquels nous avons démarré, avec une rencontre avec le CRAEPS/CRIPS, ce sont les thèmes Air et Environnement sonore. Nous avons vu que, parfois, les acteurs de l'éducation à l'air produisaient des outils pédagogiques qui montraient que ce n'était pas bon pour la santé sans en avoir une réelle compétence, et qu'inversement, les acteurs de l'éducation pour la santé produisaient des outils pédagogiques liés à l'air qui pouvaient induire des erreurs scientifiques sur l' Air. Un travail commun est désormais nécessaire.

Pour information, nous finançons également Atmo Rhône-Alpes, avec Coparly, qui est le réseau de mesure de la qualité de l'air. Vous pouvez aller sur le site Internet « Atmo Rhône-Alpes » et par exemple, vous savez quelle est la qualité de l'air devant la porte de cet amphithéâtre tous les jours.

Nous finançons aussi le réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA) avec des mesures de pollen du 1<sup>er</sup> mars au 30 septembre, étant sous-entendu qu'il ne faut pas faire d'activité physique quand on a des pics de pollens. Il en est de même pour les pics de pollution en termes de qualité de l'air. Entre les fêtes, nous avons eu de gros pics de pollution de particules fines liés au développement des chaufferies au bois dans l'agglomération lyonnaise qui, malheureusement, dans les anciennes générations, n'avaient pas de filtre à particules.

Il est évident que, quand vous faites de l'activité physique, il faut prendre en compte ce lien air et santé.

Le dernier point que nous allons développer, dernier paradoxalement, puisqu'on aurait pu penser que c'était le premier à développer entre acteurs de l'éducation pour la santé et acteurs de l'éducation à l'environnement, c'est le thème de l'eau. Sur l'eau, les problématiques sont importantes.

Nous venons, par exemple, de rénover la station d'épuration de Pierre Bénite (140 M€). Certains ont dit : « On va pouvoir se baigner de nouveau dans le Rhône, nager de nouveau comme nos anciens dans le Rhône ». C'est une forme d'activité. Mais non, on ne peut toujours pas se baigner dans le Rhône. D'abord, on ne sait pas comment dépolluer entièrement et cela représenterait un coût énorme. Vous avez différents polluants, un mélange de pesticides, également de nouvelles pollutions (hormones) avec, par exemple, la pilule que vous retrouvez dans les stations d'épuration, via les toilettes. On ne sait pas aujourd'hui comment dépolluer ce type de polluant. Et cela a un impact sur la santé. Il faut savoir que, dans la Saône par exemple, un pourcentage des poissons a changé de sexe.

Nous avons des fleuves et c'est vrai que les anciens racontent que, avant, ils se baignaient dans le Rhône. C'était de l'activité physique. Peut-être un jour pourra-t-on se baigner de nouveau dans le fleuve, créer ainsi un nouveau lien avec le fleuve et se l'approprier. Mais ces problèmes de pollution aux hormones sont plus graves encore que les problèmes dont on parle en ce moment de PCB, même si on sait qu'avec les PCB, on en a au moins pour 30 ou 40 ans.

Voilà un peu rapidement ce que nous pouvons faire au niveau d'une communauté urbaine. Vous voyez, par rapport à l'activité, tous les champs qui peuvent être couverts. C'est pourquoi nous cherchons, en fonction de l'axe que nous choisissons, à nous associer avec des acteurs de la santé qui sont financés par ailleurs.

Pendant plus de douze ans, j'ai coordonné les chantiers « Ambroisie » de la communauté urbaine de Lyon, dont le pollen se disperse entre fin août et début septembre. Nous n'appréhendions pas l'ambroisie comme un problème de santé, même si c'est le cas, car je rappelle nous n'avons pas de compétences santé. C'était, par exemple, le technicien de la voirie qui ne revégétalisait pas correctement le trou d'une canalisation, ce qui permettait à l'ambroisie de pousser, puisqu'elle pousse sur des sols remués. C'était une mauvaise pratique en termes de développement durable, dans la mesure où, parce que ce n'était pas revégétalisé, cela permettait à l'ambroisie de pousser. Après, bien sûr, il pouvait y avoir un coût en termes de santé publique. Nous avons fait le calcul en 2000, c'était près de 12 MF de coût en termes de santé publique. Mais ce n'était pas le Grand Lyon qui payait ces 12 MF.

C'est le problème de la transversalité entre la santé et d'autres domaines. Voilà un tour d'horizon rapide sur ce sujet. Je me tiens à votre disposition pour tous les domaines que j'ai cités. Je peux vous donner les coordonnées de mes collègues qui travaillent sur ces sujets.

Quelque chose qu'il me semble essentiel de développer, pour conclure, c'est ce lien entre l'éducation pour la santé et l'éducation à l'environnement. Nous sommes, je pense, un peu en retard en France. Actuellement, suite au Grenelle de l'Environnement, a été mis en place un groupe national Education au développement durable. Nous nous « battons » pour que les acteurs de l'éducation pour la santé au niveau national puissent rentrer dans ce groupe de travail, dans la mesure où ils en sont exclus. Peut-être que les acteurs de l'éducation pour la santé n'ont pas fait assez de lobbying. L'idée est d'aller sur un plan français de l'éducation au développement durable.

## → → → "L'expérience de Grenoble Alpes Métropole."

**M. Julien LOY, champion du monde de triathlon, chargé de mission Sport et Culture.**

Bonjour à tous, je me présente Julien LOY. Je suis chargé de mission Sport et Culture à la communauté d'agglomération grenobloise. Je vais tenter de vous

montrer ce que peut faire la communauté d'agglomération grenobloise de manière à favoriser le mouvement.

Vous connaissez bien Villeurbanne et le Grand Lyon, mais peut-être moins bien la Métro qui est le diminutif de la communauté d'agglomération. C'est un établissement public de coopération intercommunale qui regroupe 26 communes sur un bassin de population de 400 000 habitants. C'est une communauté d'agglomération qui est jeune, qui date de 2000, suite à la loi Chevènement de 1999. Elle a une expérience ancienne dans l'intercommunalité, mais, en tant que communauté d'agglomération, c'est quelque chose de très récent, qui date de huit ans.

Comme le précisent les lois sur l'intercommunalité, elle dispose de compétences obligatoires et de compétences optionnelles. Il est difficile de toutes vous les citer. Mais dans le lot des compétences obligatoires, pour vous donner quelques éléments, vous avez la compétence habitat et logement, la compétence politique de la ville, la compétence développement économique, la compétence aménagement de l'espace et voirie. Vous avez un lot de compétences optionnelles. Et à titre d'information, elle n'a pas de compétence dans le domaine du sport au sens large. Elle avait la possibilité de prendre une compétence intitulée « Construction, aménagement, entretien, gestion des équipements sportifs et culturels d'intérêt communautaire », mais les élus n'ont pas choisi de retenir cette compétence.

Voilà un peu le paradoxe de mon intervention. C'est que cet EPCI n'a pas de compétence dans le domaine de la santé, n'a pas de compétence dans le domaine de l'éducation, pas de compétence non plus dans le domaine du sport au sens large.

Il paraît bien difficile quelque part de faire une présentation aujourd'hui sans avoir une capacité d'intervention dans le domaine qui nous réunit. Néanmoins, il est possible d'envisager que cette agglomération puisse apporter une pierre à l'édifice dans le but de favoriser le mouvement ou la pratique physique du plus grand nombre.

Pour ce faire, elle peut s'appuyer sur, peut-être, trois types de compétences :

- La première de ces compétences est la compétence « Grands équipements, espaces naturels et de loisirs », qui est une compétence liée aux pratiques sportives, mais qui est vraiment restrictive, puisqu'elle s'en tient à la question des grands équipements d'intérêt communautaire. A titre d'exemple, nous avons une patinoire d'agglomération qui s'appelle Pôle Sud et également un stade d'agglomération qui s'appelle le stade des Alpes qui, j'en profite pour le dire, sera inauguré dans les jours à venir.
- Autres politique par laquelle on peut favoriser le mouvement, c'est la politique des déplacements avec, notamment, la politique cyclable.
- Enfin, dernière compétence, qui est une compétence obligatoire, la politique de la ville qui permet une intervention et un soutien parfois financier de la communauté d'agglomération sur vingt quartiers qui sont prioritaires dans cette agglomération grenobloise et qui concernent huit communes.

Je vais vous présenter, à partir des trois dernières compétences que j'ai citées, les axes de réponse qu'une communauté d'agglomération peut apporter pour promouvoir l'activité physique.

Concernant le premier chapitre lié aux grands équipements, espaces naturels et de loisirs, je tiens à rappeler quelque chose qui s'est déroulé dans notre agglomération et qui a été un événement unique en France. En effet, la communauté d'agglomération a souhaité, en 2004, définir sa politique sportive communautaire. Pour ce faire, elle a mené une étude longue de trois années, qui a été une première, puisqu'elle a souhaité qu'elle soit la plus exhaustive possible. C'est une étude qui s'est décomposée en deux temps avec un premier temps prospectif qui avait pour ambition d'envisager quelle image aurait le sport dans une dizaine, même une quinzaine d'années en France (quels types de pratiques sportives, quels types d'acteurs, quels types de pratiquants, selon quels modes de pratiques, quelles positions des collectivités publiques, de l'Etat, des collectivités territoriales par rapport à la demande sportive, quels nouveaux équipements, quels modes de gestion des nouveaux équipements). C'est une étude qui a brassé pas mal d'éléments et qui a permis de mettre en exergue un certain nombre de tendances, d'évolutions de la société et des pratiques sportives d'ici à une dizaine ou une quinzaine d'années.

A partir de cette photographie future du sport en France, s'en est suivie une phase beaucoup plus opérationnelle qui avait pour ambition de dire : « Qu'allons nous faire, en tant que communauté d'agglomération, en matière de sport ? Quelles sont les actions que nous devons mener ? ».

De nombreuses tendances, évolutions ont été mises en lumière. Nous avons fait venir de nombreux spécialistes dans différents domaines, que ce soit l'urbanisme, la sociologie, le développement des équipements sportifs, des élus. Beaucoup de personnes ont contribué à cette démarche.

A partir de ces témoignages, un certain nombre de tendances ont été mises en exergue. Je vous ai retracé les plus prégnantes, les plus importantes peut-être pour le débat qui nous réunit aujourd'hui.

Ce sont des éléments qui ont été portés à la connaissance des élus, certains les avaient fortement en mémoire, d'autres, peut-être moins en lien avec les pratiques sportives, ont pu davantage prendre conscience d'un certain nombre de tendances.

Force est de constater l'émergence des problèmes de surpoids et de sédentarité. Ce n'est pas à vous que je vais l'apprendre. Les activités physiques de manière modérée peuvent jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre le stress, la fatigue ou le surpoids.

Nous notons aussi un engouement pour des pratiques virtuelles ou des cyber sports, ce qui peut d'ailleurs aller à l'encontre de l'engagement physique ou de la pratique physique d'un certain nombre d'individus.

Nous notons parfois - je dis bien « parfois », ce n'est pas systématique - une diminution du goût de l'effort chez les plus jeunes et une attirance certaine pour la facilité en pratiquant un sport plus accessible et moins coûteux d'un point de vue énergétique. Est sous-jacente, là, la thématique du dopage.

Nous relevons également une évolution de la culture sportive. Nous sommes passés d'un système sportif axé sur le tout compétition, où tout était orienté, axé par les fédérations sportives, à un sport loisir, un sport santé, un sport bien-être, qui n'est pas systématiquement pratiqué en milieu associatif et qui peut se pratiquer en « candidat libre », auto organisé (c'est comme on le veut, quand on le veut, où on le veut).

Nous remarquons aussi une forte tendance à « l'écologisation » des pratiques et un retour vers la nature, vers les pratiques naturelles.

A aussi été soulevée l'idée que si les équipements sportifs devaient être les plus accessibles possible, ils devraient être aussi les plus attractifs possible pour permettre le plus grand nombre de pratiques sportives.

Forts de ces éléments, de ces tendances, de ces évolutions, les élus communautaires, dans la phase opérationnelle, ont défini un certain cadrage politique, pris un certain nombre d'orientations, de décisions.

Je ne les ai pas toutes relatées, c'est un document d'une dizaine de pages. Pour le sujet qui nous concerne aujourd'hui, le souhait a été unanime, consensuel, de valoriser les espaces naturels que nous avons en gestion dans cette agglomération (nous disposons de quatre espaces naturels sur les franges vertes de l'agglomération grenobloise), de favoriser les pratiques physiques de pleine nature et de permettre au plus grand nombre de pratiquer des activités physiques.

Il a été souhaité qu'on valorise ces espaces naturels par la création d'aires sportives, par la « thématisation » sportive d'espaces naturels avec un certain nombre de pratiques sportives, par la création d'aires de service pour faciliter la pratique sportive. Cela peut être des aires de stockage de matériels, des aires de lavage de VTT, des sanitaires.

Il a été aussi souhaité qu'on améliore la desserte par mode doux pour accéder à ces espaces. Ce n'est pas simplement le maillage des espaces entre eux qui a été pointé et souhaité. C'est surtout de permettre une accessibilité plus grande de l'urbain vers la périphérie pour que tout un chacun puisse accéder à ces espaces, puisse savoir que ces espaces existent et comment y aller.

Enfin, il a été souhaité que l'on promeuve et que l'on communique autour de l'existence de ces espaces naturels. Autre possibilité de réponse : les politiques de déplacement et, notamment, la politique cyclable.

Je rappellerai qu'un des grands objectifs du plan de déplacements urbains pour l'agglomération grenobloise entre 2007 et 2012, c'est d'améliorer la qualité de vie urbaine, de protéger l'environnement quotidien et la santé des habitants des 26 communes de l'agglomération.

En quelques chiffres, je vais vous dépeindre ce qu'est la politique cyclable de cette agglomération : 280 kilomètres de réseaux cyclables, en évolution perpétuelle dans l'objectif d'atteindre 450 kilomètres ; 32 millions d'investissement entre 2000 et 2006 ; 40 000 déplacements cycles/jour dans l'agglomération ; 20 millions de déplacements en cycle par an contre 40 millions pour le tramway. C'est une augmentation notable du nombre de cyclistes entre 2002 et 2005. 17 % des Grenoblois utilisent le vélo au moins deux fois par semaine, ce qui n'est pas rien. Et ce qui laisse présager de beaux jours au

développement du cycle, c'est peut-être le dernier point : 52 % des déplacements concernent des distances de moins de 2 kilomètres et 78 % de moins de 5 kilomètres.

Pour illustrer les actions engagées dans le cadre de la politique cyclable, je vous parlerai de la politique d'accompagnement pour développer cette politique cyclable.

Vous avez des actions qui ont trait à l'événementiel comme la fête du vélo :

- C'est un week-end de l'année au mois de juin autour de la pratique du vélo.
- Ce sont des événements nocturnes comme « bike night » qui est un jeu de piste à vélo, la nuit, dans l'agglomération. C'est la publication annuelle des plans des itinéraires cyclables.
- C'est le pendant de Vélo'V qui s'appelle, pour nous, Métro/Vélo. C'est un système que vous connaissez, un système de consigne et de location de vélos à plus ou moins longue durée.
- Ce sont encore des actions de sensibilisation comme l'action « Réflexe vélo ». Ce sont plusieurs journées d'évaluation du réseau cyclable.
- Enfin, c'est une action auprès des scolaires pour développer l'action de sensibilisation scolaire aux modes doux.

Je précise que notre mode d'intervention, ce n'est pas une maîtrise d'ouvrage, mais simplement un soutien envers une association qui s'appelle l'ADTC qui propose un programme à la fois pédagogique et pratique à un certain nombre d'écoles dans l'agglomération grenobloise avec deux volets : un volet pédagogique qui a pour but de former à l'éducation à l'environnement, aux déplacements et à la sécurité routière ; un volet pratique, dont on a parlé tout à l'heure, qui est le volet pédibus/vélobus (des ramassages scolaires sont organisés sur certains secteurs, certaines écoles de l'agglomération). Pour nous, ce sont 23 écoles qui ont été sensibilisées, touchées par ce dispositif depuis 2003 et c'est, en moyenne, trois à quatre écoles par an qui suivent ce programme.

Dernier point et dernier soutien que l'on peut apporter pour promouvoir le mouvement, c'est une action au travers de la politique de la ville. La politique de la ville, comme je l'ai dit précédemment, c'est une compétence obligatoire de la Métro. Ce n'est pas une action structurelle d'aménagement du territoire. Il s'agit bien ici de soutenir un certain nombre d'associations dans leurs projets.

Je vais balayer très rapidement quatre projets qui ont été ou qui seront soutenus où l'enjeu est d'aider un certain nombre de personnes qui sont en difficulté face aux problèmes de surpoids et d'obésité et de les inciter à reprendre une pratique physique.

- Ce projet est le prolongement d'une étude test, d'une étude pilote, qui avait été engagée l'année dernière et qui s'est terminée voilà quelques jours, où l'idée est d'envisager, à plus grande échelle, un accompagnement diététique, la reprise d'activités physiques, le soutien psychologique et un accompagnement santé au sein d'un dispositif coordonné et de proximité.

- C'est un projet de formation des acteurs de terrain sur l'agglomération grenobloise avec trois enjeux : une information et une formation des différents acteurs de terrain sur les questions concernant la nutrition ; un accompagnement méthodologique des projets qui le nécessitent ; un partage d'expériences au niveau local.
- C'est un projet qui a pour vocation d'améliorer l'accès à l'activité physique et à l'équilibre alimentaire des habitants d'un secteur (il s'agit d'un secteur grenoblois), avec un double objectif : proposer une activité physique, gymnastique encadrée par un professionnel des métiers de la forme, mais aussi proposer un stage dit de santé de 5 jours pour une trentaine de familles pour les sensibiliser sur les habitudes alimentaires, les aider à organiser leurs repas, les inciter à pratiquer un entraînement sportif et des activités de plein air, développer les échanges intergénérationnels sur cette thématique et organiser des veillées pour échanger sur les besoins physiologiques et nutritionnels dans le cadre des pratiques sportives.
- Le dernier projet ressemble beaucoup au second. L'enjeu est de proposer une consultation diététique individuelle, des séances d'activité physique adaptées, des consultations psychologiques et une action collective de promotion de l'équilibre alimentaire et de l'activité physique.

J'aurais pu citer d'autres actions menées dans le cadre de la politique de la ville, au titre du DRE, du dispositif de réussite éducative, je ne l'ai pas fait, parce que cela aurait été un peu plus long.

Je terminerai par un simple constat de l'un de mes collègues à la communauté d'agglomération, qui est le médecin référent en politique de la ville (comme vous l'avez constaté, je ne suis pas vraiment un spécialiste de la politique de la ville, non plus des politiques cyclables, je travaille beaucoup plus en lien avec les questions sportives) qui est que la question de la sédentarité et du surpoids reste principalement de compétence communale, que l'on observe un certain nombre de freins tenant aux créneaux spécifiques des équipements sportifs, parce qu'il n'est pas aisé pour des personnes touchées par l'obésité ou le surpoids de pouvoir pratiquer à la piscine, au contact d'autres personnes. On constate des peurs, des craintes, par exemple de ne plus savoir faire du vélo, et également un poids culturel du rapport à la pratique qui peut constituer un frein.

Enfin, dernier élément, ces témoignages et ces difficultés sont principalement exprimés auprès du milieu médical, mais ne sont pas adressés directement aux services des sports municipaux de la communauté d'agglomération. Je vous remercie.

**M. REQUILLART.-** Merci pour ce troisième témoignage où l'on a parlé de l'aménagement de l'espace urbain qui peut permettre une activité physique, mais pas nécessairement sportive au sens traditionnel du mot, qui peut s'apparenter à un sport de loisir ; de tout le travail sur la politique éducative et de l'accompagnement des dispositifs ; enfin, du soutien, à travers la politique de la ville, à des actions spécifiquement de santé. Cela remet un peu en transversal les questions abordées par les trois intervenants.

Je vais maintenant donner la parole à la salle pour que chacun puisse s'exprimer.

**M. RENAUDIE.-** Une question à vous poser à tous les trois et surtout d'abord à toi, Julien : tu as bien insisté sur la suite de l'étude préalable que vous aviez faite sur l'évolution de la pratique sportive, qui était une pratique plus individuelle, pour ne pas dire plus individualiste, et tout à l'heure les deux élus ont insisté sur l'aménagement des parcs pour qu'il soit fait dans cette fin et que les personnes, qui ont envie de faire du sport quand cela leur plaît, puissent le faire. Or, dans de nombreuses études, on s'aperçoit que s'il n'y a pas un guide, une aide, une main tendue, on s'inscrit difficilement dans la pérennité.

Je voulais savoir si, les uns ou les autres, vous accompagniez éventuellement ces aménagements du territoire par la présence d'animateurs sportifs, qui ne sont pas imposés, mais qui sont à disposition des personnes qui fréquentent ces parcs et qui, notamment par rapport à ce que tu as dit à propos du vélo, peuvent mettre en confiance des personnes d'un certain âge ou d'âge moyen qui n'ont pas fait de vélo depuis 15, 20 ans, qui hésitent à franchir le pas et pour lesquelles cela peut être le petit plus.

**M. LOY.-** Pour l'agglomération grenobloise, nous n'avons pas de compétence d'animation de territoire en matière de sport. Nous avons une compétence en matière de grands équipements qui est une compétence structurelle. Nous n'avons pas capacité à intervenir sur de l'animation sportive, sur le territoire de l'agglomération. C'est la raison pour laquelle nous ne sommes pas amenés à répondre à cette question qui est pourtant légitime.

Maintenant, pour ce qui est de l'émergence de publics auto organisés, c'est une réelle problématique, parce que, par définition, ils sont auto organisés et qu'il est très difficile de prendre le pouls de leurs besoins et de leurs demandes. C'est quelque chose qui nous pose problème. L'aménagement d'espaces naturels ouverts n'est peut-être pas la meilleure des réponses, mais c'est peut-être une réponse favorable pour résoudre cette problématique.

**M. MARTEL.-** Nous n'avons pas de compétence non plus s'agissant de l'animation sportive. C'est du ressort des communes. En revanche, sur le volet « Développement durable », nous avons plus de 60 personnes qui interviennent tous les jours dans les écoles, dans des centres de loisirs (cela ne s'appelle plus maintenant « centre de loisirs », mais « accueil collectif de mineurs ») et dans tout ce qui est centres sociaux.

Je prendrai l'exemple d'une opération qui marche très fort. On s'est aperçu que des adultes avaient peur de faire du vélo en ville. On a donc une opération qui s'appelle « Vélo Ecole » qui est organisée par Pignon sur Rue dans le premier arrondissement de Lyon, mais qui peut s'appliquer à toute l'agglomération lyonnaise. Là, on apprend aux adultes qui ont un peu peur à avoir moins peur en vélo.

**M. DEVINAZ.-** Par rapport à la question, la réponse est « oui ». Nous développons toute une série de logiques par rapport à ce changement dans la pratique du sport. J'ai pour habitude de dire que, pendant de nombreuses années, un service du sport dans une ville remplissait une condition nécessaire et suffisante qui était celle de gérer et de mettre à disposition des installations sportives. Cela reste nécessaire aujourd'hui, mais ce n'est plus suffisant. Un service du sport doit se préoccuper de ce qui se passe à l'intérieur. Je ne vais

pas remonter à la crise de 74, mais la société a profondément changé et est profondément inégalitaire. Vous savez bien qu'une partie de la population, notamment sur Villeurbanne, reste sur le bas-côté du terrain. Il faut donc se préoccuper du point de savoir qui fréquente nos installations, qui vient dans nos clubs. C'est toute une série d'indicateurs qu'il faut mettre en place pour, ensuite, apporter des réponses par de l'animation au sein du service du sport en direction de des publics qui ne se retrouveraient pas dans ce qui est traditionnellement mis en place depuis un certain nombre d'années.

Nous avons bénéficié, nous, de logiques de développement social des quartiers dans le cadre de la politique de la ville. Et cela nous a appris beaucoup de choses. Par exemple, si vous mettez des terrains de proximité, cela marche bien deux mois, mais si vous n'avez pas, derrière le terrain de proximité, une association, une structure de quartier ou quelqu'un du service du sport pour le faire vivre, pour amener un plus, le terrain de proximité, très rapidement, n'existe plus.

Nous avons développé tout un volet relatif à cette problématique avec des personnes qui, d'ailleurs, ont été formées à l'UFR STAPS, des éducateurs territoriaux des activités physiques et sportives qui vont entrer dans ces logiques. Nous avons des éducateurs, qui dépendent du service du sport, qui sont sur les terrains de proximité, qui vont au contact. Dès que l'on fait un terrain de football synthétique, dès que le club a fini de l'utiliser, on a des jeunes auto organisés qui viennent jouer. Nous allons donc, là aussi, entrer en contact.

Vous avez aussi d'autres disciplines qui se développent dans nos villes comme le roller. Et là aussi, si on ne veut pas qu'ils fréquentent trop les cabinets des médecins, il faut que nous nous préoccupions de la façon dont c'est pratiqué. Nous allons essayer, suivant les publics, d'encourager la création d'associations, de faire en sorte que ces associations, qui sont essentiellement composées de jeunes, rentrent dans le fil du sport au contact de ce qui est organisé. Tout cela est mis en place.

Nous allons un peu plus loin aujourd'hui. A partir de la piscine, nous mettons à disposition, tous les dimanches matin, des TAPS pour faire découvrir l'ensemble des pistes cyclables, pour découvrir à nouveau le Rhône que l'on a pendant longtemps ignoré. Tout cela est fait par le service du sport.

**M. REQUILLART.** - A-t-on dans la salle, par rapport à la question posée de l'accompagnement des personnes vers les dispositifs qui peuvent exister en matière d'activité physique, des personnes qui ont une expérience ou un témoignage à faire valoir ?

Cela veut-il dire que, du côté de l'éducation pour la santé, on n'utilise pas du tout les dispositifs mis en place par les communes pour faciliter le mouvement ?

**Mme SCHMITT.** - Nous allons en parler tout à l'heure.

**Dr. GUINOT.** - D'un point de vue médical, notre rôle, c'est de faire faire à nos patients une activité physique dans l'intérêt d'améliorer au moins leur qualité de vie. Le problème que nous rencontrons, c'est que, effectivement, ces personnes

ne peuvent pas avoir accès à des activités comme cela. Il faudrait notamment développer une offre d'activités physiques adaptées (là, on parle d'une catégorie particulière de patients), leur permettre d'avoir accès à une structure sportive avec des éducateurs sportifs spécialisés. On ne peut pas demander à quelqu'un, qui n'a pas été formé dans ce domaine, qui n'a pas eu une approche de ces patients, d'encadrer ces patients qui peuvent être fragiles.

Il faudrait donc un véritable travail de proximité. Et cela veut dire impliquer des professionnels de santé, des kinésithérapeutes, etc. C'est donc un peu plus compliqué. Il convient qu'ils aient une activité physique (dans la prise en charge des maladies chroniques, c'est important), mais nous entrons là dans quelque chose d'un peu plus spécifique, d'un peu plus compliqué. Je ne sais pas si nous y arriverons dans les dix ans qui viennent.

**Dr. GUERRIER-SAGNES, service de santé de la ville de Villeurbanne.**- Je pense que c'est la particularité et la chance des villes qui ont des services de santé intégrés à une politique municipale très forte. Leur orientation, et c'est tout le travail des équipes de santé sur le terrain, est de veiller au bon équilibre de vie des élèves scolarisés et de promouvoir l'activité physique. Et c'est quelque chose de très difficile, notamment dans les quartiers les plus en difficulté. Mais la connaissance très fine de tout le réseau associatif, de ce qui se passe au niveau municipal en termes d'ouverture, de partenariat avec les centres sociaux, etc., cette connaissance de proximité, à mon avis, est un atout dans l'orientation et dans l'accompagnement.

**Dr. SANSONNETTI-PERRIN.**- Je voudrais compléter ce qu'a dit Michel Guinot pour Grenoble, par référence à ce qu'a expliqué Monsieur Loy, à savoir que les patients s'adressaient exclusivement au départ à leur médecin pour dire qu'ils n'arrivaient pas et qu'ils ne pouvaient pas pratiquer d'activité physique : ce que nous avons à connaître en consultation, c'est le manque d'argent pour pouvoir pratiquer un sport et payer une licence dans un club classique ; également, ce sont les plages horaires d'ouverture insuffisantes de certaines piscines dans la communauté. Des parents me disent fréquemment : « Le samedi, le dimanche éventuellement, je peux m'arranger pour emmener mon enfant à la piscine, mais la piscine est fermée, tout comme pendant les périodes de vacances scolaires ou de petites vacances scolaires ». Si nous pouvions être aidés à ce niveau par la communauté de Grenoble, ce serait bien. Je suis tout à fait prête à aller exposer cela, et je pense que mes collègues le sont également, à participer et à faire remonter des informations que les patients ne sont effectivement pas prêts à donner aux représentants et aux élus. C'est déjà très difficile de se prendre en charge soi-même, nous l'avons bien dit ce matin. Alors aller voir son élu pour lui dire : « Je suis en situation d'obésité, faites quelque chose pour moi », c'est encore plus difficile que d'aller chez le docteur !

**M. LOY.**- Je ferai la même réponse que précédemment, j'en suis désolé. Dans l'agglomération grenobloise, les piscines sont de la compétence des communes et pas de l'intercommunalité. De ce fait, elle n'a pas capacité à proposer ou à agir sur les amplitudes horaires de tels équipements.

Par ailleurs, je suis amené à fréquenter les piscines, j'en connais donc un peu le fonctionnement. Mais en tant que communauté d'agglomération n'ayant pas compétence sur des équipements tels que les piscines ou les gymnases, qui

sont des équipements de proximité, nous n'avons pas la capacité pour proposer ou insuffler une dynamique par rapport aux problématiques que vous posez.

**M. DEVINAZ.-** Très rapidement, par rapport à ce qu'a souligné Frédérique Guerrier-Sagnes, notre directrice de l'hygiène et de la santé publique sur Villeurbanne, et par rapport à l'interpellation faite, certaines choses se font. Cela avance. Cela peut faire sourire, mais notre service de santé jusqu'à présent dépendait des services techniques. Aujourd'hui, depuis moins de six mois, il ne dépend plus des services techniques, mais est rattaché à la direction qui suit tout ce qui est sport, service jeunesse. Ce changement n'est pas uniquement un changement de directeur de service ; c'est aussi un changement dans le rôle que l'on veut faire jouer à ce service de santé.

Maintenant sur ce que vous avez dit, Madame, sur les équipements, je pense que nous sommes dans ce pays, globalement, en déficit d'équipements sportifs. C'est un peu culturel. On parle beaucoup de culture, mais on parle beaucoup moins de sport.

Si je prends l'agglomération lyonnaise, les piscines sur Villeurbanne sont ouvertes de 8 heures du matin jusqu'à 21 heures. Et elles doivent être ouvertes en respectant toutes les conditions de sécurité. Je ne vois pas bien comment nous pourrions faire plus aujourd'hui.

En revanche, la région a fait faire une étude, en tenant compte des poids de population et, sur le département du Rhône, nous sommes en déficit de 15 piscines et, sur l'agglomération lyonnaise, de 10 piscines. Alors, évidemment, les piscines existantes sont forcément saturées.

Et nos piscines doivent répondre à deux logiques : celle de la compétition (nous avons à Villeurbanne un club, Villeurbanne Natation, qui fait de la compétition qui implique une utilisation particulière de la piscine) ; celle du sport loisir.

Donc, avant de se poser la question de savoir si on ouvre suffisamment les équipements sportifs, peut-être faut-il se poser la question de savoir si on ne doit pas augmenter le nombre d'équipements sportifs sur notre territoire.

**M. GABRIELLE de l'ADES, Education santé Drôme.-** Vos exemples sont très passionnants. Je crois que le transport doux est, en effet, l'une des façons les plus efficaces pour faire bouger nos concitoyens. Dans cette politique d'utilisation du vélo, avez-vous intégré la question de savoir où l'on met son vélo quand on est à son domicile, où on le met quand on arrive, soit à l'école, soit à l'université ou dans son entreprise, car c'est très important ?

Et autre point, qui a d'ailleurs été évoqué, c'est celui des plans ou des itinéraires, parce que, quand vous êtes en vélo, vous n'avez pas la même perception de la signalisation qu'en voiture. Et le sentiment que l'on a, c'est qu'il existe des plans de déplacement en vélo, mais qu'ils ne sont pas connus des cyclistes. Il est donc intéressant d'avoir une signalétique précise et des plans précis.

**M. MARTEL.** - Sur les garages à vélos dans les écoles, je compare souvent cela à ce qui s'est passé en France au niveau des haies. On a financé les agriculteurs pour arracher les haies et, maintenant, trente ans plus tard, on refinance les agriculteurs pour replanter des haies à cause de l'érosion du sol. C'est valable pour le tramway aussi.

Vous aviez des garages à vélos dans les écoles. Ils ont disparu, parce que c'est le « tout voiture » qui l'a emporté. Et quand nous faisons des enquêtes sur les plans de déplacement domicile/école, les parents ont très peur de l'accident en vélo pour leurs enfants ; les enfants, eux, disent qu'ils aimeraient bien faire du vélo, mais que leurs parents ne le veulent pas et que leur première peur (la première peur des enfants), c'est de se faire voler leur vélo et non l'accident, à la différence des parents. L'idée est donc de réinvestir à l'intérieur des écoles dans des garages à vélos.

Ensuite, sur les pistes cyclables, vous avez des cartes qui commencent à être mises au point, que ce soit à Grenoble ou sur l'agglomération lyonnaise, et qui mériteraient, certes, d'être développées. Comme il a été dit tout à l'heure, sur le Grand Lyon, lors des mandats précédents, nous avons pris beaucoup de retard sur ce sujet. La ville a été façonnée pendant trente ou quarante ans par la voiture, donc, pour revenir sur des modes doux, en termes d'investissement, cela va prendre un certain temps.

**M. LOY.** - Sur les capacités de stockage ou de parking pour les vélos, les arches de stockage, c'est quelque chose qui est pensé concomitamment au développement des voies cyclables dans l'agglomération grenobloise. Je parlais tout à l'heure du maillage en mode doux au niveau des espaces naturels, c'est intégré dans cette démarche. La problématique du stockage des vélos est pensée avec l'aménagement de l'espace.

Concernant les plans et les itinéraires cyclables, ce sont des documents sur l'agglomération grenobloise qui sont disponibles dans tous les lieux de location Métro/Vélo et dans toutes les mairies. Le plan est remis à jour fréquemment et est à la disposition des usagers.

**Mme LAPOSTOLLE-DANGREAU.** - J'aurai un mouvement d'humeur. Je suis un peu agacée, mais pas par vous, par rapport à ce que j'entends d'habitude sur ce qui relève des compétences de l'Etat, des compétences du Conseil général, des compétences des communautés de communes, des compétences des communes. Comment faire aujourd'hui, alors que nous avons vraiment démontré la nécessité de travailler ensemble, de réfléchir ensemble, si les communautés de communes ne se rapprochent pas des communes ? Nous l'avons bien vu avec les trois intervenants, nous avons une qualité de compréhension des problèmes, d'identification, de constat des problèmes, mais comment faire si tout le monde ne travaille pas ensemble et si chacun reste dans son petit territoire ? C'est très agaçant pour moi, simple éducatrice pour la santé lambda.

**M. LOY.** - Je dirai, en étant un peu provocateur, que les communes et les EPCI travaillent déjà ensemble. Il ne faut pas oublier que les élus communautaires sont avant tout des élus communaux et des élus locaux. La plus grande difficulté pour eux - Monsieur le maire adjoint témoignera peut-être différemment -, c'est peut-être d'avoir deux casquettes entre celle d'élus communal et celle d'élus

communautaire. Il y a peut-être, là, une réelle problématique, mais le rapprochement est bien là.

**Mme LAPOSTOLLE-DANGREAU.**- Nous avons parfois l'impression que cela relève plutôt du clivage renforcé que d'une volonté de travailler ensemble.

**M. REQUILLART.**- C'est un peu comme dans l'éducation à la santé de temps en temps. Nous laissons la place à la table ronde suivante.



## Quand les institutions, les associations adaptent leur offre : quelles propositions, quelles organisations, quels leviers ?

---



Table ronde animée par Laurent Lizé, Directeur Education Santé Drôme.

**M. LIZE, Directeur Education Santé Drôme.**- Pour continuer et clôturer avec cette dernière table ronde de l'après-midi, nous aurons quatre intervenants qui vont respectivement répondre à une question, que l'on va maintenant creuser un peu, sur quand les institutions, les associations adaptent leur offre.

Ce matin, Claude Collignon revendiquait, en tant que directeur de l'UFR STAPS, des oeuvres. Je crois qu'il y a oeuvre, quand on fait acte de création. Et les associations, les collectivités territoriales, les services sont amenés, face à des enjeux de santé publique, à faire acte de création pour développer l'offre d'activités physiques.

Nous aurons quatre intervenants, avec quatre expériences différentes, qui vont devoir répondre à cette question cet après-midi :

- Stéphanie Schmitt, diététicienne à l'AGECSA, nous parlera d'un travail d'offre dans un centre de santé pour répondre aux besoins de personnes de quartiers dits sensibles ;
- Alain Vigneron, inspecteur d'académie et inspecteur pédagogique régional en EPS, interviendra sur l'offre en milieu scolaire ;
- Michel Fodimbi, maître de conférences à l'UFR STAPS, interviendra sur l'activité physique adaptée ;
- Enfin, Daniel Camilli, qui est président du Comité départemental du Rhône des offices municipaux du sport, nous parlera de l'offre des municipalités, de ce que développent les collectivités territoriales, les municipalités.

Pour planter le décor et pour évoquer ce que sont les oeuvres de création pour répondre à cette offre nécessaire en termes d'activité physique et sportive, je vais laisser la place à Stéphanie Schmitt.



## "L'offre en centre de santé : un programme pluridisciplinaire, une réponse adaptée aux besoins de personnes en quartiers dits « sensibles ». "

### Stéphanie SCHMITT, diététicienne à l'AGECSA

Dans le cadre d'un programme de prévention financé par la CPAM puis par le GRSP, l'AGECSA (Association de Gestion des Centres de Santé de Grenoble) a engagé, depuis 2004 une action de prise en charge de l'obésité. Cette action est mise en place au sein de 2 centres de santé implantés dans un quartier précaire (ZUS) de Grenoble (Villeneuve). Une intervention multidisciplinaire (Médecins, Diététiciens, Professeur de sport adaptée, Psychologue) et coordonnés est proposées au patients en surpoids ou obèses.

La participation des patients, souvent en retard et renoncement aux soins, est facilitée par différents moyens (proximité, gratuité, adaptée, actions collectives ...). Au sein de ce programme, l'accès aux activités physiques des jeunes est développé par différents moyens (Motivation à la pratique d'activités physiques quotidiennes, en club ou en famille, proposition de séances d'Activité Physiques Adaptées, travail en lien avec les clubs et le service des sports de la ville, relance par les différents intervenants ...). La notion de sport- plaisir, le respect des envies et des possibilités des jeunes, l'implication des familles, la valorisation de soi, .. sont les facteurs clés du programme.

Ce programme a été mis en place suite à un constat d'obésité, une grande précarité financière et une sédentarité très importante de la patientèle.

- Premier problème : Le coût d'une consultation d'une diététicienne libérale non remboursée et d'une licence sportive (non envisageable).
- Second problème : l'activité physique. Les patients fréquentant le centre n'ont pas de culture sportive. Le sport pour eux reste inaccessible et est synonyme des images de la télévision de sport de haut niveau.

Ces difficultés de terrain une fois identifiées ont permis d'élaborer ce programme mis en place au départ sur deux centres de santé, l'Arlequin et les Géants (10000 patients fréquentent ces centres). Vu le succès de cette action et les bénéfices en terme de santé, ce programme est étendu aux autres centres de santé. Ce programme a été financé par la CPAM et depuis l'année dernière, l'est par le GRSP.

Mise en œuvre du programme : Au centre du programme, se trouvent le patient et le médecin traitant. Après un point médical, Le patient peut être demandeur d'une prise en charge : « Je n'en peux plus, j'ai vraiment trop de poids, je n'arrive plus à respirer, plus à bouger » ; ou le médecin peut être initiateur au regard de l'évolution du patient: « Cela commence à devenir inquiétant pour votre santé ». Cette discussion est importante pour s'assurer de la motivation afin de débiter une prise en charge.

Le médecin traitant présente le programme au patient. C'est un programme de prévention. Il ne s'agit pas de dire : « Vous allez voir une diététicienne qui va vous prescrire un régime, vous allez perdre 10 kilos et, dans 3 mois, cela ira mieux ». La prévention, ce n'est pas cela. La durée reste la base

de nos enjeux ; Le patient doit se sentir mieux physiquement dans un an, deux ans, trois ans... mais aussi psychologiquement

Le patient est orienté en fonction de son souhait, soit vers la diététicienne, soit vers le psychologue, soit vers le sport, soit vers les trois acteurs en même temps, soit encore vers deux acteurs. Cela dépend de l'état de son état.

Les différents modes d'action : En ce qui concerne l'alimentation, des entretiens personnalisés, des groupes de discussion, des cours de cuisine sont proposés. Un travail de prévention primaire est également réalisé avec les structures du quartier (école, mjc, centres sociaux...).

Mais les conseils alimentaires ne suffisant pas, un professeur en activités physiques adaptées a rejoint le programme en proposant 7 créneaux différents sur la semaine, dont un créneau « Piscine ». Une psychologue pratique également des entretiens personnalisés et, des entretiens de groupe.

Prise en charge : Comment favoriser la prise en charge de ces personnes ? Les intervenants sont tous au cœur des quartiers. Les quatre professionnels concernés : le médecin, la psychologue, le professeur en activités physiques adaptées, la diététicienne travaillent de façon coordonnée. Les relais entre eux, (toujours en fonction des souhaits du patient) sont toujours possibles.

La coordination se fait également en fonction des rendez vous. Pour les patients communs, les rendez vous sont pris à la suite afin de simplifier les déplacements du patient. Les personnes précaires ont, en effet, des problèmes avec le temps, ont des difficultés pour se repérer dans le temps. Elles oublient souvent des rendez-vous. Des repères leur sont donnés avec toujours, quand cela est possible, les mêmes heures de rendez-vous et les mêmes jours. Les consultations et activités sont gratuites pour elles. La seule condition, est que le médecin orienteur soit leur médecin référent exerçant au centre de santé. L'absence de délai d'attente. Lorsque les personnes ont pris la décision de se prendre en main, il faut qu'elles puissent, obtenir rapidement un rendez-vous. Il ne faut pas que ce soit dans trois mois, parce que, trois mois après, ce seront d'autres problèmes. Cette disponibilité dont les professionnels font preuve à l'égard de ces personnes est vraiment très importante. Il faut être très réactifs.

Accès au sport : Après évaluation de l'activité physique et en fonction des désirs, les règles de base sont listées (des idées d'activités en famille, monter les escaliers, ballade dans les parc de la ville...).

Quand le besoin s'en fait sentir, des séances d'activité physique adaptée sont proposées pour les enfants qui ont vraiment beaucoup de mal à bouger. D'autres actions de sensibilisation à l'activité ont lieu sur le quartier grâce au réseau 12/25 qui propose des animations. Aucune activité n'est imposée à l'enfant, cela doit être son choix avec l'accord de ses parents. Des podomètres ont également été prêtés afin de démontrer que certains ne bougent pas beaucoup.

La sédentarité est grande sur ces quartiers. La télévision est parfois un bon mode de garde et certains parents fatigués de leur journée de travail l'utilise et ne ressortent pas les enfants pour les emmener pratiquer une activité extrascolaire. Dans ce cas, les professionnels essaient de négocier avec les parents pour que l'enfant bouge le plus possible dans la maison (éteindre la télévision et mettre par exemple de la musique et danser dans la chambre, aider aux courses, au ménage...)

La diététicienne engage des discussions sur les messages publicitaires qu'ils connaissent par cœur : « Qu'est-ce que cela veut dire pour toi « bouger », quand tu entends à la télévision : « Bouge plus » ? ». C'est aller faire de la trottinette, du roller, aller à la piscine, pratiquer un sport. Une explication est nécessaire afin que ces messages soient bien perçus par l'ensemble de la famille.

Le fait de jouer dehors, c'est très important ; se promener en famille, c'est aussi important. Pour cela les plans des parcs, le plan des bus, le plan des pistes cyclables, les horaires des piscines sont disponibles afin de leur faciliter l'accès à ses loisirs peu onéreux. Ils n'ont plus aucune excuse ! Il est également important de connaître l'existence des activités des clubs sportifs du quartier afin d'orienter au mieux les patients.

Pour les sports extrascolaires, sur Grenoble, le service des sports propose des activités sportives gratuites pour tous les enfants. Ceci est un avantage pour les enfants issus de famille précaire. Il est parfois indispensable d'aider les familles à contacter le service des sports. C'est peut être à la limite de l'assistantat mais c'est une solution pour que l'enfant obèse se bouge. !

Il existe également une collaboration avec le collège, la maison des associations, la maison des jeunes du quartier.

Activités physiques adaptées : pourquoi avoir mis en place des activités physiques adaptées ?

- Les activités sportives en club débutent à partir de 6 ans. Il est donc difficile de faire bouger les enfants de 3 à 6 ans.
- Des propositions sont faites aux familles pour les aider à bouger ensemble.
- Les activités physiques adaptées (APA) doivent servir de « tremplin ». Les patients ont besoin d'une remise en confiance afin de leur redonner goût à l'activité, les jeunes patients peuvent ensuite regagner des groupes non adaptés.
- Le but n'est pas de les garder en activités physiques adaptées, mais qu'ils soient capables de faire une autre activité.
- Pour les adolescents avec une grosse problématique de poids, les groupes d'APA permettent d'éviter la confrontation avec d'autres qui sont plus minces. La motivation de groupe est également présente.
- L'activité plaisir doit rester une priorité dans ces milieux. Pour s'entretenir le corps a besoin de bouger, cela permet également d'évacuer les soucis et les tensions. Un apprentissage de ces notions est nécessaire, les APA nous aident dans ce sens.

En conclusion, grâce à la proximité et la coordination des professionnels, au respect des envies et des possibilités des jeunes, les patients obèses inclus dans ce programme arrivent à se sentir mieux.

**M. LIZE.** - Merci de cet exposé et merci aussi de rappeler que votre activité est adaptée à un territoire, à une population, à des réalités économiques et culturelles.



## " L'offre en milieu scolaire. "

M. Alain VIGNERON, Inspecteur d'Académie, Inspecteur Pédagogique Régional en EPS.

Bonjour, je vais parler de l'offre qui est proposée aux élèves pour pratiquer une activité physique et sportive au sein de l'institution scolaire.

En première partie, je vais énoncer quelles sont les possibilités offertes, notamment aux élèves qui sont en situation de surpoids ou d'obésité, pour pouvoir avoir une activité régulière au sein de l'école. Puis, en deuxième partie, j'essaierai de poser quelques limites et de souligner quelques raisons d'espérer dans le traitement de la problématique qui nous occupe aujourd'hui.

Les mesures prises par l'Education nationale s'inscrivent dans le cadre de la loi sur l'éducation et proposent un volant de promotion de l'activité physique qui s'appuie essentiellement sur les cours d'Education Physique et Sportive, mais également sur une offre complémentaire d'activités sportives.

Le cours d'Education Physique et Sportive est un lieu privilégié, puisque l'EPS est une discipline obligatoire pour tous les élèves, quel que soit leur niveau de scolarité. Toute une classe d'âge fréquente obligatoirement l'Education Physique et Sportive. Je souligne : tous les élèves, y compris ceux qui sont en situation de handicap ou qui ont une inaptitude partielle à la pratique. Très rares sont les élèves qui devraient être dispensés de l'EPS, car depuis maintenant plus de vingt ans, il existe un système de certificat médical adapté qui permet aux élèves, momentanément ou partiellement inaptes à la pratique, de pouvoir suivre un enseignement adapté avec leur classe ou de manière spécifique.

Les horaires de cette matière sont différents suivant les niveaux de scolarité :

- A l'école primaire le ministre de l'Education nationale a annoncé l'accroissement du volume horaire pour le porter à 4 heures hebdomadaires à la rentrée prochaine, ce qui laissera la possibilité à chaque école d'organiser une pratique physique journalière.
- Au collège, l'horaire hebdomadaire varie de 4 heures par semaine pour les élèves de 6<sup>ème</sup> à 3 heures pour les autres niveaux de classe, ce qui fait que chaque élève a, en règle générale, deux séances d'EPS par semaine inscrites à son emploi du temps.
- Enfin au lycée, l'horaire est, en moyenne, de 2 heures, avec une séance hebdomadaire de pratique.
- Cet enseignement poursuit trois grandes finalités, quel que soit le niveau de scolarité, avec l'ambition, au sortir du système scolaire, de former un élève qui soit physiquement éduqué, cultivé en matière d'activités physiques et sportives, lucide et autonome dans sa pratique. Ces trois finalités sont :
  - Développer et mobiliser ses ressources pour enrichir sa motricité, la rendre efficace et favoriser la réussite ;
  - Acquérir des connaissances et des compétences dans les activités physiques, sportives et accéder ainsi à un domaine du patrimoine culturel ;

- Acquérir des compétences relatives à l'éducation à la santé et à la gestion de sa vie physique d'élève ou de futur adulte.

Cet enseignement s'appuie sur la pratique d'activités physiques et sportives, mais également, et c'est assez récent, sur des activités qui développent l'entretien de soi. Par exemple, dans les programmes du lycée, une compétence s'intitule « Réaliser et orienter son activité physique en vue de l'entretien de soi ». Elle doit être développée chez tous les élèves de lycée et peut être évaluée dans le cadre du baccalauréat.

Dans le même esprit, la nécessité de prendre en charge tous les élèves de manière obligatoire en l'EPS se concrétise par un développement marqué de ce que l'on appelle l'Education Physique et Sportive adaptée. Cela concerne les élèves qui sont inaptes partiels. Pour plus d'informations, je vous renvoie à la plaquette « Ré-activité » dans laquelle figure un encart qui apporte des détails. Mais cela signifie que les professeurs d'EPS ont la mission de construire et d'adapter leur enseignement à tous les élèves, quels que soient leurs possibilités et leurs capacités du moment.

L'EPS contribue, comme les autres matières et en lien avec elles, à ce que la Loi sur l'éducation définit comme le socle commun des connaissances et des compétences, c'est-à-dire ce que tous les élèves doivent acquérir avant la fin de la scolarité obligatoire. Et l'un des éléments de ce socle commun s'intitule « Comprendre le fonctionnement de son propre corps et l'incidence de l'alimentation, agir sur lui (son corps) par la pratique d'activités physiques et sportives ». Ce qui signifie que la nation a l'ambition, à travers le socle commun, que tous les élèves français aient une Education Physique et Sportive qui soit adaptée à leur niveau et qui leur permette de développer ces compétences liées à la gestion de leur vie physique.

Il existe également une offre complémentaire d'activité physique et de sport au sein de l'école. Une pratique sportive volontaire est possible dans chaque établissement scolaire à l'Association Sportive. Les associations sont coordonnées par une fédération (dans le premier degré l'USEP, dans le second degré l'UNSS, dans le supérieur la FNSU). Ce cadre associatif autrefois essentiellement compétitif, propose dorénavant des modalités de pratiques qui permettent la promotion d'une pratique régulière destinée à conserver un bon état de forme.

Depuis cette année dans les établissements en réseau de réussite scolaire, (ex ZEP) a été mis en place l'accompagnement éducatif, avec un volet sportif. Il concerne le créneau de fin de journée, 16/18 heures – on a dit ce matin que c'était parfois un moment de solitude pour les élèves en situation de surpoids et d'obésité - et vise à proposer un accompagnement à l'élève de type scolaire, culturel, ou sportif. Le versant sportif de cet accompagnement éducatif pourrait avantageusement faire l'objet d'actions spécifiques menées pour lutter contre le surpoids et l'obésité. Dans ce cadre des partenariats peuvent être envisagés avec les associations, avec les collectivités locales pour faciliter la prise en charge de groupes d'élèves.

La Loi sur l'éducation prévoit aussi, dans son article 34, la possibilité pour chaque établissement scolaire de procéder à des expérimentations qui, une fois validées par l'institution, pourraient éventuellement être généralisées. Dans ce cadre, des établissements scolaires peuvent proposer des dispositifs destinés à lutter contre l'obésité et le surpoids. Dans l'académie, un projet de ce type est

en cours d'élaboration et devrait ouvrir à la rentrée prochaine au collège Boris Vian à Saint-Priest. Il concerne la prise en charge d'un groupe d'élèves en situation d'obésité, au niveau de la classe ordinaire et avec un accompagnement spécifique par une approche sous quatre angles : l'angle de l'activité physique ; l'angle de la nutrition ; l'angle de l'accompagnement individuel de l'élève en situation d'obésité (l'aspect psychologique) ; l'angle de la relation avec la famille. Une telle opération a déjà été montée dans l'académie de Toulouse voilà quelques années sous l'accompagnement du repop.

Enfin, les dispositifs qui encouragent l'interdisciplinarité et la transdisciplinarité permettent à l'Education Physique et Sportive d'être couplée à d'autres disciplines (les sciences de la vie et de la terre, les lettres, etc.) pour mettre en place des enseignements sur des thématiques assez proches de notre problématique (santé, connaissance du corps humain...).

Voici donc, rapidement décrites, les possibilités qui sont offertes au niveau de l'Education nationale pour que tous les élèves - et notamment les élèves en situation de surpoids ou d'obésité - puissent être pris en charge.

Ce souhait de l'institution est un objectif. Actuellement, sa mise en œuvre dans la pratique rencontre des obstacles et montre également des progrès. Il faut donc identifier les obstacles, et aussi relever les raisons d'espérer. Je vais essayer d'alterner les deux. D'après mon observation personnelle, et sans prétendre être exhaustif, voici quelques remarques :

Le fait que l'EPS soit une discipline scolaire comme les autres est impliqué qu'effectivement tous les élèves y participent et y sont obligatoirement notés. Mais les élèves ont souvent une représentation de l'EPS basée sur le plaisir et sur l'activité sportive assez ludique. Ce matin, une question a porté sur l'utilité de la note : faut-il noter ou ne pas noter l'EPS ? Si l'EPS n'est pas notée, elle disparaîtra, à cause du fonctionnement du système éducatif, et de la pression du milieu social et familial qui est énormément préoccupé par les notes et les résultats. D'autre part, l'un des médecins soulignait ce matin que les élèves ont besoin de repères, de connaître le résultat de leurs actions. Ce n'est donc pas tant l'évaluation qui pose problème, tout doit être évalué pour que l'élève sache où il en est ; ce qui pose problème, c'est la notation qui renvoie à une norme et à un classement. Ce qui pose problème, c'est la comparaison avec les autres. Mais que l'élève soit évalué en EPS, comme ailleurs, pour savoir où il en est et savoir quels sont ces progrès, c'est indispensable.

Une raison d'espérer, c'est la prise de conscience de la réalité du nombre d'élèves en situation de surpoids et obèses au niveau des établissements scolaires. Effectivement, quand on observe les classes, le nombre d'élèves en situation de surpoids est de plus en plus visible. Il s'ensuit une prise de conscience de l'enjeu et, donc, une perception beaucoup plus positive du corps professoral vis-à-vis de cet objectif.

Une récente enquête du ministère sur l'état de la discipline EPS et, en particulier, sur la façon dont elle est perçue par les élèves et les professeurs montre que, sur les trois finalités dont j'ai parlé tout à l'heure, la finalité relative à la gestion de sa vie physique est placée au premier rang par un tiers des professeurs, alors qu'elle est relativement nouvelle (elle a une dizaine d'années d'existence).

En revanche, pour reprendre le parallèle qu'a fait Claude Bouchet ce matin en disant qu'entre Education Physique et Sportive et éducation physique et santé, c'étaient les mêmes lettres EPS. Mais on peut ajouter éducation physique et

solidarité, et sécurité, etc. Une multitude d'objectifs sont assignés à l'EPS. On a tendance à lui faire viser beaucoup trop d'objectifs, et cette multitude d'objets de travail pour les professeurs nuit à la concentration sur l'un des problèmes. C'est une difficulté didactique et pédagogique assez forte pour les enseignants que d'avoir à faire le choix d'un objectif particulier pour un élève, alors qu'ils s'adressent à une classe, qui est souvent chargée, et que les élèves n'ont pas tous les mêmes besoins. La gestion de cette hétérogénéité, dans le cadre des cours d'EPS, et la différenciation pédagogique qui doit se mettre en place pour s'adapter aux besoins de chacun ne sont vraiment pas, professionnellement, des choses très faciles à mettre en œuvre. C'est même extrêmement compliqué. Il y a une déperdition entre la volonté de s'attaquer à ce problème et les effets concrets qu'on peut avoir.

Une autre raison d'espérer, c'est la réponse favorable des élèves et des familles. La même enquête montre que, quand on leur demande les raisons pour lesquelles ils viennent en EPS, ou ils viendraient en EPS spontanément, ou ce qu'ils préfèrent en EPS, 68 % des élèves annoncent, comme première réponse, prendre du plaisir et rester en bonne santé, ce qui est très encourageant.

Mais les conditions d'enseignement sont parfois pénalisantes pour l'EPS. Il y a la disponibilité des installations (on a fait part de la pénurie de piscines globalement sur la région) et leur éloignement. Bien sûr, on peut dire que faire un kilomètre à pied, c'est déjà de l'activité physique, mais quand l'installation est trop loin et nécessite de prendre le bus, cela peut amputer jusqu'à la moitié du temps de pratique.

Je terminerai par deux points de conclusion.

Premièrement, je renforcerai la tendance globale exprimée au cours de cette journée, à savoir que nous devons continuer à travailler collectivement sur cette question. C'est bien plus que des passerelles qui sont nécessaires, c'est un travail commun qu'il faut établir. Il faut pour cela encourager l'ouverture vers l'extérieur de l'Éducation nationale et améliorer les relations entre les professeurs d'EPS et le milieu médical, qui souffrent d'une histoire qui a fortement marqué les représentations d'un côté comme de l'autre, ce qui fait que le travail collectif est difficile à mettre en place.

Enfin, en reprenant la présentation faite ce matin des six étapes de *Prochaska et DiClemente*, je dirai que globalement l'Éducation Physique et Sportive, du moins de la façon dont je la vois, se situe pratiquement à la fin de l'étape de détermination et tout près de l'étape d'action, même si on trouve des professeurs inscrits dans chaque étape. L'effort à faire pour arriver à l'action, c'est le travail commun. Je vous remercie.

**M. LIZE.-** Le premier exposé nous a rappelé la nécessité d'avoir les deux pieds campés dans la réalité.

Ce deuxième exposé nous parle d'une institution, qui se penche sur une réalité de santé publique qui vient interpellier ses pratiques, et de la nécessité de l'adapter. L'éducation physique et sportive doit visiblement répondre à de nombreux enjeux. Cela doit passer, j'imagine, par la formation de ses acteurs.

## → → → "L'activité physique adaptée : l'offre de formation de l'UFR STAPS Lyon. "

M. Michel FODIMBI, Maître de Conférence à l'UFR STAPS, UCB Lyon1.

Je ne répondrai pas directement à cette question, parce que la formation de professeur d'éducation physique utilise une filière qui est une filière d'éducation/motricité. Pour ma part, je m'appesantirai un peu plus sur la filière « Activité physique adaptée » qui propose, elle, une formation à destination des personnes à besoins spécifiques, mais en dehors du périmètre scolaire.

Je développerai mon propos en essayant de recontextualiser l'ensemble de cette formation. Au lieu de vous dire que l'on forme des étudiants à tel niveau, ce qu'ils font, etc., j'ai essayé d'axer mon discours sur les enjeux de la formation.

Contexte : toute formation se fait dans un contexte et par rapport à un certain nombre de besoins sociaux, sociétaux et donc les formateurs, les futurs intervenants doivent avoir conscience du rôle qu'ils sont amenés à jouer et du rôle que l'institution leur fera jouer lorsqu'ils seront en poste.

Nous avons déjà eu l'occasion de constater ce matin à quel point les rapports entre le sport et la santé ou entre l'activité physique et la santé étaient des rapports complexes. La constatation expérimentale ou empirique des bénéfices de l'activité physique sur la santé physique c'est à dire le surpoids et l'obésité, le diabète, les accidents cardiaques, les risques ostéo-squelettiques, sur la santé mentale par la réduction du stress et de l'anxiété, par le développement et l'entretien du système nerveux central ou par la perception de l'état de santé lié à la pratique, les bénéfices sociaux et citoyens liés au fait que le pratiquant régulier d'une activité physique et sportive se sente considéré par les autres et en harmonie avec lui-même et son environnement social, tout cela ne doit pas faire oublier les dommages de l'activité physique et du sport sur la santé. Les douleurs, les traumatismes et les diverses pathologies liées à l'usure de l'organisme, aux accidents sportifs, ou encore le recours au dopage pour améliorer les performances, font aussi partie de l'activité physique et du sport.

Je ne m'attarde pas sur les dimensions idéologiques du sport comme l'idéologie de la performance et la méritocratie qui peuvent être sources d'émulation pour le pratiquant et donc être jugées comme étant positives dans notre société, mais qui peuvent aussi conduire le pratiquant à concevoir, de manière plus ou moins consciente, que la sélection des meilleurs relèverait de la nature profonde des rapports sociaux.

Autrement dit, l'utilisation des activités physiques et du sport, dans quelque cadre que ce soit, ne peut pas se faire de manière naïve en considérant que l'activité par elle-même est un bienfait. Elle n'est que ce qui en est fait et ne possède aucune nature, aucune essence par elle-même.

Les activités physiques sont utilisées ou instrumentalisées dans un contexte qui fournit l'intelligibilité des actions qui sont menées.

L'injonction actuelle faite à chacun, de santé, de beauté, de performance et de bien-être, se présente comme une donnée naturelle soutenue par une norme dominante, celle de l'optimisation des corps. La prévention des risques est devenue une exigence individuelle à laquelle aujourd'hui personne ne saurait se soustraire dans le cadre de la responsabilisation de l'individu quant à son avenir. On peut parler d'un véritable devoir de santé auquel les citoyens, désormais « responsables-d'eux-mêmes », sont soumis.

Le sociologue, en prenant de la distance par rapport aux normes dominantes et en les replaçant dans leur contexte idéologique, fait apparaître les éléments cachés, les rapports de force occultés. Il dévoile, par exemple, les formes de totalitarisme et de contrôle social qui s'exercent sur les individus. Il démontre que cette exigence de santé introduit des catégories de pensée qui deviennent autonomes et qui, elles-mêmes, indiquent les solutions à apporter aux problèmes formulés de cette manière.

Si je prends l'exemple du surpoids et de l'obésité, dans le contexte actuel de la préoccupation sociale relative à la santé, l'utilisation massive de socio-types qui ont été développés par la psychologie comportementaliste fait apparaître quatre types de conduite : les personnes qui sont insouciantes, les classiques, les préventifs et les fatalistes.

La nature psychologique et individuelle du comportement étant validée par la diffusion et l'appropriation du modèle par les industries pharmaceutiques et de marketing, par les compagnies d'assurance et par le monde politique, soutenue par les théories microéconomiques de l'individu rationnel, la solution se trouverait désormais dans les ressorts psychologiques à mettre en oeuvre (apprentissage, incitations, récompenses, menaces, etc.).

On voit ici que la dimension sociologique du problème est totalement évacuée, un peu comme si elle n'existait pas, alors même que la problématique du surpoids et de l'obésité est avant tout d'ordre culturel et social. Elle est profondément liée à des modes de vie induits et produits par le fonctionnement social.

La profusion alimentaire, l'injonction consommatoire, les modes de vie urbains sont des éléments environnementaux dominants dans les pays riches. Ils interagissent avec les variables sociologiques, ils se mêlent à la variété des génotypes humains et génèrent des individus inégaux devant l'obésité et le surpoids.

La question de l'intervention et de la place des activités physiques dans cette problématique ne saurait se traiter de manière prescriptive et mécanique, nous en sommes bien convaincus, ne serait-ce que parce qu'on a encore le droit, en France, d'être en surpoids ou de rester physiquement inactif, mais aussi parce qu'elle est multifactorielle.

La complexité du problème nécessite, afin que la prise en charge par l'activité physique adaptée puisse être efficace, non pas de simples techniciens en activité physique ou sportive, des entraîneurs ou des coachs sportifs dont la fonction serait de faire bouger à partir d'un diagnostic de santé ou de risque, mais des professionnels ayant conscience des enjeux de l'intervention, de la portée et des limites de leur action, œuvrant en collaboration dans le cadre d'une action pluridisciplinaire en étant donc capables d'individualiser, de concevoir, de développer, d'évaluer des programmes de prévention et de réadaptation.

Il en va de même dans d'autres domaines d'intervention par les activités physiques adaptées comme, par exemple, celui des jeunes des quartiers sensibles. Le professionnel en activité physique adaptée chargé de développer des sports à finalité d'intégration sociale doit pouvoir se positionner par rapport au rôle de normalisation sociale qui est attendu de lui et par rapport à son rôle d'éducateur et d'adulte référent. Il lui faut tout à la fois agir pour amener les jeunes à développer des comportements sociaux, qui leur permettent de s'inscrire dans le fonctionnement social dominant, tout en les amenant à comprendre, à décrypter l'environnement social, et donc à pouvoir agir individuellement et collectivement sur les mécanismes qui produisent le chômage, la discrimination et le racisme.

Dans tous les cas, le professionnel en activité physique adaptée se doit de situer son intervention dans son contexte. C'est ce qui va lui permettre de développer ses actions et ses pratiques. Il ne peut et ne doit pas être un simple exécutant de recommandations, fussent-elles médicales ou politiques. Il ne peut pas se contenter d'appliquer des recettes. Il doit pouvoir envisager son intervention dans ses dimensions politique, sociologique, psychologique, philosophique et éthique.

Formation : Tout ceci pose la question de la formation des intervenants, à la fois en termes de contenu et de niveau d'études. Les STAPS, sciences et techniques des activités physiques et sportives, présentent la particularité d'être la discipline universitaire la plus polyvalente. Elle fait, dans le cadre de ses formations ou de ses recherches, appel à des champs disciplinaires aussi divers que l'anthropologie, l'histoire, l'économie, la sociologie, la psychologie, la pédagogie, la physiologie, la biologie, la biomécanique, etc. Je ne vais pas les citer tous. Cette particularité est précieuse pour la formation car, en variant les éclairages sur un domaine, par exemple sur la question de l'obésité et du surpoids, elle permet aux étudiants de développer des visions globales et complexes des phénomènes étudiés. Les cours dispensés s'appuient sur les données scientifiques disponibles, ainsi que sur les recherches qui sont développées, ce qui les actualise en permanence.

Dans le cadre de la filière « Activité Physique Adaptée », les collaborations développées avec des secteurs professionnels, à partir de besoins sociaux identifiés, comme la problématique de la santé, permettent aux étudiants d'avoir des cours et des informations provenant directement des corps et des institutions spécialisés. C'est ainsi que le département « Activité physique adaptée » a tissé des liens, notamment avec la fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé, la FRAES, avec l'Oeuvre des villages d'enfants ou encore avec l'agence régionale d'hospitalisation Rhône-Alpes, liens qui facilitent l'intervention de ces institutions dans nos formations.

Les études s'articulent avec des mises en stage. Dans le secteur d'activité physique adaptée, les étudiants ont, selon leur niveau d'études, au minimum 100, 150 ou 250 heures de stage par an à faire.

L'immersion dans le milieu d'intervention permet de se confronter au réel, de collaborer avec d'autres praticiens et de réajuster des contenus de formation à partir des remontées issues du terrain en provenance des étudiants eux-mêmes ou des maîtres de stage.

Les enjeux de formation sont donc de répondre aux nouveaux besoins sociaux, d'une part, par la recherche qui permet l'étude des phénomènes et la

proposition de solutions, d'autre part, par la proposition d'une offre de formation adaptée en cohérence avec des connaissances scientifiques.

C'est ainsi que nous faisons évoluer notre offre de formation, avec la collaboration précieuse de tous nos partenaires, collaboration indispensable à la professionnalisation de nos étudiants. Je vous remercie.

**M. LIZE.** - Merci, Michel, de cet exposé. Sur cette précaution que vous prenez de nous rappeler que, comme toujours, que soit l'APA ou l'EPS, cette médiation n'a de vertu qu'en fonction de la manière dont elle est produite et faite et sur la nécessité de s'ouvrir justement à des partenariats, à des complémentarités, à des ressources qui vont nous garantir justement que cette pratique est bien en elle-même porteuse des vertus que nous espérons, nous t'en remercions.

Je laisse la parole à notre dernier intervenant, Daniel Camilli, qui va nous parler de l'offre telle qu'elle est proposée par les municipalités.

## → → → "L'offre des municipalités."

### **M. Daniel CAMILLI, Président du Comité départemental du Rhône des Offices Municipaux du Sport.**

Bonsoir. Le sujet que je vais aborder a été déjà relativement dévoilé surtout lors de la table ronde précédente. Tout d'abord, quel est mon engagement? Je suis investi dans le mouvement des OMS.

Le mouvement des OMS. C'est un mouvement qui intervient sur les communes. C'est une structure associative qui se situe à l'articulation de trois logiques verticales concernant les activités sportives : tout d'abord, le monde fédéral ; ensuite le monde éducatif (Monsieur l'inspecteur l'a évoqué tout à l'heure) et enfin le monde du loisir.

Cette organisation transversale en fait un espace qui favorise la concertation entre les différents secteurs que l'on vient d'énoncer et qui, par voie de conséquence, peut être une force de propositions auprès des décideurs locaux.

A été évoqué précédemment l'intérêt de regrouper les personnes ou les organismes qui seraient susceptibles de travailler ensemble sur le sujet qui nous préoccupe aujourd'hui. Sur une ville, une structure telle que l'OMS est le lieu où vous pouvez venir dialoguer et poser les problèmes que nous avons largement abordés durant cette journée pour trouver les meilleurs compromis, notamment sur les projets municipaux.

J'ai, par ailleurs, occupé un poste de directeur de service à la ville de Vénissieux. Pendant plus de trente ans, j'ai vu l'évolution de l'organisation du sport sur une commune, en particulier sur une ville dont les problèmes sociaux étaient importants et qui le sont encore malheureusement.

Offre des municipalités : L'intitulé de l'intervention est : « l'offre des municipalités ». Pour donner un cadrage clair à mon propos, il convient de

rappeler que le sport, la culture et la santé sont de compétence facultative pour les villes. Ces compétences ne sont donc pas normalisées. Chaque ville peut organiser et promouvoir le sport ou la culture en fonction de ses objectifs politiques, à l'inverse de l'état-civil, des services techniques, de la comptabilité publique et des équipements (école, réseau urbain, etc.) qui sont de compétence obligatoire...

Par conséquent, chaque ville conduit ses politiques publiques, dans ces domaines, comme elle l'entend et, notamment, pour ce qui nous concerne, ses politiques publiques en matière d'activités physiques et sportives.

Ces politiques peuvent poursuivre plusieurs objectifs que chaque ville souhaite plus ou moins développer et qui dépendent de l'engagement que les élus locaux ont sur le plan social, sur celui de l'environnement urbain ou rural, sur celui des opportunités touristiques qui peuvent exister sur le territoire, sur le plan de la politique de communication ayant pour support, en particulier, le sport spectacle professionnel. Ces politiques dépendent également de la moyenne d'âge de la population. Ces paramètres, bien évidemment, ne sont pas exhaustifs.

Comme on peut le voir, les offres en matière d'APS seront très diversifiées et elles seront souvent différentes d'une commune à l'autre.

Quelles propositions ? : Bien évidemment, les villes n'abordent pas la pratique des APS par cette problématique de la sédentarité et du surpoids, problématique qui est le sujet de notre rencontre, mais on peut considérer que les dispositifs mis en place y répondent indirectement.

Les initiatives municipales liées à notre sujet se retrouvent dans l'engagement social des villes et dans leur volonté de développer des activités physiques pour le plus grand nombre.

Cette volonté est relativement récente. Les villes à forte densité ouvrière ont ouvert la voie au début des années 60 pour, notamment, limiter les barrières sociales. Depuis, quelles que soient les catégories sociales de la population et la couleur politique des municipalités, beaucoup de maires ont pris conscience de la nécessité de la pratique des APS sur leur territoire et, en particulier, pour les plus jeunes.

Les initiatives que l'on retrouve le plus fréquemment dans nos communes sont : l'aide au développement de l'EPS, notamment à l'école primaire (la commune met à disposition des intervenants extérieurs à l'école dans le cadre d'une convention Education nationale/ville) ; la mise en place d'écoles de sport post-scolaires qui, soit sont directement sous la responsabilité de la commune, soit sont régies dans un cadre conventionnel avec les clubs locaux.

Nous notons aussi une volonté, relativement récente, de développer la pratique sportive en direction des personnes en situation de handicap. Nous pouvons considérer que l'obésité est une forme de handicap temporaire.

La contribution se fait aussi pour développer le sport scolaire (USEP, UNSS, UGSEL) à travers une aide financière et humaine. Là aussi, chaque commune, en fonction de ses orientations, peut apporter cette aide.

Les villes peuvent contribuer aux initiatives menées, en matière de pratiques sportives, au sein des maisons des jeunes, des centres sociaux (cela a été évoqué précédemment), des centres de vacances, des associations de quartiers chargées de l'animation sur la localité (Michel Fodimbi y a fait allusion dans son propos) avec, notamment, les problèmes liés aux quartiers difficiles.

Et il ne faut pas oublier l'aide aux pratiques de loisirs sportifs pour les jeunes auto organisés.

C'est, enfin, la création de centres médico-sportifs, dont la vocation est bien évidemment d'assurer le contrôle médical, mais aussi la lutte antidopage avec, également, un aspect de conseil pour les entraîneurs sportifs et de santé en général.

Ces quelques exemples d'initiatives devraient contribuer, je l'espère, à alimenter le débat. Je vous remercie.

**M. LIZE.** - Merci pour ce dernier exposé qui vient clôturer cette dernière table ronde, souhaitez-vous intervenir ?

**M. CHASSARD, responsable de formation, Direction régionale Jeunesse et Sports, entraîneur.** - Dans les interventions, notamment de cette dernière table ronde, on n'a pas d'intervention, je pense à juste titre, sur l'offre faite par les clubs sportifs dits fédéraux, dits traditionnels. Mais par le biais de l'école primaire, des collectivités, ne faudrait-il pas avoir une réflexion sur une formation des intervenants de clubs sportifs à la problématique qui nous intéresse aujourd'hui ?

**Mme SCHMITT.** - Pour ce qui concerne les clubs sportifs, nous avons, dans notre quartier, une relation entre le service médical et les clubs sportifs qui ont accès, grâce au réseau 12/25, à l'ensemble de notre programme. Nous sommes à la disposition des clubs, s'ils souhaitent que nous intervenions. Par exemple, s'il est besoin d'une intervention sur la nutrition, c'est moi qui la fais ; si c'est une information sur le dopage, ce sera un médecin du centre. Nous essayons, pour le quartier, de prendre en compte tous les clubs qui font des entraînements sur le quartier.

**M. CAMILLI.** - Concernant les collectivités locales ou territoriales, la prise en compte des associations sportives sur leur territoire est évidente. Mais l'engagement de ces associations, au-delà de leurs propres activités, n'est pas évident.

Je l'ai vécu en 1981, à Vénissieux. En effet, suite aux explosions sociales, nous avons fait appel aux clubs locaux pour essayer d'enrayer le malaise, mais nous nous sommes très rapidement heurtés aux limites de l'exercice. Et quand je le dis, ce n'est pas péjoratif. Ce n'était pas dans leur compétence, ce n'était pas leur rôle. On peut bien sûr faire appel aux clubs, mais en étant très prudent et sans grande ambition, sauf cas particuliers bien sûr.

**M. LIZE.-** J'ai oublié de le présenter, mais nous travaillons avec Monsieur Antoine Le Bellec, conseiller technique à la direction départementale Jeunesse et Sports de la Drôme, responsable d'éducation santé Drôme, autour de questions de santé dans les pratiques sportives, le point de départ étant les questions de dopage et les conduites à risque, pour le développement de compétences de santé au sein des fédérations et des comités départementaux et nous mesurons effectivement ce que vous venez d'évoquer, à savoir l'intérêt évident et, en même temps, la difficulté de mobilisation de ces acteurs, des Comités, mais également des clubs. Cela dit toute la nécessité d'ouvrir et de travailler de manière beaucoup plus transversale entre les associations d'éducation pour la santé, les institutions d'Etat et les conseillers généraux, les collectivités territoriales, les Comités départementaux, mais aussi les clubs.

**M. LE BELLEC, DDJS Drôme.-** Je ferai la transition avec ce que tu dis sur la place du mouvement associatif. Il est effectivement difficile de convaincre les entraîneurs, les éducateurs. Je ferai un peu le parallèle avec l'accueil des personnes handicapées : on peut former les personnes à l'accueil de ce type de public, on peut très bien les former à l'accueil et à la prise en charge de personnes en surpoids, mais il est difficile de les forcer à les accueillir.

Et au-delà de cela, nous avons vu que le principal problème était de capter ce public et de le faire venir dans l'association sportive.

Cela fait la transition avec la question que je voulais poser avant sur l'EPS. Je vois l'EPS à l'école comme un lieu de passage obligé de ces élèves-là. J'avais une question, notamment pour l'inspecteur présent ici : une réflexion est-elle menée sur l'attractivité des cours d'EPS ?

Nous avons beaucoup parlé de motivation. Nous avons eu l'exemple du centre social de Rillieux qui proposait vraiment des activités ludiques, attractives. Il ne s'agit pas non plus de faire de l'accrobranche en EPS, mais simplement de savoir si une réflexion est menée sur ce type de public, éventuellement menée par les professeurs d'EPS, sinon par des intervenants extérieurs, comme cela se fait déjà en école primaire avec des éducateurs territoriaux ?

**M. VIGNERON.-** La réflexion existe bien sur l'attractivité des cours d'EPS. Et nous avons été relativement rassurés par l'enquête dont je vous parlais tout à l'heure : globalement, de mémoire, 83 % des élèves, tous niveaux confondus, du collège et du lycée, déclaraient que si l'EPS était facultative, ils y viendraient. Cela veut dire qu'ils ont une approche globalement positive et qui est corroborée par l'avis qu'ils peuvent émettre au jour le jour, de manière informelle et tout ce qui se dit dans les conseils de classe sur la façon dont ils abordent l'EPS ou la pratique sportive à l'école.

Cela dit, ce n'est pas parce que les élèves ont une vision positive de la discipline qu'elle va forcément les conduire à poursuivre leur activité physique et sportive après l'école, après l'école quand ils sont encore à l'école et après l'école quand ils sont devenus adultes.

Sur ce point, une réflexion se met en place, parce que la problématique est relativement nouvelle dans la profession. Nous nous sommes posé cette question voilà une dizaine d'années et nous commençons à en sentir la nécessité

du fait de l'émergence des problématiques sur l'obésité, mais aussi sur d'autres problèmes de santé.

Pour ce qui est de répondre précisément à la question « Comment doivent être les cours d'EPS pour faciliter cette transition vers l'extrascolaire ou vers le futur ? », nous avons des éléments de réponse, que je ne peux pas détailler ici, mais la réflexion existe. C'est toutefois un versant de la profession qui reste à développer, parce qu'il faut bien admettre que le modèle dominant des enseignants d'EPS jusqu'ici demeure quand même, la plupart du temps, le sportif de haut niveau, le bon élève, le très bon élève dans telle activité, et qui plus est un garçon.

Des évolutions sont à apporter dans la réflexion sur ce métier, mais les choses sont en cours. Je suis plutôt optimiste.

**M. LIZE.** - Par rapport à ce qui vient d'être évoqué, je vous renvoie au travail de Julie Boché(?) qui, élève de STAPS, avait produit, dans le cadre d'une thèse, un travail très intéressant sur les déterminants motivationnels. Sur une cohorte d'élèves, en période scolaire et hors période scolaire, elle observait ce qui, finalement, déterminait la pratique du sport et sa continuité. C'est un travail qui mérite d'être lu.

**Un intervenant professeur d'EPS.** - Je voulais dire que si certains de mes élèves ne faisaient pas d'EPS, ils ne feraient pas du tout d'activité sportive. Il faut donc que l'EPS reste à l'école et qu'elle continue à être évaluée. Et nous faisons de notre mieux pour adapter les évaluations, pour ne pas isoler des élèves qui se sentiraient mal dans leur corps.

Je voulais évoquer le problème de la formation. Même si nous faisons du mieux que nous pouvons, nous n'avons pas eu une « UV » spéciale handicap. Et pour ce qui me concerne, cela me manque un peu dans mon métier. Je me forme moi-même, de mon côté, mais ce n'est pas forcément évident.

Tout à l'heure, la question a été posée de savoir pourquoi on évaluait en EPS et j'avais envie de dire qu'on évaluait bien un élève dyslexique en français en lui donnant par exemple un quart d'heure supplémentaire pour qu'il puisse finir son épreuve de français. En EPS, c'est un peu la même façon de procéder. Nous adaptons en fonction du « handicap ».

**M. FODIMBI.** - Je peux répondre en partie à la question posée. Concernant la formation « Activité physique adaptée », il faut se rappeler que, voilà une trentaine d'années, il existait une polyvalence qui s'appelait la réhabilitation et qui était obligatoire au niveau du CAPEPS. Autrement dit, c'était l'une des activités qui pouvaient être tirées au sort. Et à ce moment-là, dans la formation des professeurs d'éducation physique, il y avait ce petit volant qui concernait le handicap.

Il se trouve que les programmes au niveau du CAPEPS ont changé et que les préoccupations relatives au handicap sont beaucoup plus récentes, puisqu'elles datent de la loi de 2005.

Donc, en attendant que les programmes du CAPEPS changent, la question qui est posée est dans une certaine mesure la suivante : étant donné que l'on est professeur d'éducation physique que dans la mesure où l'on réussit le concours de recrutement, dans le cadre de la préparation au concours, faut-il préparer les étudiants sur l'activité physique adaptée ou faut-il concentrer l'ensemble des cours sur le secteur ordinaire ?

C'est, en partie, une réponse à la question que vous posez. Si on veut réellement que l'activité physique adaptée soit partie intégrante des cours à destination des professeurs d'éducation physique, il faudra très certainement que les contenus de formation évoluent. Sinon, c'est possible pour l'étudiant, mais c'est un parcours qui est libre. L'étudiant choisira, par exemple en L2, de venir faire son stage dans le secteur « Activité physique adaptée », ce qui ne l'empêchera absolument pas de rentrer en L3 dans la filière « Education/motricité ». Mais ce n'est pas un parcours imposé.

**M. LIZE.** - Ce sera le mot de la fin.

**M. VIGNERON.** - Pour prolonger la réflexion et aussi celle que je faisais moi-même à partir des réponses aux questions précédentes, l'apparition dans les établissements scolaires d'élèves à besoins extrêmement variés, y compris d'élèves en situation de handicap qui augmentent fortement l'hétérogénéité dans la classe, cette apparition-là entraîne inévitablement et inexorablement une modification de la pédagogie et des contenus qu'on propose. Cela nous fera évoluer forcément dans la façon d'enseigner l'éducation physique et sportive, indépendamment de la formation de base qu'on a pu avoir, puisque ce que l'on recherche à travers notre enseignement, c'est, finalement, de créer chez l'élève une habitude d'activité physique et sportive. Apprendre à l'élève à avoir une habitude, créer une habitude, cela réclame une pédagogie différente de celle mise en œuvre pour lui apprendre à être excellent au volley-ball ou au football. C'est autre chose, c'est une autre façon de faire et cela évolue dans ce sens.

**M. LIZE.** - Monsieur RENAUDIE va nous présenter maintenant notre dernier intervenant.

**M. RENAUDIE.** Notre journée touche à sa fin. C'est l'occasion de renouveler mes remerciements à mon confrère, collègue et ami, le Docteur François Dantoine du ministère qui a fait le voyage de Paris et qui va nous faire la synthèse de la journée telle qu'il l'a vue, telle qu'il l'a entendue.

Il sera ensuite temps de clore cette journée, avec un certain retard, mais je pense que tous ceux qui sont présents ne déploreront pas ce retard, parce que cette journée a été très riche.



## Synthèse de la journée

---



**Dr. François DANTOINE, Bureau de la protection du public, de la promotion de la santé et de la prévention du dopage, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.**

Je voudrais remercier les organisateurs de m'avoir invité, remercier également mon confrère François Renaudie ; d'ailleurs, je ne sais pas si ces remerciements sont vraiment appropriés tant cet exercice de synthèse est difficile !

Je me suis retrouvé parfois en apnée à essayer à la fois d'écouter, de comprendre et de retranscrire ce que j'entendais. Les « temps de respiration » qui nous ont été présentés tout au long de la journée m'ont été bénéfiques.

L'objectif recherché pour cette journée de pluridisciplinarité, de complémentarité, de mutualisation des expériences et des compétences a vraiment été atteint.

Avec Michel Guinot, sédentarité et obésité ont immédiatement été présentés comme un problème de santé publique multifactoriel. Dans l'approche physiopathologique, il nous signalait, d'emblée, que la connaissance des mécanismes par lesquels l'activité physique agit sur les grandes fonctions de l'organisme, notamment chez l'obèse, devait être approfondie. Les recherches dans ce domaine doivent également être poursuivies.

L'activité physique est décrite comme essentielle pour le contrôle du poids, mais aussi pour améliorer la qualité de vie de l'enfant, l'estime de soi.

On aurait aimé que cette présentation dure une demi-journée tellement cette intervention était dense mais aussi parce les informations présentées sont essentielles pour toute personne en charge de cette population.

Nous retiendrons que l'activité proposée se doit d'être réaliste, ludique, attractive et progressive.

Avec Colette Combe (je prolongerai sa métaphore sur la montagne), on voit très bien, comme dans un topo-guide, combien la voie [cotée « extrêmement difficile », « ED Sup » par les amateurs d'alpinisme], que décider d'emprunter puis de suivre ensemble le patient et le soignant, est délicate. C'est donc une voie « engagée » avec des risques objectifs et, comme en montagne, une histoire de confiance, de découverte du plaisir, de patience et de persévérance ; une cordée donc où le patient, « ce corps stressé en survie », peut partir en tête et y prendre plaisir.

Ce sont quelques longueurs de corde, toujours en réversible ; de bons relais entre chaque longueur ; des chutes, des rires, des larmes ; s'alimenter, se réchauffer ; affronter les intempéries, la grêle, la « gréline » nous dit-elle ; se réchauffer ; de la tendresse. Au total, la vie et, en haut, la sortie ! Donc, que tout soignant, quel qu'il soit, s'encorde !

Claire Perrin a parlé dans son exposé de la place que nous accordons à l'activité physique dans nos têtes et dans les campagnes nationales. Elle y est vraiment insuffisante. Claire Perrin a souligné toutefois que des actions de proximité se développent, au travers notamment des politiques de sport santé que les professionnels du secteur peuvent mener.

Il faut retenir que, pour les adolescents, le sport n'est que rarement associé à l'idée de bienfait pour santé, quel que soit le type de pratiques ; que, pour les jeunes, le sport c'est d'abord créer de la convivialité, développer des liens sociaux. Ces enfants, ces jeunes mettent en avant des notions de plaisir, de sociabilité, l'expression même de leur identité.

En conséquence, le message très ciblé sur une perspective de forme, d'hygiène, de maintien en bonne santé ne semble pas adapté à l'adolescent.

Ces pratiques d'activités physiques permettent une meilleure connaissance de soi, de son corps et permettent encore une fois la convivialité, la relation avec l'autre.

La stratégie d'accompagnement est essentielle dans cette dynamique. Elle doit être faite par des professionnels et dans un projet global d'éducation à la santé.

Je retiendrai deux mots de son exposé : bien-être et plaisir. D'ailleurs, une activité « facile » et « plaisante », sont des mots que l'on retrouve dans les objectifs nationaux du PNNS.

Nous passons ensuite au RéPOP Grand Lyon avec Franck Demaret qui enfonce encore le clou sur la place de l'activité physique. Il souligne que dans le PNNS, Plan National Nutrition Santé, la définition de « nutrition » se veut moderne, comprenant alimentation et activité physique.

Franck Demaret a insisté sur l'insuffisance de l'enseignement de l'activité physique en formation initiale et en formation continue, quel que soit les professionnels impliqués.

Alexandra Hughenel nous a relaté l'expérience du RéPOP Grand Lyon à travers, d'abord, le Roller Kids. Pour elle, il est nécessaire de diversifier les activités sportives, de développer des partenariats, notamment avec la très dynamique fédération multisports EPMM Sport pour tous ; et de faciliter l'accès à ces activités.

Comment accompagner ces enfants vers une activité physique sur le long terme ?

Cette réflexion amène à la construction d'un projet individuel en activité physique qui doit respecter désirs, goûts, choix, activités de groupe. Les clubs et les associations devraient prendre leur place ici comme partenaires, comme relais. On les attend, cela se développe. Ils peuvent jouer un rôle essentiel.

Claudine Sansonetti-Perrin nous a fait part de son travail « motivationnel ». Sujet évoqué par Franck Demaret lors de sa présentation du RéPOP et la relation patient/soignant.

Grâce à son exposé, nous mesurons à quel point la compréhension des déterminants psychologiques, à l'origine de l'engagement dans l'activité physique, est un enjeu majeur.

Le modèle trans-théorique de *Prochaska et DiClemente*, sans doute le plus utilisé au niveau international, doit être compris. Cette compréhension des stades successifs de ce modèle (de l'indifférence au maintien de l'action), constitue une compétence sans doute essentielle à acquérir.

La motivation doit être évaluée par des « facteurs d'importance », par la confiance en soi, notamment à travers la modification du comportement. Cette évaluation nécessite l'acquisition de techniques d'entretien avec le patient, une certaine empathie dans le dialogue, une alliance thérapeutique... une affaire de cordée de nouveau.

Au total, il convient d'être particulièrement attentif aux processus psychologiques qui sont en jeu dans la motivation des patients.

Gaëlle Le Goff a défendu et nous a démontré sa place d'animatrice de quartier, dans un centre social de Rillieux, dans la mise en place d'activités physiques. Son rôle spécifique dans la vie sociale des jeunes, dans l'offre et l'accès à l'activité physique est essentielle dans ce projet. Les animateurs formés peuvent constituer de véritables et indispensables relais dans un réseau partenarial.

Les cadres de vie, ensuite, ont été abordés l'après-midi avec Gilbert Luc Devinaz qui a décrit son expérience à Villeurbanne. En tant qu'adjoint au sport et à la médiation, il a souligné l'importance de la transversalité des services municipaux, dans différents espaces (environnement, secteur scolaire, service du sport et aménagement du territoire). Pour la municipalité, cela permet de promouvoir la santé en encourageant la population à se déplacer activement.

L'aménagement du territoire à Villeurbanne s'inscrit dans une perspective de lien social et aussi dans le plan national de santé publique « Bien vieillir ».

Olivier Martel nous a présenté son expérience du Grand Lyon avec, à nouveau, l'importance de la transversalité. En dépit, a-t-il dit, de la non compétence de la ville en matière de santé, des actions peuvent avoir un retentissement très important sur la santé des citoyens. Ce sont le plan d'action Développement durable, le plan de déplacements urbains avec les Vélo'V, les 69 lignes de pédibus, les plans de déplacement domicile/école...

Ces efforts passent aussi par l'octroi de subventions aux associations, le développement et la création d'espaces naturels, le sport de plein air.

Enfin, cette transversalité se bâtit en construisant du lien entre éducation pour la santé et éducation à l'environnement.

Julien Loy, chargé de mission sport et culture à Grenoble Alpes Métropole, nous a montré combien l'aménagement de l'espace urbain était important pour la pratique des activités physiques et sportives pour le plus grand nombre.

La valorisation des espaces naturels (créations d'aires sportive, des dessertes par mode doux), la politique de déplacement (axée sur le « cyclable ») et sa politique d'accompagnement, notamment pédagogique et pratique (avec les Pédibus) et la politique de la ville en matière de soutien des quartiers prioritaires pour l'accès à l'activité physique sont autant d'éléments qui font de cette « jeune » communauté d'agglomération grenobloise un exemple. On se souviendra, qu'à Grenoble, il y a plus de vélos qui circulent que d'automobiles.

Stéphanie Schmitt, sur les quartiers dits sensibles, a évoqué la mise en place d'un programme de prise en charge de l'obésité dans deux centres de santé dans les quartiers de Grenoble. Il s'agit d'une intervention multidisciplinaire qui fait intervenir médecin, diététicien, professeur en activité physique adaptée, psychologue. C'est aussi une intervention coordonnée. La participation des patients est facilitée par plusieurs moyens : la proximité, la gratuité, les délais d'attente pratiquement gommés, des actions collectives.

Dans ce programme, on voit que l'accès des jeunes aux activités physiques est favorisé de différentes façons : la motivation à la pratique quotidienne, en clubs, mais aussi en famille ; l'offre de séances d'activités physiques adaptées ; le travail en lien avec les clubs, les services des sports des villes.

Stéphanie Schmitt a souligné aussi l'importance des recommandations, des règles de base, à rappeler aux enfants et aux familles.

Enfin, la notion de sport plaisir, le respect des envies et des possibilités des jeunes, l'implication des familles sont des facteurs clés de ce programme.

Alain Vigneron nous a présenté l'offre en milieu scolaire avec l'éducation physique et sportive. L'accompagnement éducatif trouve sa place tout au long du cursus : maternelle, primaire, collège et lycée avec pour objectif d'avoir un élève physiquement éduqué, lucide, autonome, ayant intégré la notion d'entretien de soi. Ces cours, obligatoires, sont complétés par des heures avec les associations sportives, des liens avec l'USEP, l'UNSS, permettant ainsi une pratique régulière. La prise en charge de l'obésité peut selon lui être faite lors d'une approche interdisciplinaire, impliquant tous les personnels éducatifs. Il ressort de son exposé que l'EPS doit continuer à être notée, que la gestion de l'hétérogénéité reste extrêmement complexe, et que plaisir et santé demeurent les motivations des élèves. Enfin, selon lui, travailler collectivement est d'une extrême importance.

Michel Fodimbi nous a présenté l'excellence des STAPS, filière universitaire polyvalente. Les étudiants qui en sortent ne sont pas des techniciens, mais plutôt des professionnels capables de concevoir et d'évaluer des actions. Ils sont, au final, des acteurs déterminants dans la problématique abordée aujourd'hui.

Enfin, Daniel Camilli a détaillé l'organisation transversale des OMS (transversalité avec le monde fédéral, le monde éducatif, le monde du loisir). Il relève que les offres sont extrêmement variables d'une commune à l'autre. Bien souvent, l'angle d'attaque n'est pas celui de la lutte contre le surpoids ou la sédentarité, mais le développement d'actions parallèles.

La situation est extrêmement préoccupante, avec la généralisation de comportements de type sédentaire partiellement responsable de l'augmentation de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. Il est urgent et nécessaire de faire bouger les jeunes, de changer leur comportement par rapport à l'activité

physique à long terme, même si les moyens pour y arriver sont encore assez mal connus.

Aujourd'hui, le nouveau contexte ministériel associant santé et sport est plutôt encourageant pour pouvoir aborder l'enjeu majeur que représente santé publique et sport. L'éducation physique scolaire et le sport scolaire sont un chantier sur lequel le nouveau ministre de la Santé et le nouveau secrétaire d'Etat se sont engagés.

Dans la prise en charge de ces publics spécifiques (enfants en surpoids ou obèses, populations vieillissantes), l'acquisition par les professionnels de compétences est une priorité, tout autant que l'accessibilité à des clubs ou des associations sportives.

C'est à Jean Bertsch, ancien président de la Conférence des directeurs des STAPS, que la ministre de la Santé et le secrétaire d'Etat ont confié le dossier « formation ». Il devra notamment faire des propositions autour de la problématique activité physique et santé.

Par ailleurs, une expertise collective : « Activité physique, Contextes et effets sur la santé », demandée à l'INSERM par la direction des Sports, sera rendue publique dans quelques semaines. Cette expertise collective devrait constituer le document de référence pour permettre de faire des choix stratégiques et s'adresse aux acteurs de santé publique, aux décideurs, aux scientifiques et aux institutions, afin de permettre au plus grand nombre une activité physique et sportive régulière.

Enfin, au cours de la présidence française du Conseil de l'Union européenne, de juillet à décembre 2008, le secrétariat d'Etat aux sports a choisi « sport et santé » comme thématique prioritaire.

Voilà autant d'éléments qui devraient nous inciter à poursuivre nos efforts. Même si elle reste insuffisamment reconnue, l'activité physique et sportive doit être encouragée afin de trouver à l'avenir toute sa place dans notre société.

Je vous remercie pour cette très riche journée et la qualité de ces interventions.

**M. RENAUDIE.** Merci beaucoup, François, de t'être livré à cet exercice difficile.

Avant que nous nous séparions, je voudrais remercier ceux qui sont restés jusqu'à la fin, malgré l'heure tardive. J'adresserai mes remerciements en particulier à madame qui a pris les notes en sténotypie, ce qui va nous permettre de vous donner les actes de cette journée que vous pourrez revivre dans le détail très rapidement. Vous pourrez les trouver sur le site de la FRAES dans les semaines à venir.

Je demanderai aux quelques-uns qui restent de bien penser à la fiche d'évaluation. Comme l'a dit Claude Bouchet, c'est un pensum, nous en avons bien conscience, mais, pour nous, c'est extrêmement utile.

J'ai retenu une chose de cette journée, c'est que tous les acteurs présents ici ont été contents de pouvoir se rencontrer entre institutions et structures qui n'ont pas forcément l'habitude de se rencontrer, que cette journée n'est pas une

fin en soi, c'est une étape. Nous avons bien l'intention, à notre échelle modeste, en tant que direction régionale Jeunesse et Sports et FRAES, de continuer à être un catalyseur des énergies dans ce domaine, d'autant plus que, vous l'avez entendu, ce sujet sera porté comme le sujet numéro un par notre ministère lors de la présidence européenne qui va être assurée par la France au deuxième semestre de cette année.

Bon retour à tous. Merci de votre présence et merci aux quelques intervenants encore présents.

## **FRAES**

Fédération Rhône-Alpes d'Education pour la Santé  
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

9 quai Jean Moulin - 69001 Lyon

Tél. : 04 72 00 55 70 - Fax : 04 72 00 07 53

E-mail : [contact@education-sante-ra.org](mailto:contact@education-sante-ra.org)

**[www.education-sante-ra.org](http://www.education-sante-ra.org)**