

Le POIDS, un obstacle au MOUVEMENT ?

Quand les acteurs facilitent l'engagement
durable des publics



RÉ - ACTIVITÉ...



Actes de la journée régionale d'échanges
du 26 mars 2011 à Dardilly



Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Rhône-Alpes
Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes



RE-ACTIVITE





LE POIDS, UN OBSTACLE AU MOUVEMENT ? QUAND LES ACTEURS FACILITENT L'ENGAGEMENT DURABLE DES PUBLICS

26 mars 2011, Dardilly.
DRJSCS Rhône-Alpes / IREPS Rhône-Alpes

OUVERTURE DE LA JOURNEE	5
<i>Par M. Alain PARODI, Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale Rhône-Alpes (DRJSCS)</i>	
PRESENTATION DE LA JOURNEE	8
<i>Par M. Olivier FRANCOIS, Directeur de l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Rhône-Alpes (IREPS)</i>	
ACTIVITE PHYSIQUE, SURPOIDS, OBESITE ET SANTE : LES ENJEUX	12
<i>Interventions et débat avec le public</i>	
• Activité physique, obésité et santé : preuves et conséquences pour la pratique	12
<i>Chantal SIMON, Professeur en Nutrition, Centre de Recherche en Nutrition Humaine, Université Lyon 1.</i>	
• Augmenter l'efficacité physique chez l'enfant en surpoids : comment l'aider à franchir les obstacles ?	33
<i>Vice président de la société Dauphiné Savoie de Médecine du Sport, Unité médicale de médecine du Sport, CHU de Grenoble.</i>	
RETOURS D'EXPERIENCE	53
• Obésité pédiatrique et intégration par le sport, présentation des ateliers tremplins « Pass'Sport Forme », expérience de la Franche-Comté	53
• Savoir gérer sa vie physique : l'apport de l'Éducation Physique et Sportive (EPS) au collège et au lycée	58
• Sport, santé, nutrition : l'expérience de la ville de Villeurbanne	62
• Nutri-Sport santé	65
• Expérience de clubs sportifs	68
TABLE RONDE	71
Le rôle des acteurs en vue de l'engagement durable des publics dans l'activité physique	
SYNTHESE DE LA JOURNEE	89
ANNEXE	99
<i>Synthèse de l'enquête sur les freins et leviers à la pratique de l'activité physique</i>	



(La séance est ouverte à 9 h 10)

Mme OTTAVY. - (Médecin conseiller DRJSCS) Bonjour à tous. Merci d'être présents. Je vais laisser la parole à Mme Larochette, élue aux sports dans la commune de Dardilly, en la remerciant d'être là et de nous accueillir.

Mme LAROCLETTE. - Bonjour à tous. C'est un grand plaisir de vous accueillir sur ce site. Dardilly, pour vous faire une petite présentation, c'est 9 000 habitants, 28 associations sportives, une ville très sportive avec plus de 4 200 licenciés sportifs sur la commune. Le sport a une grande place dans la politique municipale, avec des équipements performants et qui continuent encore de s'améliorer.

Toutes les collectivités ont à cœur la santé des concitoyens, et nous nous inscrivons complètement dans cette réflexion que vous aurez tout au long de la journée avec des informations et des partages d'expériences.

Donc merci d'être là, de vous intéresser à cette thématique. Et je suis certaine que ce sera riche en débats et en partage d'expériences. Je ne peux malheureusement pas rester, car dans les équipements sportifs, il faut tourner les week-ends. Il y a beaucoup de compétitions et de matchs, et il faut que je me rende sur les lieux. Merci à vous et bonne journée.



OUVERTURE DE LA JOURNEE

par **M. Alain PARODI**, Directeur Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale Rhône-Alpes

Madame Larochette, tout d'abord, je voulais vous remercier devant l'assistance de nous avoir aidés à organiser cette journée, d'avoir mis à notre disposition cette belle salle dans ce beau lieu. Et quand on se perd à Dardilly, ce n'est pas si grave que cela, parce que c'est assez sympathique finalement d'y circuler.

Et je veux vous remercier à titre personnel, parce que nous nous connaissons, nous travaillons ensemble. Vous représentez les élus locaux au sein de la Commission territoriale pour la gestion des fonds du Centre National de Développement du Sport. Vous y êtes assez assidue, avec d'autres collègues.

Je sais que vous êtes active au sein de l'Association nationale des élus du sport, car vous êtes organisés, les élus en charge du sport, sur une association nationale, vous partagez vos réflexions. Nous avons eu l'occasion de vous rencontrer au niveau régional mais aussi au niveau national, avec le CNDS.

Remerciez Mme le Maire de nous avoir accueillis, et je remercie l'élue du sport que vous êtes d'avoir contribué à nous accueillir, d'avoir dit ce que vous venez de dire. Et pour les collectivités locales, nous souhaitons de plus en plus être des partenaires, puisque nous avons à croiser plusieurs politiques qui, en les croisant bien, en les territorialisant bien, peuvent y gagner en efficience. Notamment si on croise les questions du lien social, de l'activité sportive et de la santé, je pense que nous œuvrerons très bien.

Madame Larochette, encore merci et bon sport !

Mme LAROCLETTE. - Merci et bonne journée.

M. PARODI. - Bienvenue à tous. J'ai la charge d'introduire cette journée, avec le Directeur de l'IREPS.

Tout d'abord, je voudrais aussi remercier l'IREPS, qui co-organise avec nous cette journée, qui a mis à disposition un certain nombre de documents de grande qualité, on l'a vu sur la table d'accueil. Merci d'être à nos côtés pour organiser cela, et nous sommes à vos côtés en co-organisation.

Autres remerciements : je voudrais remercier puis saluer notre collègue François Renaudie, qui nous a fait l'amitié d'être là. Et je le remercie d'autant plus qu'il a fait partie de ceux, lorsqu'il était à la place de Maud Ottavy, qui ont initialisé ce travail et qui l'ont installé. Donc François Renaudie, merci d'être là, cela nous fait chaud au cœur. Cela prouve aussi que les fonctionnaires sont des citoyens engagés et que lorsqu'ils arrêtent de travailler, ils continuent de travailler pour le bien public. J'avais d'ailleurs un ami quand j'étais en Drôme, Directeur du service de probation et d'insertion dans le secteur pénitentiaire, à qui un jour sa femme avait dit : « Quand prends-tu la retraite de ta retraite ? », car il était tellement actif qu'elle le voyait encore moins que lorsqu'il travaillait.

Je voudrais également remercier l'équipe DRJSCS, Christelle Moura et Maud Ottavy, pour l'organisation. Et merci à tous d'être là.



La question que vous allez traiter aujourd'hui, je l'ai dit dans les remerciements à Mme Larochette, paraît fondamentale. On voit bien que l'abord des questions de santé est en train doucement de changer. Nous avons une trop grande tradition en France du curatif au détriment du préventif, ce qui explique que nous sommes les champions du monde de la consommation de médicaments, on en avale des kilos, les champions du monde de la consommation de psychotropes. Et en même temps, quand on regarde nos indicateurs de performance en matière de santé, si on les rapporte au volume des crédits que nous dépensons, nous avons une efficience de l'euro dépensé qui est assez faible finalement au regard de nos résultats. Tout cela parce que, peut-être, nous travaillons trop sur le curatif et pas assez sur le préventif, ou de manière trop timide. Et nous sommes là, en plein au cœur du sujet.

On voit bien que les aspects modes de vie, de nutrition et d'activité physique, sont tout aussi importants, voire plus, que de la prescription médicamenteuse, dont on sait par ailleurs qu'elle peut avoir des effets iatrogènes relativement importants.

Santé et sport sont étroitement liés, on le voit sur le cardio-vasculaire. On sait qu'il peut y avoir un traitement de l'hypertension qui, avec un régime alimentaire adapté et de l'activité physique régulière, pour certains patients, pas pour tous, peut éventuellement permettre de diminuer les prescriptions d'hypotenseurs, voire les rendre inutiles.

On sait tout l'apport sur la prévention des maladies cardiovasculaires d'une activité physique raisonnée et régulière. C'est pourquoi nous tentons, cette nouvelle Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale, de travailler, notamment avec l'Agence Régionale de Santé, pour intégrer l'activité physique dans l'abord des questions de santé.

C'est pourquoi nous avons organisé en fin d'année, à l'intention de nos personnels mais également des personnels des Directions Départementales, un colloque au cours duquel ce thème avait été mis en réflexion avec un conférencier ici présent, M. Basson, qui conclura la journée et qui a beaucoup travaillé sur les questions sport et santé.

C'est pourquoi aussi depuis deux ans, le Ministère des Sports, en lien avec le Ministère de la Santé, organise à la mi-septembre, cette année ce sera les 10 et 11 septembre je crois, une journée qui s'intitule : *Sentez-vous sport, santé vous bien !* C'était auparavant *Journée sport famille*, mais là on a mis une focale sur les aspects sport, santé, bien-être. C'est le cœur du sujet.

Je pense qu'à terme également, on en a parlé avec Françoise May Carle qui est là à mes côtés et l'Agence Régionale de Santé ce lundi, dans un avenir qui est un peu plus lointain que l'année 2011, nous aurons une démarche intégrée. Lorsque l'Agence Régionale de Santé devra travailler les contrats locaux de santé avec les communes, il faudra y intégrer aussi nos politiques de développement de l'activité physique et sportive mais également nos politiques d'aide aux équipements sportifs.

On peut très bien envisager de contractualiser avec des collectivités locales, des communes essentiellement, une contractualisation à plusieurs entrées : une entrée santé proprement dite, une entrée équipements sportifs, et une entrée éducative, avec des focales me semble-t-il nécessaires sur certains territoires, notamment les territoires que j'appellerai ruraux paupérisés, et dans une région comme Rhône-Alpes qui est une région riche, il y a des zones rurales paupérisées relativement importantes sur les marges de l'est et de l'ouest de notre région, et les zones urbaines sensibles, où les questions de surpoids et d'obésité et de non pratiques sportives sont extrêmement importantes.

Surpoids et obésité, ce n'est pas la peine de dire que c'est un problème de santé publique. Voici quelques semaines, j'ai découpé un petit article dans *Le Monde Magazine*



qui donnait quelques chiffres de manière extrêmement pédagogique, j'ai trouvé que c'était super, quinze jours avant de venir ici : en 30 ans, le nombre de personnes obèses a été multiplié par deux dans le monde. Cela nous fait 500 millions de personnes qui sont touchées par le phénomène.

En France, heureusement, si on se compare à d'autres pays comme les États-Unis ou la Grande-Bretagne, nous avons limité les dégâts. 27 % des plus de 18 ans sont obèses en Grande-Bretagne. Pour ce qui nous concerne : 14 %, un peu plus pour les filles, un peu moins pour les garçons, mais on voit que la courbe chaque année prend un cran de plus.

On voit bien que nous avons là un vrai sujet. C'est un sujet de santé, mais c'est aussi un sujet social. Il ne faut pas ajouter au handicap, que peuvent constituer un surpoids et une obésité, un problème d'ordre social où finalement l'enfant étant mal dans sa peau, il va soit ne pas initialiser une activité sportive, ou s'il l'a commencée, il va peut-être très vite l'abandonner, parce qu'il y a l'image du corps, l'image de la performance, la douleur physique qui s'installe et que c'est plus compliqué de faire 10 kilomètres lorsqu'on est en surpoids. Et donc là derrière, c'est peut-être aussi le lien social avec une communauté de vie, une communauté de jeunes qui peut se déliter. Et assez souvent, on peut avoir une population qui n'a plus de lien social avec son environnement et qui peut venir sur d'autres sujets de santé publique, comme l'addiction, notamment l'addiction sans produit, puisque la non-activité physique aussi parfois peut se coupler, pas toujours, il n'y a pas de systématisme, avec des « addictions sans produit », c'est-à-dire essentiellement à ces appareils qui sont sur ma droite.

Donc vous aurez à réfléchir à comment on peut fidéliser, ou en tout cas faire adhérer ces jeunes qui sont en surpoids et en obésité, à une activité physique, déterminer quel type d'activité physique, quelle est l'adaptation des processus d'entraînement, comment on peut faire vivre l'idée de la performance et du dépassement de soi lorsqu'on a affaire à un jeune en surpoids.

Pour terminer, j'ai été marqué dans ma vie par un sujet qui est directement dans ce que vous allez traiter. J'étais en charge pendant mon service militaire de l'activité physique de mon groupe et j'organisais donc des grandes marches. J'étais très sportif. Et je ne m'étais pas rendu compte que dans mon groupe, j'avais un de mes collègues, un subordonné à l'époque parce que j'étais gradé, qui était en surpoids. Je n'ai pas fait attention, j'ai organisé un raid pédestre, et j'ai vu que l'on était à la limite de la rupture, il commençait à avoir les lèvres bleues, etc., et nous avons fini les trois derniers kilomètres en le portant, ce qui n'a pas été évident, mais en fait on a frisé la catastrophe. Je ne m'en étais pas aperçu, et personne ne s'en était aperçu. On avait tous estimé bêtement qu'il fallait qu'il fasse ses 30 kilomètres avec son barda, son fusil, etc., comme tous les autres. À part qu'il n'a pas fini comme tous les autres, il a même failli ne pas finir du tout. Il a d'ailleurs été hospitalisé ensuite.

Cela m'avait marqué, parce que j'avais été comme tout le monde, complètement aveugle à cette réalité individuelle, physique et même sociale, parce que ce camarade-là avait fait le maximum d'efforts pour être dans le peloton, mais au prix, je m'en suis aperçu plus tard, d'un effort qui était du triple, du quadruple, que la troupe de ses autres camarades.

On voit bien qu'il faut avoir un regard bienveillant, un regard empathique, et un regard adapté à une réalité qui n'est pas facile à vivre, surtout dans une société qui survalorise des idées de performance et qui dit en gros : mieux vaut être riche, jeune et bien portant, bronzé et mince que de vivre dans une ZUS, d'être obèse, pauvre et malade. Donc bienveillance, regard empathique, mais aussi une réflexion technique qui permette de faire un travail de qualité.

Je vous fais confiance, je sais que vous aurez cette réflexion, pour débattre et trouver les bonnes postures sur ce sujet. Merci à tous de vous être mobilisés aujourd'hui.



PRESENTATION DE LA JOURNEE

par M. Olivier FRANCOIS, Directeur de l'IREPS Rhône-Alpes

Merci Monsieur Parodi.

Quelques mots complémentaires autour de deux points. Le premier : pourquoi l'IREPS Rhône-Alpes, donc l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé, s'intéresse-t-elle à l'activité physique ? Et un deuxième point, sur le partenariat entre la DRJSCS et l'IREPS.

Premier point de mon propos : pourquoi s'intéresser à l'activité physique ? Tout simplement parce que cela correspond à notre vision globale de la santé. Nous sommes persuadés, et je pense vous aussi (en tout cas je le souhaite), que l'on ne peut pas participer à l'émergence de choix personnels en matière de santé en n'appréhendant qu'un seul facteur. On ne peut pas travailler sur la question du surpoids et de l'obésité uniquement sous l'angle de l'alimentation, ce serait complètement illusoire.

Deuxième point : l'activité physique est en lien très étroit avec les rythmes de vie, et c'est une approche globale qu'il me semble important de développer.

Nous savons tous aussi que les actions d'information ou de sensibilisation, et particulièrement celles destinées au grand public, je pense notamment à tout ce qui concerne les Programmes Nationaux Nutrition Santé (PNNS) dont nous allons parler au cours de cette journée, sont plus que nécessaires mais qu'en même temps elles sont largement insuffisantes.

Il est donc nécessaire, en parallèle du travail auprès du grand public, de travailler avec des professionnels qui vont intervenir à différents moments de la vie, de l'activité de ce public. Ces professionnels, c'est vous principalement ; des éducateurs, dont les éducateurs sportifs bien évidemment, mais également des soignants, des personnes des missions locales et un certain nombre d'autres acteurs. L'idée étant que ces professionnels puissent accompagner les personnes en situation de surpoids ou d'obésité autant que besoin.

Le lien avec l'IREPS est tout naturel, puisque nous sommes là au cœur de notre métier, qui est d'accompagner, de donner des repères et de mettre en synergie des acteurs de différents horizons, de différents champs professionnels, avec en fil rouge de toujours rester à l'écoute de ce que peuvent nous dire nos publics, à nous l'IREPS et le réseau d'éducation pour la santé, et à vous professionnels, sur leurs freins et sur leurs motivations par rapport à l'activité physique, dans l'optique de la lutte contre le surpoids et l'obésité.

L'idée étant de trouver avec eux comment avancer. Cela permet de faire le lien avec l'exemple de M. Parodi tout à l'heure, de trouver avec le jeune dans ce groupe quels sont les moyens pour qu'il puisse rester dans le groupe et ne pas être en situation de discrimination sociale. Donc trouver avec les personnes les moyens de lutter contre le surpoids et l'obésité, dont nous sommes absolument tous persuadés combien c'est un marqueur fondamental en matière d'inégalités sociales et territoriales de santé.

Voilà en quelques mots pourquoi l'IREPS s'intéresse à la promotion de l'activité physique parmi un certain nombre d'autres de ses activités.



Quelques mots très rapidement sur le partenariat entre la DRJSCS et l'IREPS, dont je me félicite et dont je suis vraiment, en tant que directeur et en tant que personne, très satisfait : vous dire qu'il date de 2006, et je vais rejoindre les propos de M. Alain Parodi sur le grand plaisir et la grande joie que j'ai eus ce matin en arrivant, de voir François Renaudie, avec lequel ce partenariat a été initié en 2006 avec ce fameux guide « RE-ACTIVITE » dont Maud tout à l'heure nous en dira un peu plus. Vous dire également que ce partenariat ne se limite pas uniquement à ce volet « RE-ACTIVITE », cette promotion de l'activité physique, mais qu'il a eu un autre projet de lutte contre les violences sexuelles dans le sport en 2009, qui maintenant est terminé, et un autre volet qui concerne la prévention des conduites dopantes.

Et je voudrais terminer ce par quoi M. Parodi a commencé, c'est à dire adresser quelques remerciements : d'abord à vous-même, Monsieur Parodi, à Madame May Carle, dont la présence ce matin me semble significative de l'engagement de la Direction Régionale sur cette thématique. Donc je voulais vraiment vous en remercier infiniment. Et remercier Maud Ottavy pour deux choses : d'abord les conditions de ce partenariat, d'ailleurs quand j'ai préparé mon intervention, j'ai marqué « au quasi quotidien », car je crois que cela fait une semaine que, si je ne l'ai pas au téléphone, je la croise, et c'est avec grand plaisir. Je trouve ce partenariat intéressant parce qu'il montre une fois de plus que l'on peut conjuguer efficacité, professionnalisme et bonne humeur. Nous savons tous que le plaisir est l'une des motivations d'un certain nombre de choses, l'activité physique comme le travail, et c'est important de pouvoir le signaler.

Et je voudrais en profiter pour lui laisser la parole, en nous souhaitons à tous une journée dynamique, c'est un peu facile mais je l'ai quand même fait, et surtout en vous remerciant de votre présence un samedi matin dans ce lieu étrange et merveilleux.

Mme OTTAVY. - Effectivement, de nouveau vous remercier tous d'être présents et peut-être insister un peu sur l'historique de cette action « RE-ACTIVITE », initiée par mon prédécesseur, M. François Renaudie, et qui ne se limite pas à cette journée et à la première journée qui avait eu lieu en 2008, mais qui s'inscrit dans un contexte plus large, dont l'objectif général était de contribuer au renforcement des compétences des acteurs qui souhaitent mettre en place des actions de remobilisation physique des publics rhônalpins. Donc nous sommes complètement dans le cadre.

Elle s'était concrétisée par une première journée en 2008 et par la rédaction d'un guide sous format papier initial, qui maintenant est téléchargeable sur le site, qui est l'autre volet de l'action « RE-ACTIVITE ». Ce guide en trois parties comportait : une première partie sur les bénéfices de l'activité physique chez les sujets sédentaires en surpoids ou obèses ; une deuxième partie qui était un recensement des actions emblématiques en Rhône-Alpes concernant l'accueil de ce public ; et une troisième partie qui était l'aide méthodologique à la mise en place d'actions pour les acteurs sur le terrain qui souhaitent s'engager dans ces actions. Depuis le début de cette action, le guide est régulièrement mis à jour et maintenant existe sous format immatériel, puisque c'est le lot de notre société, l'immatérialité. Il est téléchargeable sur le site www.reactivite.net, avec une mise à jour des actions.

Vous rappeler que toute cette action depuis le début n'aurait pas été possible sans le concours des membres du comité de pilotage, puisque c'est un comité de pilotage très riche, comprenant le Conseil régional Rhône-Alpes, le Comité Régional Olympique et Sportif Rhône-Alpes, l'Éducation Nationale, dont les deux académies sont représentées au sein du comité de pilotage, Académies de Lyon et de Grenoble, l'Agence Régionale de Santé, les trois centres hospitaliers universitaires, l'Université de Lyon, mais également les associations qui œuvrent auprès de ces publics, par exemple RéPOP Grand Lyon, l'association Duokibouj, et l'AGECSA. Il est très important de prendre conscience que c'est au sein déjà du comité de pilotage que ces échanges interprofessionnels ont permis



de faire avancer la réflexion. Donc que tous les membres présents et non présents du comité de pilotage soient remerciés.

Vous rappeler aussi le contexte national dans lequel se situe la journée de 2011, puisque le Pôle Ressources National Sport Santé a été créé, il est situé dans le CREPS de Vichy. Il a notamment dans ses missions, pour les thématiques qui nous intéressent aujourd'hui, le recensement des actions sport santé sur le territoire national, leur valorisation. Mais également, il va devoir proposer, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, une formation complémentaire à développer pour les éducateurs sportifs qui interviennent auprès des publics dits à risque.

L'évolution de la réflexion du groupe de travail, dans ce contexte-là, a été de deux ordres. D'une part il s'agissait de s'inscrire effectivement dans la démarche nationale de recensement des actions sport santé. Ce recensement, certains d'entre vous en ont été destinataires, si vous ne l'avez pas été et que vous souhaitez porter à notre connaissance des actions, les fiches de recensement sont dans votre dossier du participant, d'une part de façon à certes alimenter le recensement national mais également à mieux connaître ce qui se passe sur notre territoire, ce qui est fait par l'ensemble des acteurs.

Et d'autre part, un travail important de cette année a été d'envoyer un questionnaire aux associations sportives par le biais du Conseil régional Rhône-Alpes et aux coordonnateurs EPS des collèges et lycées des deux académies par le biais des académies elles-mêmes. Le but de ce questionnaire était de savoir si les associations sportives et les professeurs d'EPS dans les établissements accueillent les publics dits « spécifiques » dont ceux dont nous allons parler aujourd'hui, les sujets en surpoids ou obèses. Et s'ils ne les accueillent pas, pourquoi ? Et s'ils les accueillent, qu'est-ce qui leur semblait faciliter cet accueil ou être plutôt un élément freinateur de cet accueil ?

Les résultats de cette enquête, que vous pourrez consulter dans les actes de la journée, seront disponibles sur le site.

Un premier résultat très synthétique : 55 % des associations sportives qui ont répondu (environ 500 associations sportives ont répondu) déclarent accueillir des publics spécifiques, dont 20 % des sujets en surpoids ou obèses.

Bien entendu, dans les établissements scolaires cette proportion est plus importante puisqu'ils ont l'obligation d'accueillir, et donc on arrivait à 83 %, le différentiel avec 100 % étant lié aux établissements où il n'y avait pas cette problématique ou où les sujets n'étaient pas étiquetés comme tels.

Au cours de nos réflexions, nous nous sommes vraiment posé la question du jour, qui est la question de la pérennisation de l'activité physique chez ces publics. Il est nécessaire mais pas suffisant de dire aux gens : « Il faut faire de l'activité physique ». C'est : qu'est-ce que nous tous, acteurs, autour de ces publics, nous mettons en place pour leur permettre de s'inscrire dans une activité physique pérenne et qui soit intégrée dans leur vie ? Et non quelque chose qui leur semble exceptionnel. Donc nous allons devoir répondre à cette question.

Encore une fois, merci aux personnes qui ont pu nous aider pour cette enquête : MM. Didier Perez et David Zerathe du Conseil régional Rhône-Alpes, M. Alain Vigneron de l'Académie de Lyon, qui sont présents. Et j'en profite aussi pour remercier Mme Blandine Binachon qui a traité les questionnaires pour l'IREPS.

Rapidement, le déroulement pratique de la journée. Nous sommes déjà en retard. La matinée sera consacrée à des questions plus théoriques, avec l'intervention du Professeur Chantal Simon et du Docteur Michel Guinot, où là nous allons essayer de faire le point sur l'état des connaissances, ce que l'on sait, ce que l'on n'a plus besoin de



prouver, de façon à ce que cet après-midi nous ayons des retours d'expérience sur ce que les gens ont pu mettre en place, de leur espace professionnel, que ce soit effectivement les établissements scolaires, les associations sportives.

Et un temps qui sera également important en fin d'après-midi : la table ronde, où chacun pourra échanger, afin de pouvoir non seulement identifier les freins et leviers à la pérennisation de l'activité physique, mais aussi peut-être de voir les petits trucs pratiques qui fonctionnent et comment on peut se mettre en liens tous les uns avec les autres, puisque nous travaillons tous majoritairement dans la région Rhône-Alpes. Je tiens à souligner que vous venez tous d'horizons professionnels très différents, donc je pense qu'il y aura des échanges très intéressants.

D'un point de vue pratique, juste avant la pause déjeuner, un temps sera important, donc même si vous avez très faim à midi, ne sortez pas tout de suite de la salle : M. Paul Chauvot du Comité Régional Olympique et Sportif, qui fait partie aussi du comité de pilotage et qui nous a aidés dans l'organisation de cette journée, vous présentera un DVD qui avait été fait lors d'une journée organisée conjointement par la DRJSCS et le CROS, et vous proposera de pouvoir vous le donner si vous le souhaitez. Nous lui laisserons un temps pour ce faire.

Il est important de respecter le timing de cette journée. J'essayerai d'être le maître du temps sans être trop agressive. Je remercie tous les intervenants de bien veiller à leur temps d'intervention.

Vous rappeler que dans votre dossier participant, vous avez une petite fiche d'évaluation de la journée. Il est très important pour nous que vous pensiez à la remplir et à la remettre à l'accueil.

Bien évidemment, remercier aussi tous les gens qui m'ont aidée personnellement à mettre en place cette journée : pour l'IREPS, Mme Isabelle Jacob, où c'est plus que du quotidien, c'est du pluriquotidien en ce moment. Merci à Mme Christelle Moura pour sa participation active et notre partenariat au sein de la DRJSCS. Bien sûr, merci à Mme Françoise May Carle et M. Alain Parodi d'être présents aujourd'hui. Et avant de donner la parole aux intervenants, j'en profite aussi pour remercier Nora qui vous a accueillis et qui va s'occuper de la logistique toute la journée, ainsi que Vincent qui va aussi s'occuper de nous d'un point de vue informatique, sonorisation et tout ce dont je ne sais pas m'occuper.

Donc merci à tous, bons travaux. Et je donne la parole à Mme Chantal Simon.



ACTIVITE PHYSIQUE, SURPOIDS, OBESITE ET SANTE : LES ENJEUX

Interventions et débat avec le public

Activité physique, obésité et santé : preuves et conséquences pour la pratique

Chantal SIMON, Professeur en Nutrition, Centre de Recherche en Nutrition Humaine, Université Lyon 1.

Bonjour à tous. Merci d'être là pour discuter d'un sujet qui me tient à cœur, et dans lequel je suis entrée, je dirais, par trois portes.

Première porte d'entrée : j'étais très impliquée dans le milieu sportif associatif dans la région Alsace. J'ai changé de région, je viens d'Alsace et je suis en Rhône-Alpes seulement depuis deux ans.

Deuxième porte : je suis professeur de nutrition, je m'occupe dans ma pratique quotidienne d'obèses et de diabétiques, et l'activité physique dans ce domaine-là est un leitmotiv pour essayer de prendre en charge les patients et les accompagner dans la thérapeutique.

Troisième porte : du point de vue de ma recherche et de la compréhension de ces pathologies que sont le diabète, l'obésité et les maladies cardio-vasculaires, je me suis également intéressée à l'activité physique, et dans ce cadre-là, j'ai mis en place une étude d'intervention visant à démontrer que l'activité physique est un élément déterminant et essentiel de ces pathologies, et qu'il était non seulement nécessaire mais potentiellement parfois suffisant de jouer sur cet aspect-là pour avoir des effets. Je pense que c'était important de le démontrer.

En même temps, ce que je voudrais dire, c'est que grâce à ces trois portes d'entrée, grâce à ces trois visions de cette problématique, je suis persuadée d'une chose, c'est que la prévention de l'obésité n'est pas une spécificité médicale. Cela ne doit pas être abordé de façon médicale, même si les médecins ont une place. On ne pourra résoudre cela que tous ensemble et notamment grâce à l'implication sociétale, collective, de tous ceux qui sont dans la salle. C'est vraiment le message que je voudrais faire passer aujourd'hui.

On m'a demandé de faire un peu de théorie. À chaque fois je vais essayer de faire un peu de théorie en rapport avec ce dont nous allons discuter cet après-midi : les conséquences pratiques lorsqu'on nous discuterons ensemble de la manière de mettre en place des systèmes qui vont faire que tous nos concitoyens atteignent les recommandations d'activité physique.

Je vais parler dans un premier temps de surpoids et d'obésité, mais là aussi de façon très pragmatique. Je vais parler d'activité physique, sédentarité, santé pour, comme nous l'a dit Maud tout à l'heure, que je remercie de m'avoir invitée, dire ce qu'il n'est plus besoin de démontrer dans le domaine et quelles sont les recommandations aujourd'hui en termes d'activité physique.



Et j'aborderai simplement à la fin un exemple d'étude de prévention qui a été réalisée de façon scientifique pour prouver un certain nombre de choses, pour qu'aujourd'hui nous puissions travailler de façon un peu plus simple et plus pragmatique et plus sur le terrain.

Tout d'abord, je voudrais dire : obésité ou les obésités. Sur cette image, je pense que plus le souvent quand on pense obésité, on pense à la personne qui est au milieu, qui est une personne qui a une obésité relativement importante. On pense éventuellement à ces images d'enfants obèses. On pense un peu moins à d'autres patients que nous accueillons dans nos services. Il est très clair que cet après-midi, quand on va parler de mettre en mouvement nos concitoyens qui sont obèses, ce n'est probablement pas ces patients-là auxquels on va songer.

Et puis, on pense probablement à cette petite jeune fille, mais il est des enfants qui sont un petit moins gros que ceux-là, ou à des sujets que nous appelons obèses, nous, et peut-être que vous en avez dans vos proches. Ils sont relativement nombreux. Ce que je voudrais dire par là, c'est que finalement il y a un continuum dans l'obésité. L'obésité se voit, mais elle ne se voit pas toujours comme une maladie, comme quelque chose de très important, ce qui explique peut-être une partie des résultats de l'enquête. Et je suis contente qu'elle ait été comme cela l'enquête, c'est-à-dire que certains ont dit : « On ne s'occupe pas d'obèses dans nos établissements ». Ce n'est pas possible qu'ils ne s'en occupent pas, il y en a 15 à 20 %. Un enfant sur cinq est obèse aujourd'hui. Mais heureusement, ils ne se voient pas tous, et cela, je pense que ce sera très important quand on va discuter cet après-midi, parce que je ne suis pas sûre qu'il faille mettre des classes spécifiques pour les enfants obèses. Je ne suis pas sûre non plus que dans le monde associatif il faille mettre obligatoirement des cours ou des groupes spécifiques d'enfants obèses. Il y a un continuum entre tous nos concitoyens qui sont sédentaires, c'est aussi 50 % de la population, ce ne sont pas toujours les mêmes, mais ils ont exactement le même problème que nos enfants obèses pour un grand nombre d'entre eux. Et quand on parlait tout à l'heure de l'obèse qui soufflait derrière lors du raid parce qu'il avait fait 30 kilomètres, je pense qu'un certain nombre de nos concitoyens qui sont de poids tout à fait normal auraient été exactement dans la même situation.

Le message fort que je voudrais faire passer, c'est qu'au fond, il faut peut-être s'occuper de la sédentarité, et en faisant cela, on va s'occuper de la majeure partie de nos concitoyens, en tout cas des sujets obèses avant qu'ils ne soient patients, et on aura sûrement beaucoup avancé. Après, que l'on ait un regard spécifique lorsqu'il y a une obésité de ce type-là, je pense que ce sera important.

La définition est d'abord épidémiologique. Elle a été faite, vous ne le savez peut-être pas, par les assureurs dans les années 1920/1940. Les premiers à avoir défini l'obésité, ce sont des assureurs aux États-Unis, qui ont dit : « Un certain nombre de sujets vivent moins longtemps que d'autres, si on veut les assurer, il vaut mieux les faire payer un peu plus pour rentrer dans notre argent ». Et l'un des premiers critères étudiés, avant la pression artérielle, avant le cholestérol, c'était tout simplement le poids.

On s'était rendu compte qu'effectivement le poids prédisait la mortalité. Et aujourd'hui on utilise chez l'adulte un indice assez vulgarisé : l'IMC. C'est le poids (en kg) que l'on divise par la taille (en m) x taille (en m), et on a des repères. Déjà, le repère de la normalité est très large : il va de 18,5 à 25 ; donc il n'y a pas un poids normal. Ensuite, il y a le surpoids. Puis l'obésité, que l'on va dire modérée, sévère, morbide ou super-morbide.

Je ne veux pas entrer dans le détail de ces IMC, dont les limites indiquées ici ne sont valables que chez l'adulte. Ce que je veux vous montrer simplement par cette diapositive, c'est que si on prend une femme de 1,65 mètre, qui est la taille moyenne de la population féminine française, on est déjà obèse avec un poids de 80 kilos. 80 kilos, c'est beaucoup, mais en même temps ce n'est pas énorme. Donc cela concerne malgré tout un nombre d'individus relativement important.



Et pour un homme, c'est 90 kilos pour 1,75 mètre. On est déjà, dans ce que nous appelons sur le plan épidémiologique, de l'obésité.

Évidemment, lorsqu'on est à 136, 150 - et quand on parle d'obésité, souvent on pense à ces sujets-là -, là on est dans des obésités que l'on appelle super-morbides. C'est-à-dire qu'elles s'accompagnent de complications qui sont importantes, et là très clairement, je ne les enverrai pas dans un milieu associatif standard, on a besoin de les accompagner, y compris par des professionnels qui sont plutôt des kinésithérapeutes ou bien des psychomotriciens. Mais ceux-là ne représentent que 0,5 % de la population.

Chez l'enfant, on ne peut pas utiliser l'IMC car la corpulence de l'enfant évolue au cours du temps. Le bébé devient poupon la première année, puis il s'amincit jusqu'à 3 à 5 ans, ensuite il va de nouveau s'épaissir, il va prendre, on l'espère, plus de muscle que de graisse, néanmoins il prend un peu de graisse, et sa corpulence va augmenter pour atteindre celle de l'adulte. Et si on veut repérer un enfant en surpoids ou en obésité, il faudra le comparer aux courbes que l'on trouve dans tous les carnets de santé. On a ce que l'on appelle la médiane. La « normalité » est en fait entre ces deux courbes-là.

Et au-dessus de cette courbe, le 97^{ème} percentile, c'est ce que l'on appelle le surpoids. Là il faut faire attention parce qu'en fait chez l'enfant, quand on parle de prévalence de l'obésité (on a parlé tout à l'heure de 15 % d'enfants qui sont en obésité), ce sont en fait 15 % d'enfants qui sont en surpoids ou en obésité. C'est-à-dire qu'en fait ce sont les enfants qui sont au dessus de la courbe qui va arriver non pas à 30 kilogrammes par m x m (la limite de l'obésité chez l'adulte), comme je vous l'ai montré tout à l'heure, mais qui va arriver à 25 (la limite du surpoids chez l'adulte). C'est important aussi de le savoir parce que ce ne sont pas non plus ces gros obèses que je vous ai montrés tout à l'heure.

Ici vous avez un petit garçon, qui avait un poids tout à fait normal, et on voit qu'il est sorti de la courbe. Tout à coup il a franchi le cap du surpoids. Ce que je veux vous montrer ici, c'est que cet enfant de 6 ans pèse 27,3 kilos pour 1,20 mètre. Il ferait juste 25 kilos, il aurait un poids considéré comme tout à fait normal. En fait, c'est une différence de 2 kilos. 2 kilos, ce n'est pas énorme, et ce n'est pas étonnant que beaucoup d'enseignants aient répondu : « Non, on n'a pas de classe spécifique, parce qu'on n'en a pas besoin, il n'y en a pas ». Sauf que ces enfants-là, il y en a au minimum 3 à 4 par classe, que ce soit à l'école primaire ou à l'école secondaire. Mais simplement on ne les voit pas toujours. Ainsi à titre d'exemple, quand j'ai fait l'étude d'intervention ICAPS, je suis allée dans les collèges qui avaient été tirés au sort, et je leur ai dit : « On veut faire de l'activité physique. Pas tellement parce qu'il y a du surpoids, on le veut parce qu'on pense qu'il y a des sédentaires, mais quand même il y a du surpoids », et les enseignants nous ont dit : « Dans notre collège, il n'y en a pas ou peu ». Je leur ai dit : « Si, il y en a sûrement, comme dans les autres collèges, 15 à 20 % ». Je leur ai demandé de prendre des photos de classes des enfants aujourd'hui et de les comparer à des photos de classes de leurs parents ou même de leur génération, car ils avaient mon âge. Et en fait on se rend compte que simplement on a décalé notre norme. Pour nous, la norme est celle-là, et on a toujours les 0,5 % que l'on considère comme très gros à droite. Mais en fait, si on compare aux courbes des années 1970, c'est en fait 15 à 20% de la population qui se trouve au-dessus de la courbe.

La prévalence chez l'adulte : c'est simplement pour vous montrer qu'effectivement en France on est plutôt un peu protégés, mais que l'augmentation existe aussi. Ici ce sont des études qui ont été faites sur le plan national, où on a les poids normaux, le surpoids, l'obésité, et ce que j'ai appelé tout à l'heure les « super-obèses ».

On voit que pour l'obésité, de 1997 à 2009, on est passé de 8,2 % à 13,4 % (c'est bien moins qu'aux États-Unis ; je parle d'obèse, non de surpoids). Donc on a pratiquement



multiplié par 1,6 à 1,7 en moins de 10 ans. Donc cela évolue assez rapidement, et, si on ne fait rien, cela va continuer à évoluer. On voit que c'est pareil pour le surpoids : il a augmenté. Aujourd'hui, plus de la moitié de la population adulte est en surpoids ou obèse : un sur deux.

Quand on dit qu'il faudra faire des cours où des associations vont accueillir spécifiquement les gens en surpoids/obésité : non, vous allez accueillir la moitié de la population dans ces groupes-là. Et aujourd'hui, oui, il faut se poser la question : si dans les associations, telles qu'elles existent aujourd'hui, on n'accueille que des gens qui ne sont pas en surpoids, cela veut dire que l'on passe à côté de la moitié de la population. Cela, je pense que c'est un vrai débat citoyen, et on est en droit d'exiger de répondre aussi à cette demande-là.

Concernant la prévalence du champ enfant : effectivement, dans la région Rhône-Alpes, on est relativement privilégié, on n'a « que » 10 % d'enfants qui sont en surpoids ou obèses, contre 15 % par exemple de la région d'où je viens, l'Alsace et la Lorraine, mais également dans le Nord. Ceci est en train d'augmenter. Ce n'est pas une raison pour ne pas s'en occuper dans la région, au contraire, préservons cette situation, et vous verrez que l'activité physique est sûrement un élément important.

Une autre diapositive que j'aime bien, car en fait elle démontre que non seulement l'obésité augmente mais ici c'est par génération. Les générations ont été étudiées, dans l'enquête que je vous ai montrée tout à l'heure, de 1997 à 2009. Ceux qui ont été étudiés là avaient 22 ans en 1997, ce ne sont pas les mêmes mais cela correspond à la population qui avait 30 ans en 1999. Et on peut faire cela pour toutes les classes d'âge. On voit que l'obésité a augmenté de la même manière quelle que soit la classe d'âge.

Ce que je veux vous montrer sur cette diapositive, c'est qu'en fait, si on prend un taux de prévalence de 10 %, qui est quand même déjà un seuil important d'obésité, on voit que dans la génération qui est la mienne, elle est atteinte vers l'âge de 45/50 ans, donc 10 % de ma génération aujourd'hui à mon âge est en obésité, mais qu'en fait elle est atteinte à 29 ans sur la génération née en 1973/1979, c'est-à-dire celle de mes enfants.

Cela veut dire que ces adultes qui sont obèses vont être obèses non pas pendant 20 ou 30 ans, mais vont l'être pendant 50 ou 60 ans. Les complications que l'on voit survenir dans ma génération plutôt à 50, 60, 70 ans, on va les voir survenir à 30, 40 ou 50 ans. C'est un élément important. Cela veut dire aussi que cela va continuer à augmenter pour ces sujets-là, et que potentiellement, quand ils vont atteindre 50 ans à 60 ans, ils vont être plutôt à 20 %, 25 %, 30 % d'obèses, et on peut imaginer que l'on sera à 75 % de surpoids.

Ce qui est tout à fait nouveau, c'est que cette augmentation touche aussi les 65 à 70 ans, et vous savez qu'avec l'augmentation de la longévité, cela pose un problème, bien sûr sur le plan médical, mais aussi parce que cela va concerner un grand nombre de nos concitoyens.

La définition que nous avons évoquée jusqu'à maintenant est une définition épidémiologique. En consultation nous avons besoin d'une définition plus médicale et individuelle. D'abord parce que l'IMC, cela ne marche pas pour tout le monde. La composition de l'organisme doit être prise en compte. L'haltérophile qui pèse 90 kilos a surtout de la masse musculaire, contrairement par exemple au sujet sédentaire de même poids.

La définition est individuelle aussi parce qu'il y a une physiopathologie, et je vais y revenir, et l'histoire naturelle qui peuvent varier selon les individus : toutes les obésités ne sont pas liées à la même cause.



La définition est individuelle aussi en raison des complications qui ne sont pas les mêmes pour tous les sujets : je n'entrerai pas dans les détails de ces aspects.

Enfin, il y a une définition sociétale. Je pense que c'est un élément qui sera très important dans la discussion que nous aurons cet après-midi : l'obésité, c'est une maladie qui se voit. Et donc, on l'a vu dans les enquêtes, finalement tout le monde ne s'est pas rendu compte qu'ils accueillent dans leurs groupes des enfants qui sont en surpoids/obèses. Je crois qu'il faut effectivement les rendre attentifs à cette pathologie, mais il faut être attentif à la façon dont on aborde cela : l'un des risques c'est que l'on dise : « Attention, toi, tu es en surpoids, toi, tu es obèse, donc tu ne pourras pas faire le cours aujourd'hui ou venir dans mon groupe associatif. J'ai créé dans mon association un cours spécifique pour toi et on va te mettre dans ce cours ». Vous imaginez la stigmatisation.

Et si j'en parle, c'est parce qu'hier j'étais à une journée du lancement du Plan national obésité, dont le contenu va être dévoilé de façon plus précise dans les quinze jours qui viennent, avec la déclinaison de la version 3 du Plan national nutrition santé. De ce fait, il y a un versant obésité. La prévention de l'obésité était déjà prise en compte dans le PNNS 1 le PNNS 2, mais par des actions non spécifiques visant à favoriser les comportements d'alimentation et d'activité physique favorables. Là, l'obésité est annoncée, et il y a un aspect activité physique qui est majeur.

J'applaudis. Mais il faut faire attention qu'à un moment donné cela ne débouche pas sur des stratégies de repérage systématique de personnes à qui on va proposer des stratégies de prise en charge spécifique, y compris pour des activités de la vie quotidienne. Certains en ont besoin, c'est très clair, ceux qui sont traités, ceux qui sont pris en charge. Mais dans le reste de la population, je pense qu'il faut vraiment faire attention à ne pas les stigmatiser, sinon on va les isoler encore plus, ils viendront encore moins, et on va probablement aggraver non seulement leur isolement social mais également leur pathologie.

Un petit mot de l'histoire naturelle. Quand on voit un patient, il est en général là sur la courbe. Quand on l'interroge : on a une histoire, avec une prise de poids progressive qui survient à des âges différents, éventuellement pendant l'enfance et l'adolescence, avec de temps en temps des pertes de poids parce qu'ils ont fait un peu plus attention, parce qu'ils sont allés voir un médecin, parce qu'il y a eu un changement dans leur vie, et ils se stabilisent. Et là, nous les voyons, et souvent on a vraiment beaucoup de mal à les faire maigrir, on y arrive souvent avec des techniques diverses, avec des régimes, mais ce qui se passe, c'est qu'en général ils reviennent à leur poids. Là on est vraiment dans deux situations différentes.

Et c'est vrai chez l'enfant aussi : on a cette phase dynamique et cette phase de stabilisation. C'est vraiment à cette phase-là qu'il faut que l'on s'intéresse de façon beaucoup plus large, car c'est celle où l'on pourra agir, alors que celle-ci est un plus complexe. Une fois l'obésité associée, l'activité physique est importante aussi mais sera seulement un élément de la prise en charge. Cette phase-là est une phase où, de façon incontournable, si vous prenez du poids, les règles de Lavoisier restent valables, il faut qu'à un moment donné les entrées soient supérieures aux sorties. Donc si vous prenez du poids, c'est que d'une façon ou d'une autre, que vous le sachiez ou pas, vous avez mangé plus que ce que vous avez dépensé. Cela peut être parce que vous avez mangé plus, cela peut être parce que vous avez dépensé moins, cela peut être les deux. Et aujourd'hui, on sait que l'on va prendre plus ou moins de poids parce qu'on a éventuellement une susceptibilité génétique, mais que même lorsque on a des gènes qui favorisent la prise de poids, dans cette phase dynamique, on a mangé plus que ce que l'on a dépensé. Et aujourd'hui notre environnement favorise cela.



Je pense que c'est important aussi de le dire : toute la courbe s'est déplacée. Même les gens de poids normaux sont plus à droite que voici cinquante, cent ou cent cinquante ans, et tout est fait aujourd'hui pour que l'on mange plus et que l'on bouge moins. Donc il y a un rôle de l'environnement, et là nous avons un rôle à jouer pour essayer de renverser la vapeur.

En revanche, quand on est à ce niveau-là de la courbe, et que le poids est stable, les patients mangent exactement ce que leur corps dépense. En fait, ils stabilisent leur poids, les entrées sont égales aux sorties. Cela veut dire que pour eux c'est extrêmement difficile de changer les choses. C'est comme s'il y avait eu un thermostat qui s'était réglé à un autre niveau. Donc chaque fois qu'on va leur demander de faire un effort pour manger, ne serait-ce que 100 calories de moins, c'est comme si on vous demandait de manger moins. C'est comme lorsque vous faites un raid : si vous ne mangez pas plus que les autres jours, que vous allez dans la montagne et que vous ne mangez pas plus que les jours où vous êtes sédentaire à la maison, vous rentrez au refuge et vous avez la fringale, vous mangez beaucoup, vous avez très faim.

Nos obèses, chaque fois qu'on leur demande de faire un effort, sont dans cette situation-là. On voit bien que la volonté ne suffit plus. L'environnement peut aider parce que cela va aider à mettre en pratique un certain nombre de choses, mais ce n'est pas si simple que cela. C'est important d'avoir cela à l'esprit, parce que l'image de la personne obèse, d'abord elle se voit, mais souvent elle est associée inconsciemment aussi à un manque de volonté et à un manque de contrôle sur sa vie. Je pense que cela aussi, même de façon inconsciente, y compris au niveau médical, cela revient toujours dans notre discours.

À ce stade-là, ce qui est assez important à comprendre aussi, c'est qu'il y a une chronicisation de la maladie. Cela veut dire qu'à ce moment-là, on est vraiment sur le plan médical, et là on ne va pas y arriver juste en donnant des conseils d'activité physique et d'alimentation, on est face à une vraie maladie.

C'est un peu comme ce qui se passe dans d'autres maladies, comme l'asthme par exemple. Tout le monde ne va pas faire de l'asthme. On sait très clairement que notre environnement, notamment, favorise une augmentation de la prévalence de l'asthme, et que les crises d'asthme seront déclenchées par des phénomènes environnementaux, les allergènes, éventuellement la pollution,... Mais à un moment donné, la maladie peut évoluer vers une maladie chronique : il s'est passé un certain nombre d'événements dans les poumons, et vous pouvez bien emmener le patient dans des environnements purs, sans allergène, dans la montagne, etc., la maladie va continuer pour elle-même.

C'est la même chose dans l'obésité, et c'est cela qui va faire le lit des maladies chroniques et des complications de l'obésité. Concernant ces dernières, je voudrais vraiment insister sur des éléments qui sont nouveaux : jusqu'à présent on parlait beaucoup des maladies cardiovasculaires, car c'étaient les premières que l'on mettait en avant. On sait maintenant que comme on vit plus longtemps, y compris avec une obésité, les problèmes mécaniques sont importants mais également les cancers. Et on estime que les cancers, notamment du colon, les cancers de l'utérus et les cancers du sein sont en grande partie favorisés par deux paramètres : l'obésité d'une part et la sédentarité en elle-même, et que l'on pourrait réduire ces cancers uniquement en agissant là-dessus.

Pourquoi devient-on obèse et comment expliquer l'épidémie d'obésité ? Je vous ai dit que dans cette phase dynamique il y avait un déséquilibre énergétique. Je voudrais que vous compreniez bien que celui-ci n'a pas besoin d'être important. Le calcul que je vous montre est un peu machiavélique mais permet de bien comprendre ce qui se passe.



Admettons que tous les jours vous mangiez ne serait-ce que 49 calories de plus que ce que vous avez besoin. Je vous ai dit que quand on grossit, on a de plus en plus de besoins, mais si tous les jours vous continuez à manger un petit peu plus que ce dont vous avez besoin, si vous faites le calcul : sur 365 jours, cela va correspondre à 18 000 calories, à peu près l'équivalent de 2 kilos de pois.

Mon calcul est machiavélique, cela ne se passe pas tout à fait comme cela parce que notre corps se défend un peu, mais si on pousse le raisonnement jusqu'au bout, en 10 ans, cela fait 20 kilos. Et la prise de poids normale aujourd'hui dans notre société entre 20 et 50 ans, est entre 10 et 20 kilos. C'est une erreur de 50 calories par jour. 50 calories c'est un yaourt nature, et encore pas un yaourt au lait entier.

Simplement, si par exemple vous remplacez votre yaourt par un yaourt aux fruits, ou encore pire, par un yaourt avec les petits « chocos pop » que l'on met dedans maintenant, qui sont fournis avec, vous passez de 50 à 100 ou 150 calories. Vous avez l'impression d'avoir mangé le même petit yaourt à la fin du repas, et en fait vous avez mangé 100 calories, votre enfant a mangé 100 calories de plus. On lui a donné le même yaourt, sauf qu'il n'avait pas le même contenu, et on arrive à ce genre de situation. C'est 6 grammes de beurre, 10 grammes de pain au chocolat. En plus les pains au chocolat ont grossi ces dernières années. C'est juste 10 minutes de marche rapide pour un sujet de poids normal.

Vous voyez qu'une erreur pas très importante, ou le fait à un moment donné d'utiliser une voiture quand on est jeune adulte plutôt que d'aller à pied et de prendre le bus, peut, si on ne change pas son alimentation par ailleurs pour s'adapter à cette diminution modérée des besoins, entraîner des prises de poids, que l'on ne comprend pas, car je défie toute diététicienne de mettre en évidence une erreur aussi fine que cela. C'est impossible.

Alors bien sûr, il y a une susceptibilité génétique. Cela a bien été démontré, il s'agit ici d'une étude des années 80 : on avait nourri des paires de jumeaux en leur donnant 1 000 calories de plus, et on n'avait rien changé par ailleurs à la fois en termes d'alimentation et en termes d'activité physique structurée pendant six semaines : certains ont pris 500 grammes et d'autres ont pris plus de 3 kilos de masse grasse, c'est-à-dire à peu près 6 kilos. Donc une très grosse variation entre les individus. Tout le monde n'a pas réagi de la même manière. Et quand on regarde les paires de jumeaux, on se rend compte que quand le jumeau A avait pris 3 kilos, son jumeau avait pris 3 kilos aussi, et que la paire de jumeaux où l'un des deux avait pris très peu de poids, son jumeau avait pris très peu de poids aussi.

Donc il y a manifestement une manière de se défendre de manière différente à ce surplus d'énergie, qui passe en partie par une activité physique inconsciente.

Et quand on a revu ces individus, qu'on a laissés revenir à leur poids normal, on a noté que tous n'avaient pas reperdu leur poids de la même manière. A distance de l'étude 20 ans après, on s'est rendu compte que ceux qui avaient pris du poids à 40 ans étaient ceux qui avaient pris plus de poids quand ils avaient participé à l'étude.

Donc cette susceptibilité individuelle se met bien en œuvre dans notre société. Notre société fait que ces individus qui avaient tous un poids normal, qui étaient étudiants, qui avaient un niveau socio-économique tout à fait comparable, avaient pris du poids dans notre société, mais de façon inégale en fonction de facteurs probablement génétiques.

Nous sommes de moins en moins actifs. Cela contribue très certainement à cette évolution de l'obésité. Et voici une diapositive qui illustre cela de façon plus scientifique. On a essayé d'estimer combien nous dépensons de moins que nos arrière-grands-parents, puisque c'est ce qui se passait voici 150 ans. En fait on a mis des accéléromètres à des individus, on leur a fait faire différentes activités, et on a estimé



combien il fallait de calories aujourd'hui en moins pour vivre dans la journée. On s'est rendu compte que c'était l'équivalent de 16 kilomètres par jour en moins que nous pratiquons, ce n'est pas obligatoirement des kilomètres qu'ils faisaient, mais l'équivalent de la dépense énergétique correspondant à 16 kilomètres de marche en moins que les individus qui vivaient en 1850. Ce n'est pas si vieux que cela.

Sur cette diapositive, une autre manière de montrer ce phénomène, en utilisant la calorimétrie indirecte qui permet de mesurer la consommation d'oxygène, d'avoir une idée de la dépense énergétique liée à des activités diverses dans la journée. On a pris 122 sujets de poids moyen, en surpoids en moyenne, mais des sujets normaux et des obèses, et on a calculé combien cela coûtait en moins de laver la vaisselle, car on a le lave-vaisselle, de laver le linge car on a le lave-linge, d'aller à pied au travail (ils n'allaient pas très rapidement, 3,4 kilomètres, et ce n'était pas très loin), et de monter les escaliers. On a calculé tout cela.

Et on a calculé que cela prenait 20 minutes par jour pour laver la vaisselle, 20 minutes par jour pour laver le linge quand on le faisait à la main, que le travail était à 1,3 kilomètre et qu'il y avait 243 marches gravies par jour, ce qui n'est pas énorme non plus, cela fait 5 étages.

Voilà ce que l'on a économisé aujourd'hui avec nos modes de vie habituels. Et là encore, c'est 30 à 40 minutes de marche par jour tout simplement, c'est tout simple, et c'est 4,5 kilos si on reprend mon calcul tout à fait machiavélique.

Vous voyez que ce sont des petites choses qui dans notre vie quotidienne font qu'aujourd'hui, si nous ne réfléchissons pas à l'activité physique et si nous ne l'introduisons pas de façon plus cognitive éventuellement pendant les loisirs, on est loin du compte. Et comme on continue à manger à peu près de la même manière, voire même un petit peu plus, il n'est pas très étonnant que l'on prenne du poids de façon collective.

S'intéresser à l'activité physique : il est vraiment important de garder à l'esprit que ce n'est pas uniquement pour le poids. Cela me paraît primordial notamment pour nos patients, pour les enfants et adolescents qui sont en surpoids. L'inactivité physique aujourd'hui multiplie par 2 le risque cardiovasculaire. Si on était tous actifs avec 30 minutes d'activité physique modérée/intense par jour, on aurait un quart d'infarctus du myocarde en moins. Pour l'hypertension artérielle, cela permettrait par ce seul paramètre d'éviter 15 % des hypertensions artérielles. Le diabète : 20 % pourraient être évités. On oublie souvent l'ostéoporose, qui est de plus en plus préoccupante parce qu'on vit plus longtemps tout simplement. Et les cancers : on pourrait éviter 1/5^{ème} des cancers du colon uniquement si on était actifs régulièrement en mettant la barre à 30 minutes par jour.

Cet effet de l'activité physique sur la santé n'est pas seulement lié à ses effets sur le poids. J'aime bien cette étude parce qu'elle a été menée sur 25 000 sujets suivis pendant 10 ans, que l'on a séparés en deux groupes de sujets.

En bleu, le 1/5^{ème} le plus sédentaire : la sédentarité a été estimée à partir de leur capacité cardiorespiratoire en leur faisant une épreuve d'effort sur un vélo. Et on a pris les 4/5^{ème} autres. On a regardé le risque de mortalité r dans les 10 ans suivant l'inclusion d'un problème cardiovasculaire.

Comme on s'y attendait : plus on est en surpoids, plus on a de risque de mourir d'un problème cardio-vasculaire dans les 10 ans qui suivent. Mais si on regarde ce qui se passe en fonction du niveau de sédentarité, les plus sédentaires en bleu, les plus actifs en rouge, dans chacune des classes (poids normal, surpoids, obésité), on se rend compte qu'à l'intérieur de chaque classe on multiplie par 2,5, voire 3, le risque de mourir d'un



infarctus du myocarde si on est sédentaire par rapport à ceux qui ne sont pas sédentaires.

Et ce que je voudrais bien que vous notiez ici, c'est que le risque de mourir d'un infarctus, quand on a un poids normal et qu'on est sédentaire, est plus important que les obèses qui ont une activité physique et régulière.

Vous allez me dire que les obèses sont moins souvent actifs, c'est vrai, mais à nous de les aider à être plus actifs. Et donc finalement la sédentarité est un facteur de risques cardiovasculaires plus important que le seul surpoids. C'est important pour nos patients aussi, car cela veut dire que quand on arrive à les faire bouger, on verra de quelle manière, on a gagné en termes de mortalité et de morbidité de façon très importante. Même s'ils n'ont pas perdu un gramme sur la balance.

Il en est de même pour le diabète, quand on prend des gens à haut risque de diabète. Ici on a pris 500 sujets, par exemple des femmes qui ont fait un diabète gestationnel qui disparaît après la grossesse, donc des femmes qui sont jeunes, ou des gens qui ont juste une intolérance au glucose lorsqu'on leur donne du glucose à boire ou simplement parce qu'ils sont en surpoids : lorsqu'on met en place des interventions où on essaye de leur faire perdre du poids, on leur demande juste de manger un peu moins de graisses et d'augmenter leur activité physique pour atteindre 30 minutes. Au bout de quatre ans, on a dû arrêter l'étude, il y avait moins de diabétiques dans le groupe à qui on avait demandé simplement de changer leur mode de vie.

Et quand on prend uniquement les gens qui n'avaient pas perdu de poids, qui n'avaient pas tellement changé leur alimentation mais seulement changé leur activité physique, eux aussi avaient moitié moins de diabète quatre ans après.

Et quand on prend uniquement ceux qui n'avaient pas réussi à faire de l'activité physique sportive au sens traditionnel du terme, qui avaient simplement réussi à introduire de l'activité physique, que ce soit dans les loisirs ou dans le quotidien et d'atteindre les 30 minutes dont nous avons parlé, ils avaient eux aussi réduit de moitié le risque de diabète.

On voit bien que cela n'a pas besoin d'être intense. Bien sûr, si on augmente la durée ou l'intensité de l'activité, on va encore améliorer ses effets sur la santé.

Je voudrais arriver aux recommandations. Vous savez que dans le domaine, il y a eu une évolution des recommandations. Celle que l'on avait voici quelques décennies étaient faites dans une perspective d'amélioration de la performance sportive, la capacité cardiorespiratoire. Et là on disait : il faut faire au minimum trois à cinq fois par semaine et au moins 20 à 60 minutes d'affilée par séance, et il faut que l'activité physique soit intense pour avoir un effet. Oui, si on veut améliorer ces aspects-là, c'est sûrement important de faire cela.

Mais aujourd'hui on sait que la courbe est une relation de type dose/réponse : plus on fait d'activité physique, plus grands sont les bénéfices. Avec une limite ici : si on en fait de trop, il peut y avoir un certain nombre de risques, mais on a de la marge quand même avant d'arriver là. Et on voit que finalement le bénéfice pour la santé est le plus important quand on fait passer les gens qui sont les plus sédentaires, et qui ne font pas du tout d'activité physique, à un niveau où ils en font un peu. Et quand on est déjà à ce niveau-là, en faire encore plus permet de gagner encore en bénéfice de santé, mais finalement le gain absolu est moins important. Et en termes de santé publique, il est clair que pour nous les efforts doivent être mis à ce niveau-là, chez les plus sédentaires.

Et donc on est arrivé à des recommandations pour la population générale où chaque individu devrait faire l'équivalent (on ne dit plus maintenant 30 minutes par jour parce



qu'on s'est rendu compte qu'il valait mieux donner la possibilité à chacun de faire comme il peut, on ne peut pas faire tous 30 minutes tous les jours, si vous faites 60 minutes tous les deux jours, c'est peut-être aussi bien) de 150 minutes par semaine d'activité physique au moins modérée, celle qui entend un essoufflement, et on ne compte pour cela que les sessions supérieures à 10 minutes, car il faut probablement une durée minimum des sessions pour avoir un effet sur la santé.

Précisons que ces recommandations, qui ne sont pas si anciennes, ont subi une petite évolution : on disait que tous ceux qui étaient inactifs étaient ceux qui n'atteignaient pas ce minimum d'activité, qui étaient caractérisés par une absence d'activité telle qu'on vient de la définir.

Ces recommandations posent deux problèmes : premièrement elles sont basées sur des études qui ont débuté voici 30, 40, 50 ans. Je vous ai montré comment l'évolution était importante en termes de poids mais également d'environnement, surtout depuis 150 ans, mais c'est vrai aussi ces dernières décennies. Deuxièmement elles portaient sur des questionnaires d'activité. Or, quand on vous demande ce que vous faites comme activité, vous vous souvenez très bien de l'heure de tennis de la semaine dernière, d'être allé à la piscine, éventuellement que vous avez fait tous les jours 10 minutes pour aller à pied au travail, mais le reste de l'activité dans le quotidien, je vous mets au défi de l'évaluer de façon précise parce que c'est extrêmement complexe.

En fait, comme ces études ont été faites voici plusieurs décennies, on a bien repéré l'activité physique de loisirs, pratiquée par des gens qui avaient en plus, dans leur quotidien, des activités qui n'étaient pas décomptées dans les 30 minutes. Or ces activités du quotidien se sont effondrées parallèlement à la généralisation d'un comportement : parce que nous avons des ordinateurs, parce qu'on n'a même plus besoin de bouger pour répondre au téléphone, on l'a dans la poche, ou quand on veut envoyer un document à son voisin, on appuie sur un bouton et c'est parti par mail, donc on ne se déplace même plus dans la journée, on se déplace moins dans le quotidien. Le comportement sédentaire n'existait pas et on peut se demander si cette perte-là n'est pas une perte qui est importante en termes de santé et que l'on a négligée.

Et la question de l'adéquation des recommandations récentes a été soulevée notamment parce que, quand on a regardé l'activité des sujets obèses, on s'est rendu compte que pour les obèses qui arrivaient à maintenir la perte de poids qu'ils avaient obtenue, par régime par exemple, ceux qui y arrivaient ne faisaient pas 30 minutes mais 60, voire au moins 90 minutes par jour. Vous imaginez si je dis à mes patients obèses de faire 90 minutes d'activité physique, ils vont voir quelqu'un d'autre et j'ai tout perdu. Donc très clairement on s'est dit : finalement, nos recommandations sont adéquates mais uniquement si cette activité vient en plus d'une activité quotidienne. Elles sont peut-être insuffisantes si on ne fait que cette activité physique sans qu'elle ne soit associée à l'activité du quotidien ?

Et donc, quand on parle de l'évolution de l'activité physique, oui, on est de moins en moins actif mais aussi de plus en plus sédentaire, parce que notre environnement favorise cela. C'est vrai pour les enfants dans les écoles, qui bougent de moins en moins, on a enlevé les paniers de basket dans les écoles, les cours de récréation sont petites dans les centres villes, et surtout on espère qu'ils ne vont pas trop bouger parce que c'est plus facile de les surveiller.

C'est vrai aussi pour les loisirs. La télévision est apparue, ce n'est pas si vieux que cela, elle date des années 1970 et s'est généralisée depuis les années 1980. Les jeux vidéo sont arrivés aussi à ce moment là.

En fait, on peut se demander si toutes ces activités qui ne sont pas liées à l'exercice, à l'activité physique sportive, ces activités de la vie quotidienne telles que parler debout



plutôt que d'être assis derrière un ordinateur, déambuler, bouger les mains pour parler, ne contribuent à ma dépense énergétique et à cette défense contre l'obésité.

Et quand on regarde la dépense énergétique liée à l'activité physique, on se rend compte que les 30 minutes d'activité physique, par rapport à la dépense énergétique totale liée à l'activité physique, sans parler de la dépense énergétique de repos, qui est celle que nous dépensons pour maintenir la température corporelle pour assurer les besoins minimaux de notre corps au repos, ne sont qu'une toute petite partie de notre dépense énergétique. Et quand on demande aux gens de rajouter 30 minutes de plus par rapport à leur activité quotidienne, et on dit que ces 30 minutes sont importantes parce qu'elles sont modérées à intenses, elles viennent en plus de tout cela. Ou en tout cas, quand on a mis en place les recommandations, elles venaient en plus de tout cela. Aujourd'hui, on peut se demander si on n'est pas dans cette situation-là, et que les gens se disent : « Je vais mettre mes 30 minutes ici (le rouge) mais il me manque tout cela par rapport à ce qui se passait voici un siècle ».

Donc peut-être a-t-on oublié de dire que bien sûr il faut mettre en place ces 30 minutes d'activité modérée à intense, mais c'est en plus des activités légères de la vie quotidienne, en plus d'une diminution des comportements sédentaires.

Et si je dis cela, c'est parce qu'on a eu des enquêtes du baromètre santé qui sont sorties voici deux ans, où on nous a dit : « C'est super, grâce aux recommandations, grâce au PNNS, 80 % de la population atteignent les recommandations ».

D'abord, il y avait deux choses. On sait que 80 % faisaient de l'activité physique modérée/intense et on comptait tout ce quotidien dans les 30 minutes. Déjà, beaucoup intégraient des sessions d'activité qui n'atteignaient pas les 10 minutes, ni le niveau suffisant. Et puis, je pense que nous-mêmes, qui faisons ces 30 minutes ou bien qui le faisons sous forme de 3 fois 10, quand on est assis tout le reste de la journée et qu'on n'a pas cela, on a potentiellement un risque important, et il faudrait que l'on arrive aussi à remettre un peu d'activité dans le quotidien.

Je vais vous montrer quelques diapositives objectivant ces aspects. Ici, des données que nous avons obtenues chez les collégiens en 2003. Ce n'est pas si vieux. On a étudié le pourcentage d'adolescents en surpoids ou obèses, en fonction du fait de participer à une activité physique structurée en association, ou de regarder beaucoup la télévision, plus de 2 heures par jour (ce ne sont pas des niveaux aussi importants qu'aux États-Unis) ou vidéos.

On voit sur cette diapositive que quand on fait de l'activité physique et que l'on regarde moins de 2 heures la télé et les vidéos, on a 16 % des adolescents qui sont en surpoids. Mais que si on fait l'activité physique et que l'on regarde beaucoup la télé, on est à 20 %, donc on protège un peu. Et que si on a les deux risques (peu d'activité et un comportement sédentaire élevé), on est à 30 %.

On voit que ce sont des effets indépendants. Autrement dit, si on veut agir, sûrement il faut agir en favorisant la mise en mouvement dans des associations sportives d'activité physique et en favorisant le mouvement de loisir, mais aussi en favorisant le quotidien et en diminuant les comportements sédentaires. Je pense que ce sont deux aspects qui sont complémentaires, et c'est pour cela qu'on n'y arrivera pas tout seul. C'est pour cela que c'est très important à mon sens qu'il y ait à la fois le milieu associatif mais également les collectivités territoriales, cela me paraît important, les médecins, mais aussi les urbanistes, les architectes, les enseignants, bien au-delà des enseignants d'éducation physique et sportive.

Si on prend des études de très longue envergure, on voit que le risque d'obésité, même si on tient compte de l'activité physique, est directement proportionnel au temps passé



devant la télé, avec deux fois plus de risques, quand on regarde 4 heures par jour la télé que quand on regarde moins d'une heure la télé, d'être obèse dans les six ans qui suivent. De même pour le diabète.

Plus inquiétant, c'est qu'en fait sur la mortalité, on voit à nouveau que le temps passé assis dans la journée, (et là nous sommes directement concernés, ce n'est pas seulement la télévision), augmente de façon tout à fait significative la mortalité. Je vais vous donner les chiffres : une heure de temps passé assis, c'est 5 % de risque d'infarctus en plus, c'est 4 % de risque de cancer en plus, à niveau d'activité physique égal.

Nous passons tous en moyenne 10 ou 12 heures assis. Donc, même si nous arrivons à refaire de l'activité physique par ailleurs, il n'est pas impossible que ce temps passé assis de façon continue joue un effet défavorable. Là aussi, cela amène quelques réflexions.

Et si on reprend les études dont je vous parlais : les premières études qui ont étudié l'activité physique en lien avec la santé ont été faites chez des conducteurs d'autobus en Angleterre, des autobus à deux étages. En fait on a comparé les poinçonneurs de tickets avec les chauffeurs d'autobus. Ce qui est intéressant dans cette étude, l'avantage est qu'on avait vraiment des classes sociales équivalentes, le même mode de vie, la même ville, et a priori un niveau socio-économique qui était le même, sauf que l'un était poinçonneur et l'autre conducteur. Ce que l'on avait montré, c'est que les conducteurs avaient deux fois plus de risque de mourir d'un infarctus du myocarde que les poinçonneurs.

À l'époque on a dit : « C'est parce qu'ils sont plus actifs ». Mais c'est peut-être aussi tout simplement parce que les conducteurs étaient assis plus longtemps que les poinçonneurs. Peut-être qu'en dehors ils faisaient aussi de l'activité physique. En fait les premières études ne portaient pas tellement sur l'activité physique mais bien sur ce comportement sédentaire et cette activité du quotidien.

Et la deuxième étude : on a comparé des postiers avec des téléphonistes. Et on avait exactement le même type de réponse, avec l'infarctus du myocarde, l'incidence totale, deux fois plus chez les téléphonistes que chez les postiers qui marchaient beaucoup dans le quotidien.

Ceci pour dire que sûrement, les deux aspects sont importants et qu'il faudra essayer de travailler sur l'ensemble.

Un tout petit mot sur les recommandations chez l'enfant et l'adolescent : cela fait longtemps que l'on pense que les 30 minutes ne suffisent pas, probablement parce qu'on déjà a intégré un tout petit peu cette notion de quotidien. Donc on dit que c'est 60 minutes, si possible, dans la vie de tous les jours, sous forme de sessions supérieures à 10 minutes, car l'enfant bouge beaucoup quand même, donc on ne peut peut-être pas tout compter. Et que de temps en temps, au moins une heure par semaine, sous forme de sessions plus soutenues, il faut des activités plus intenses qui vont solliciter l'os, la masse musculaire, des activités à contraintes, ne serait-ce que pour favoriser le développement osseux et le développement musculaire.

Juste pour vous dire où nous en sommes aujourd'hui : pas mal de statistiques nous permettent de savoir combien d'enfants participent à des activités physiques et sportives en dehors des cours obligatoires à l'école (en club ou en association). Si on va de la petite enfance jusqu'au lycée, on doit être entre 50 et 60 %, donc au moins 40 % ne font pas d'activité sportive régulière.

Prenons une autre méthode de mesure, celle des accéléromètres que l'on avait mis à une centaine d'adolescents de 12 ans. Les accéléromètres, c'est un peu comme des podomètres mais un peu plus performants. Cela ne mesure pas seulement les pas, ce



sont des céramiques piézoélectriques, utilisées par exemple pour dépister les tremblements de terre, donc très sensibles à la pression : en fait, quand on met ces céramiques, le seul fait d'avoir un mouvement va entraîner une pression sur la céramique et entraîner un courant électrique de très faible intensité que l'on peut récupérer. Et comme ces céramiques sont sensibles dans les trois axes, cela permet d'avoir une idée des mouvements dans les trois axes. Et avec des méthodes mathématiques qui sont aujourd'hui de plus en plus complexes, cela permet d'avoir une idée de la dépense énergétique que l'on a réalisée, pas seulement pour des activités intenses que l'on peut avoir par questionnaire, mais aussi un peu dans la vie quotidienne.

Quand on met ces accéléromètres, finalement, quand on prend un niveau de 3 METs (3 METs, c'est une dépense énergétique qui est trois fois ce que vous dépensez quand vous êtes couché et que vous ne dormez pas, que vous êtes éveillé et que vous n'avez pas mangé), c'est une marche rapide. On voit que 80 % des enfants atteignent ces recommandations-là. On se dit que ce n'est pas mal, mais quand on regarde les sessions de plus de 10 minutes, ils ne sont plus que 20 % à l'atteindre.

Et quand on regarde ceux qui atteignent les 60 minutes d'activité intense par semaine (et là on avait inclus l'éducation physique et sportive, même et heureusement qu'elle est là en France, à des niveaux supérieurs à ce qui existe dans beaucoup de pays, y compris en Europe), seuls 30 % atteignent ces 6 METs (qui correspondent à un bon jogging pendant au moins 60 minutes).

Cela veut dire que, y compris quand on intègre les heures de sport (qui en fait ne font que 50 minutes car elles comprennent aussi du temps à expliquer un certain nombre de choses, et pendant lesquelles un certain nombre d'enfants « échappent » à l'activité), on a du mal à atteindre ces niveaux qui sont recommandés.

Un petit mot chez le patient obèse : je parle bien de celui qui a déjà une obésité, qui va essayer de perdre du poids, pas seulement pour les effets sur la santé dont je vous ai parlés tout à l'heure. Je vous ai dit que les études semblent démontrer ou indiquer qu'il faudrait au moins 90 minutes pour maintenir une perte de poids. Le problème est que l'on a de nombreux obstacles à la pratique. Donc, si on dit cela d'emblée, on a peu de chance d'y arriver. On a vu qu'il y avait des effets bénéfiques de l'activité physique indépendante de la perte de poids, qu'il faut bien avoir à l'esprit et donc ne pas vouloir d'emblée atteindre 90 minutes. On a vu qu'il y avait des effets propres du comportement sédentaire. Et c'est un peu les conseils que je donne, mais cela peut être aussi faire la base d'une réflexion que l'on peut avoir cet après-midi : notre premier objectif, c'est souvent simplement de faire sortir le patient de son fauteuil. Cela peut prendre du temps, cela peut prendre des mois. Cela peut prendre des mois de faire sortir le patient de son appartement, de lui redonner confiance en ses capacités. Je crois beaucoup à la mise à l'étrier, il ne suffit pas de dire, si on veut mettre à l'étrier sans décourager les gens, il faut qu'à un moment donné ils se trouvent dans un environnement où ils sont en confiance. Chez les gens ou les enfants ou les adolescents qui sont plus obèses ou qui sont plus sédentaires, là il y a peut-être de la place pour une prise en charge spécifique, simplement pour leur redonner cette confiance, mais cette confiance c'est pour qu'ensuite ils puissent retrouver les groupes où ils vont pouvoir se mettre en mouvement. L'objectif est d'aider ces patients à faire face aux obstacles, et là je pense que Michel va détailler tous ces obstacles, qui ne sont pas seulement mécaniques ou psycho-respiratoires, mais qui sont simplement psychosociaux. Et on a montré que, parfois, simplement diminuer la distance d'un endroit ou accompagner un enfant, ou faire qu'à un moment donné il retrouve un certain nombre de ses pairs, de ses collègues et trouve plaisir à faire de l'activité physique, va lui permettre d'aller au-devant des obstacles. Lui faire redécouvrir les bénéfices personnels liés au mouvement et lui redonner le goût de bouger sont des éléments importants.



La pyramide de l'activité physique : on a là les moyennes de la recommandation. Cette partie-là est aujourd'hui très importante, et pour cela on a vraiment besoin de réfléchir ensemble à comment on fait, y compris grâce à l'aménagement du territoire, y compris à l'aménagement des cours eux-mêmes : on peut faire du chant, des cours de musique, debout pour sentir le rythme. C'est un moyen aussi de bouger tout simplement.

Et bien sûr, quand on atteint ce niveau-là il y a un bénéfice supplémentaire à aller au-delà, mais il n'y a peut-être pas besoin que tout le monde arrive là, même si on peut essayer de les encourager. C'est probablement là que d'ailleurs il y aura besoin d'un regard médical un peu plus spécifique, notamment lorsque les gens n'ont plus fait d'activité physique depuis longtemps, pour être sûr qu'il n'y ait pas de contre-indication. Et quand on voudra faire de la compétition, mais cela correspond peut-être à un plus petit nombre, l'activité physique aura des bénéfices supplémentaires bien évidemment, mais ce n'est peut-être pas notre premier objectif, en tout cas en termes de population générale.

Dans les cinq à dix minutes qui me restent, je vais simplement parler d'ICAPS. C'est une étude qui pour la première fois a démontré que l'on pouvait modifier l'activité physique des enfants et des adolescents, et que malgré ce que beaucoup racontaient notamment dans le domaine de la santé et de l'obésité, si on arrive à faire cela, on arrivait y compris à prévenir le surpoids chez l'adolescent.

Cela veut dire que tout ce que vous faites aura un bénéfice si vous arrivez à faire bouger les enfants et les adolescents. Aujourd'hui, on parle beaucoup d'évaluation, c'est important d'évaluer, car c'est important de savoir que l'on met bien notre argent aux bons endroits et qu'on fait le mieux possible chaque fois que l'on agit quelque part, en termes non seulement de santé publique mais tout simplement en termes de sociétal. Ce n'est plus nécessaire de prouver que si réellement on augmente le niveau d'activité physique chez les enfants et les adolescents, cela s'accompagne d'un bénéfice en termes de santé, et je pense que c'est bien important. Et en même temps, parce que cela donne aussi un certain nombre de pistes sur la manière dont cela a fonctionné, je pense que cela peut être aussi une piste de réflexion pour les années qui viennent.

Il faut savoir qu'ICAPS a été menée en France, et qu'à la suite d'ICAPS on a, avec l'INPES, travaillé sur un guide de méthodologie de type ICAPS. ICAPS a été montée voici quelques années. Aujourd'hui beaucoup d'expériences viennent à l'appui de cela et vont enrichir l'expérience d'ICAPS, qui a été en plus faite dans un contexte très contraint.

L'idée c'est que, partout dans le pays, toute l'imagination vienne à l'appui de cela, pour qu'il y ait beaucoup, non plus de modèle ICAPS, mais d'autres expériences de type ICAPS, sous différentes formes, qui se mettent en place. Je sais que dans le cadre du plan national obésité, c'est vraiment l'un des objectifs, et donc je pense que c'est important de le savoir parce que cela veut dire qu'on aura besoin de vous dans le plan national obésité, c'est le premier point, mais c'est aussi que peut-être des aides seront déclinées au niveau régional, je pense que Maud Ottavy pourra vous en dire un peu plus, dans le cadre des ARS mais également dans le cadre de l'éducation à la santé, et je pense que ce sera bien important d'en profiter pour pouvoir faire le plus possible, parce que je sais que vous savez faire déjà très bien.

L'idée que l'on se posait : est-il possible de modifier le niveau des activités physiques alors qu'il existe déjà une offre d'activités importante ? C'est vrai que l'offre en France est importante, à la fois en termes associatifs, beaucoup plus que voici quelques décennies, on fait de l'EPS en classe, mais est-ce possible d'aller au-delà ?

Face à l'offre alimentaire qui joue un rôle qui est indéniable, ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit, l'alimentation c'est important aussi, est-ce que cela va vraiment pouvoir avoir une efficacité ? Et comment faire pour que ces résultats perdurent ? Et ne va-t-on



pas aggraver avec cela encore une fois les inégalités sociales ? Car souvent en matière de santé publique, c'est ce qui se produit.

Donc notre idée était de dire que les écoles sont une porte d'entrée. Ce n'est pas un site où l'on va agir, j'insiste bien là-dessus. C'est simplement une porte d'entrée parce que c'est un lieu où l'on va pouvoir accéder à l'éducation de tous les enfants, toutes les classes sociales. C'est important parce que, quand on met en place des stratégies de santé publique, souvent ne viennent que les parents les plus motivés, et souvent ce sont les moins concernés par les problématiques. Et y compris dans les milieux associatifs, on sait bien que le recrutement, même si beaucoup d'efforts sont faits dans les quartiers moins favorisés sur le plan social, il y a quand même en priorité une majorité de gens qui sont déjà concernés.

Et on savait aussi que si on ne ciblait que l'EPS, cela augmente l'activité physique à l'école mais cela ne change pas tellement les habitudes dans le quotidien ni le poids.

On est partis d'un modèle socio-écologique qui est de dire que la santé et le comportement dépendent de l'individu, de ses caractéristiques, on l'a vu, la génétique, la biologie, les facteurs psychologiques, mais dépendent aussi du micro-environnement, de la niche écologique : ou est-ce que je vis ? Comment est organisée mon école ? Que font mes parents ? Comment est organisée ma maison ? Comment est organisé le transport ? Comment est organisée la classe ? Comment sont organisés les horaires de mes parents, etc. ? Et bien sûr, sur le plan sociétal, les normes sociales, les règlements, les lois, l'aménagement du territoire, les valeurs culturelles. Et là je crois que le PNNS a favorisé une évolution assez importante.

Donc l'idée c'était de jouer sur l'ensemble de ces phénomènes. Non pas de jouer sur les facteurs personnels, ne pas dire : « Il n'y a qu'à... Il faut qu'on... », mais jouer sur les influences sociales et sur l'environnement physique pour faire qu'à un moment donné pour les enfants, ce soit plus facile de faire de l'activité physique, mais qu'on les mette aussi en situation où le choix facile c'est de faire : « Une fois que j'ai fait, comme j'y ai pris goût, j'ai envie de continuer, même si on n'est plus là pour m'accompagner ».

Et l'idée était que l'on serait plus efficace si on jouait à la fois sur l'individu, sur l'environnement, mais aussi sur tout ce qu'il y a autour parce que vous le savez, les parents, c'est important pour autoriser son enfant à faire de l'activité physique, les professeurs aussi, pour dire non pas : « Arrête de bouger dans la cour » mais « Tu es assis dans la cour, pense à ICAPS, il faut bouger ». On a vraiment créé un « buzz », comme on dirait aujourd'hui, autour de l'intervention et peut-être faut-il utiliser les réseaux sociaux, mais cela n'existait pas encore.

L'objectif c'était de réduire les barrières à la pratique d'une activité physique, pas seulement dans l'école mais également en dehors, en jouant sur ces trois éléments, notamment sur les conditions physiques et institutionnelles de l'activité physique, et cela a vraiment été basé sur un multi-partenariat : pas simplement les établissements scolaires, mais aussi la Direction de la jeunesse et des sports, les associations sportives, pour que simplement l'offre soit plus accessible parce qu'elle est moins éloignée, elle est à proximité de l'école, que l'on profite éventuellement des interours entre midi et deux, juste après les cours, ou que l'on accompagne les enfants et adolescents. Et que l'on ait une offre un peu diversifiée par rapport à ce qui existait, qui soit moins compétitive ou pas seulement compétitive, où on était vraiment en complément de l'existant. L'objectif n'était pas de prendre des enfants qui allaient déjà ailleurs, mais vraiment d'attirer des enfants et des adolescents pour d'autres activités et celles-ci ont été diversifiées pour essayer de toucher la cible la plus large possible.

Donc c'est une étude randomisée, scientifique, je passe sur les détails, mais on voulait vraiment démontrer les choses, donc on a tiré au sort quatre paires de collèges, et dans



chaque paire de collèges on a tiré au sort le collège chez qui on allait tout mettre en œuvre pour faire de l'activité physique. Nous avons fait attention à avoir des collèges de différentes zones : zones rurales et urbaines, nord du Bas-Rhin (parce le pourcentage d'enfants en surpoids y est un peu plus élevé), dans la communauté urbaine de Strasbourg, et dans ce qui à l'époque s'appelait des ZEP et non pas des ZUS, parce qu'on savait que le milieu socio-économique était important.

Tous les élèves de 6^{ème} pouvaient participer à l'étude. 92 % ont accepté d'y participer. Et dans la moitié des collèges, tirés au sort, je le répète, on a tout mis en œuvre pour essayer de les faire bouger. Et on les a suivis tous les ans, à la fois en termes de poids, de questionnaires, et tous les deux ans avec une prise de sang, pour essayer de voir si on avait modifié leur activité physique et si on avait eu aussi un impact sur la santé.

Pourquoi était-ce important d'avoir un impact sur la santé ? Ce n'était pas notre objectif primaire, mais c'était un argument objectif permettant de dire : oui, c'est l'effet que l'on observe, ce n'est pas juste parce que les enfants ont répondu qu'ils faisaient plus d'activité physique, mais ce sont des paramètres mesurables de façon objective.

Concrètement nous avons organisé des débats autour de l'activité physique en impliquant les enseignants, donc de ce fait il y a eu vraiment une mobilisation dans les collèges autour de l'activité physique, pas seulement de loisir mais dans le quotidien. On a vraiment mis des activités tout autour de l'école avec l'aide du milieu associatif et sportif mais aussi avec les enseignants de l'éducation physique et sportive, avec l'UNSS, sous différentes formes. On a aussi organisé, tout cela en essayant d'aller au-devant des obstacles, des journées un peu phares, *Tous à vélo !* à l'école, pour montrer aux parents comment on pouvait aller à vélo à l'école ou à pied en toute sécurité. On a aussi organisé des journées montrant différentes formes d'activités physiques qui pouvaient être proposées et qui étaient un peu plus ludiques, où à la fois les parents, un peu comme dans ce qui est fait dans *Duo ki bouj'*, les parents et les enfants pouvaient participer pour essayer là aussi d'avoir cette relation interpersonnelle qui favorise la mise en mouvement.

On a rencontré les éducateurs, on a informé, on a également joué avec les médias, je pense que c'est important. On a aussi organisé les transports, et établi un partenariat avec les collectivités territoriales, ce qui nous a permis d'accéder à différents lieux de sport.

Qu'avons-nous observé au bout de quatre ans ? Vous avez en gris les collèges témoins, en jaune les collèges actions. Au début, en dehors de l'EPS, une petite moitié allait en association sportive ; ce sont les chiffres classiques donnés par les directions de jeunesse et sport. On a observé en collège, puisqu'il s'agissait ici de collégiens, une diminution, qui n'est pas encore très importante (elle s'aggrave au niveau du lycée), de la participation à l'activité physique et sportive dans les associations dans les collèges témoins. En revanche, 80 % des adolescents faisaient régulièrement au moins une demi-heure par semaine d'activité physique et sportive régulière en plus de l'EPS, à l'issue des quatre années dans les collèges actions.

Donc on avait vraiment touché plus, ce n'est pas simplement qu'ils faisaient plus, on avait touché vraiment plus et on avait touché d'autres enfants. Et je précise que la participation aux milieux associatifs sportifs habituels n'avait pas diminué pendant l'étude, donc c'est vraiment quelque chose qui s'est mis en plus avec l'étude ICAPS. Et en moyenne, il y avait 54 minutes d'activité physique de plus par semaine dans les collèges action comparés aux témoins, avec des choses relativement simples.

Sur le plan du surpoids, je vous présente une diapositive sur la survenue de nouveaux cas de surpoids chez des enfants qui n'étaient pas en surpoids à l'étude. On a eu un effet global sur l'ensemble des enfants. Ce que j'indique là, c'est qu'au moment de



l'adolescence, ce que l'on ne savait pas, c'est que le surpoids s'aggrave. Dans les collèges témoins, parmi ceux qui n'étaient pas en surpoids au départ, 10 % étaient en surpoids à la fin de l'étude, et moitié moins dans les collèges actions.

On peut en tirer deux leçons : d'abord, il ne suffit pas de faire de l'activité physique, d'autres choses jouent, mais quand même, rien qu'avec l'activité physique, on a diminué de moitié les nouveaux cas de surpoids. Et là je peux vous assurer que dans le domaine, aucun médicament ne fait cela aujourd'hui.

Qu'en est-il à long terme ? Nous ne sommes plus dans les collèges, ces enfants ne sont plus dans les collèges non plus, on a réussi à en revoir en 2008/2009 75 % d'entre eux, ce qui n'a pas été une mince affaire : s'ils étaient dans 8 collèges, lors de cette nouvelle enquête un tiers était sorti du système scolaire (il a fallu les traquer à domicile), et les autres étaient dans 66 lycées différents. Vous imaginez que cela n'a pas été une mince affaire de les retrouver et de les examiner. On a réussi tout de même à en revoir un grand nombre d'entre eux.

On s'est rendu compte que ceux qui avaient été dans les collèges actions faisaient encore 46 minutes d'activité physique de loisir de plus que les collèges témoins. Donc ils ont intégré une partie de ce qu'ils avaient acquis et l'ont maintenu. Ils regardaient surtout 34 minutes de moins la télévision par jour. Cela veut dire qu'au terme d'une semaine, c'est quand même 210 minutes, et qu'ils allaient aussi plus souvent à pied à l'école. Cela peut paraître faible mais 4 minutes par jour, vous vous souvenez des 5 minutes dont je vous ai dit tout à l'heure que cela peut faire 2 kilos à la fin de l'année. Et là, c'est juste le transport actif pour aller au domicile, école ou travail, mais on ne peut exclure qu'il y ait aussi et une augmentation d'autres activités de la vie quotidienne.

La prise de poids : on voit que les effets se maintiennent en 2008, on a le même effet deux ans après, donc on a maintenu l'effet sur le poids. Ces effets sont tout à fait encourageants, surtout quand on regarde en fonction du niveau socio-économique, on se rend compte que l'effet est cinq fois plus important chez ceux qui sont de faibles niveaux socio-économiques que chez ceux qui sont de meilleurs niveaux socio-économiques. On peut dire que c'est évident parce que les autres n'en avaient pas besoin, mais en matière de santé publique, c'est souvent l'inverse que l'on observe, donc on a eu surtout un effet chez ceux qui en avaient le plus besoin.

Les éléments clés : ce n'est pas seulement la responsabilité individuelle ni une offre, c'est aussi faire qu'à un moment donné les gens se sentent concernés par l'offre. Donc c'est vraiment cette interaction entre les deux, et c'est vraiment là que l'on va avoir l'intérêt d'un multi-partenariat, avec une notion qui me semble essentielle : ce n'est pas seulement l'accessibilité mais c'est aussi le plaisir qui a été ressenti qui fait qu'à un moment donné ces individus continuent, pas parce que c'est bon pour la santé, les adolescents s'en moquent complètement, mais simplement parce qu'ils y trouvent un plaisir.

Multi-partenariat : l'ancrage sur les établissements scolaires apparaît primordial, même quand on vient de l'extérieur pour mettre en place les actions, même quand ce sont les collectivités territoriales qui sont les promoteurs, simplement parce qu'ainsi on peut toucher tout le monde. C'est plus qu'une offre, c'est une mise en activité. Et je crois qu'il faut surtout être adaptable : on avait seulement quatre collèges, on n'a pas eu une recette mais quatre recettes différentes que l'on a dû adapter en fonction de ces collèges. Et tout l'enjeu dans les années qui viennent, c'est que justement on adapte maintenant ce modèle-là pour qu'en fonction des contextes, en fonction des personnes qui sont intéressées, on puisse développer.

En conclusion, nous sommes tous concernés. Il convient bien sûr de distinguer les patients obèses ou je dirai qui sont très fortement obèses, qui sont déjà dans la maladie,



y compris au quotidien avec une limitation multifactorielle au mouvement. Ceux-ci peuvent nécessiter un accompagnement spécifique, et sûrement il faut y réfléchir, mais n'oublions pas pour autant que ce n'est pas parce qu'on fait un plan national obésité qu'il ne faut plus s'occuper que de ces 0,5 % là. On a vraiment un gros travail à faire sur la majorité des individus qui sont en surpoids/obèses, 15 à 20 % des enfants adolescents, 50 % de la population adultes, une problématique pas très différente de celle des sédentaires, qui sont aussi 50 % de la population adultes, pas toujours les mêmes, réfléchissons aussi à ceux-là. Comment contribue-t-on collectivement à favoriser le mouvement sous toutes ces formes ? Je crois que c'est vraiment l'enjeu de cette journée, et je suis très heureuse que vous soyez très nombreux pour y participer. Merci.

Mme OTTAVY.- Merci. Comme Chantal a été très efficace, nous avons cinq minutes pour des questions ou des remarques.

M. CHAUVOT.- (Vice-président du CROS Rhône-Alpes). Je remercie Mme Chantal Simon que l'on avait déjà vue, le discours est toujours aussi brillant et aussi clair.

Vous avez évoqué un problème, me semble-t-il, à moins que les données aient évolué, qui me paraissait important dans les données de l'effort physique et de la durée de l'effort : c'est le problème des consommations des sucres et des graisses. Autant que je me souvienne de mes études, on nous indiquait que dans un premier temps on consomme les glucides, et qu'après, ce que l'on appelle peut-être le deuxième souffle, si on persiste dans l'effort, on va consommer plutôt les lipides et que c'est peut-être ce qui fait l'intérêt des exercices prolongés chez des gens qui sont en surpoids ou en obésité. Pourriez-vous nous donner des précisions sur l'actualité ?

Mme SIMON.- Je pense que Michel Guinot en parlerait beaucoup mieux que moi, mais ce que l'on sait maintenant, c'est que ce n'est pas simplement une question de durée, c'est aussi une question d'intensité. En fait, c'est surtout quand on va faire des efforts intenses, selon la capacité des individus, que l'on va se mettre à utiliser plus de glucides plutôt que des lipides. Et c'est là aussi l'intérêt de l'activité du quotidien, parce que justement l'activité du quotidien est modérément intense et très importante dans la durée. C'est pour cela aussi d'ailleurs que l'aspect sédentarité a probablement été sous-évalué aujourd'hui parce qu'elle va jouer sur cet aspect-là.

Cet élément est important, mais en même temps, si on a consommé des glucides de façon importante, et c'est vrai surtout pour des activités intenses, cela va en plus stimuler la faim. On aura probablement moins cette sensation de faim si on a une activité qui est plus modérée. Mais de toute façon, une fois que vous avez consommé ces glucides, il faudra bien les remplacer par la suite et vous allez aussi les prendre sur vos lipides.

Je pense que c'est peut-être moins important dans la population générale, Michel Guinot complétera sûrement un petit peu ces éléments-là, que dans la population où on va être dans une stratégie de compétition avec un effort relativement intense. Aujourd'hui il nous semble qu'il faut que cela dure au minimum 10 minutes pour avoir une certaine efficacité. C'est important d'avoir ces activités au moins modérément intenses, mais je pense qu'il ne faut pas oublier pour autant que les activités du quotidien constituent aussi une partie importante de la dépense énergétique.

M. GUINOT.- L'important, c'est de dépenser de l'énergie. Après effectivement, il y a les problématiques chez l'obèse, avec des difficultés à mobiliser leurs graisses durant l'exercice. Et probablement que l'intensité de l'exercice joue un rôle important pour renverser cela, c'est-à-dire de manière à favoriser un peu plus l'utilisation des graisses. Là il y a tout un débat dans la littérature, cela reste vraiment très débattu, mais il semble effectivement qu'il faut faire des efforts plus intenses pour réhabituer l'organisme à faire



des efforts plus intenses de manière à ce que l'organisme puisse plus utiliser les graisses qui sont stockées soit dans les adipocytes, soit dans les muscles. Mais l'important c'est de bouger.

Mme SIMON.- L'important c'est de bouger. Je rebondis tout de suite sur le « plus intenses » : n'oublions pas que plus intenses pour un obèse, cela n'a rien à voir avec plus intenses pour Michel Guinot. N'oublions pas que nous avons des personnes en face de nous et que la première chose est d'arriver à les faire bouger et qu'elles ne soient pas découragées par des exigences qui soient un peu trop fortes.

Mme OTTAVY.- Une autre question ?

M. ZERATHE.- (Chargé de mission à la Région Rhône-Alpes).- Une remarque sur l'impact de l'activité physique. Les 30 minutes, j'ai cru comprendre que c'était assez facile de faire évoluer un peu les choses auprès des publics notamment jeunes. Mais toute l'activité physique qui était effectuée par des générations de 20 à 30 ans et qui n'est plus aujourd'hui effectuée, comment agir là-dessus ? C'est peut-être plus compliqué, car cela pourrait impliquer de changer presque la société telle qu'elle se situe aujourd'hui. Tous les déplacements qui se font aujourd'hui en véhicule, toute la façon de vivre d'aujourd'hui, on ne va pas forcément la changer simplement en mettant en place des actions ponctuelles.

Mme SIMON.- Tout à fait. C'est très important ce que vous soulignez là. D'abord on est citoyens, donc on peut agir là-dessus : qu'à un moment donné, l'organisation de la ville soit faite de façon différente parce qu'à Lyon, on aménage les quais du Rhône ou les quais de Saône et que l'on a envie finalement d'aller à pied plus facilement ou d'aller à la station suivante de bus ou de métro parce que l'environnement est plus favorable, cela peut être un élément déterminant pour la pratique d'activité physique par les individus.

Je suis assez optimiste quand on voit que les jeunes de l'étude ICAPS, y compris ceux qui sont sortis du milieu scolaire et y compris ceux qui n'allaient pas en associations sportives, ont réussi à changer leur mode de vie avec un maintien de certaines habitudes deux ans après l'intervention que l'on a faite dans les collèges. Cela veut dire qu'à un moment donné, parce qu'ils ont trouvé un bénéfice personnel à intégrer de l'activité physique, peut-être sous forme de loisirs dans un premier temps, ils l'ont aussi intégrée dans leur vie quotidienne parce que c'était moins dur de faire tout simplement cette activité.

Et on sait tous très bien que quand on est en forme, on hésite aussi moins à prendre les escaliers, à aller au travail de façon différente que quand on est fatigué où l'on se dit : « Je vais prendre la voiture ».

Je pense qu'il y a aussi toute cette démarche-là, qui est une démarche à la fois d'attitude et aussi de façon collective d'accompagner son enfant à l'école par exemple, plutôt que de l'accompagner en voiture. Donc la réflexion est assez globale.

Ce que je voulais surtout dire par là aussi, c'est qu'à force d'insister sur les 30 minutes par jour et sur les modérés/intenses, certains se sont dits : « Il suffit que j'aie fait un petit peu d'activité sportive le dimanche » et que finalement on a oublié que cela ne remplace peut-être pas le reste. C'est aussi là-dessus que je souhaitais insister. Et que parfois, simplement de dire : « Restez moins longtemps devant la télé », si vous n'êtes pas devant la télé, il faudra bien faire autre chose, et de ce fait, vous bougez, comme le disait Michel tout à l'heure, et peut-être que même les jeux vidéo un peu modernes sont moins néfastes par exemple que la télé.

Mme PERDRIZET.- (élue du Comité Régional de la Fédération française d'Education Physique et de Gymnastique volontaire en Dauphiné Savoie).- J'acquiesce à plein de



choses, on en reparlera cet après-midi, car on a fait des expériences aussi pour des jeunes.

Pour avoir travaillé ailleurs (et cela rejoint ce que disait Monsieur, le problème de l'urbanisme), nous pouvons faire le constat qu'en France, rien n'est vraiment trop fait pour que l'on prenne les escaliers, il faut les chercher en permanence. Rien n'est fait pour que les enfants aillent au lycée à 14 ans en vélo. Rien n'est fait pour que les mamans aillent en poussette dans des villages et autres, parce qu'elles sont toujours au bord des nationales.

Donc cette marche vers l'autonomie d'une pratique pour l'adolescent par exemple, les mamans disent : « Attends, je t'emmène parce que la nationale et le carrefour sont trop dangereux ».

Et si on compare avec le Canada, où je vais très souvent, ou avec les Norvégiens par exemple, on sait très bien que c'est fou ce qu'ils donnent comme propositions d'activité physique autonome de 2 ans à 20 ans. Peut-être qu'un jour il manquera ce volet-là.

Mme SIMON. - Votre remarque est tout à fait judicieuse, je pense que Michel va l'aborder un peu dans les obstacles.

Ce que je voudrais souligner : je travaille sur environnement et activité physique, donc je suis très contente que vous en parliez. Quand même, si on compare aux États-Unis, on est à cent lieues au-dessus, et donc préservons ce que nous avons déjà. La diversité dans le pays, c'est quand même quelque chose qui existe déjà, même si cela a en partie disparu. On voit bien quand même qu'y compris dans les périodes électorales et notamment régionales, territoriales, ces aspects-là sont mis en avant. Et c'est à nous à pousser dans ce sens-là. Quand je dis que c'est notre rôle de citoyen, c'est clair que c'est à nous à dire : « Non, je préférerais qu'il y ait une piste cyclable plutôt que d'avoir un accès de ce type-là ». Je pense que l'on a vraiment à jouer un rôle de citoyen.

Alors vous citez l'exemple du Canada, vous avez raison, cela fait plus de 20 ans qu'il travaille dans le domaine. Je voudrais juste souligner que la prévalence de l'obésité, y compris dans le Québec que je connais bien, est deux fois plus élevée que chez nous et qu'elle continue à augmenter de façon plus importante. Donc heureusement qu'ils s'y sont pris voici 20 ans, et heureusement qu'ils font tout cela, parce que sinon cela serait peut-être encore pire. L'éducation physique et sportive est juste suggérée dans les établissements scolaires et pas imposée, les heures non sanctuarisées comme en France. Alors on peut dire que 3 heures, 4 heures chez nous, cela ne suffit pas, je suis d'accord, ce n'est pas sanctuarisé à l'école primaire, on doit essayer d'évoluer dans ces sens-là, mais on a déjà plus que beaucoup de pays.

Et ce que je vous ai dit dans ICAPS, c'est ce que l'on a essayé de mettre en plus de ce qui existe déjà, et si on n'avait pas cela, on ne serait pas dans les 10 % que l'on vous a montrés tout à l'heure mais sûrement à 20 % comme les États-Unis.

Donc je pense qu'il faut continuer dans ce sens, mais qu'il faut préserver aussi notre acquis. Vous avez tout à fait raison, il faut travailler sur tous ces aspects-là, et vraiment, c'est pour cela que j'insiste, sur la démedicalisation, sur l'aspect citoyen et sur le décroïsonnement. Donc nous sommes très contents que soient présents des gens de l'Éducation nationale, les collectivités territoriales sont un peu moins présentes pour des raisons conjoncturelles ici, on a besoin de tous travailler ensemble et justement d'arriver à voir comment utiliser ces passerelles.

Et quand même je trouve que sur l'environnement, même s'il s'est dégradé, si la pollution a augmenté, on est quand même en train d'observer aujourd'hui, dans une ville



comme Dardilly, que la moitié des gens sont licenciés sportifs, et quand on a envie de se promener, on a un espace qui est important.

Donc ce n'est pas assez, je suis d'accord, il faut insister là-dessus, travailler là-dessus et réfléchir là-dessus. C'est notre rôle à tous et il faut vraiment rendre les gens sensibles, pas seulement les jeunes, à trouver les escaliers qui sont cachés, je suis d'accord, mais aussi à faire que les escaliers deviennent un peu plus visibles.

Mme KEHLHOFFNER.- (Professeur EPS au Lycée Argrouges).- Une remarque dans la continuité des deux remarques précédentes : je viens de Marseille, les Vélib sont à peine introduits depuis cinq ans maximum et les gens se déplacent de plus en plus à vélo, mais l'aménagement urbain en pistes cyclables n'est pas complètement présent. Alors que là je suis à Grenoble, l'aménagement urbain participe vraiment parce qu'en termes de pistes cyclables on se sent en sécurité, avec des feux, et j'ai plein de lycéens qui viennent à vélo justement pour cela.

Mme SIMON.- Si vous votez encore à Marseille, votez bien.

Mais cela se rejoint, je suis tout à fait d'accord. C'est nous tous collectivement, et c'est peut-être la force d'avoir justement toutes les disciplines et l'interdisciplinarité parce que, quand on parle des ARS, je trouve que là il y a une évolution où enfin on va avoir la cohésion sociale avec le sport pas très loin de la santé, ce qui permet de ce fait d'avoir un poids et une cohérence plus grands. Et quand on vous parle du plan national obésité, il faut vraiment que nous veillions à ce que l'on s'intéresse à toute la palette. Quand je dis qu'il ne faut pas s'intéresser qu'aux 0,5 %, c'est à nous aussi de montrer que l'on a un rôle beaucoup plus global justement pour toucher dans toutes ces facettes l'ensemble de la population. Vous avez tout à fait raison.

Pour vous rassurer, Grenoble c'est bien, mais Strasbourg c'est encore beaucoup mieux.

Mme OTTAVY.- Je pense que ce que l'on peut retenir déjà de ces premières interventions, c'est effectivement que chacun ici, soit en tant que citoyen, soit en tant que professionnel, a un rôle à jouer dans l'augmentation de l'activité physique ou la lutte contre la sédentarité de l'ensemble de la population.

Merci beaucoup, Chantal. Je vous rappelle que votre travail n'est pas fini puisque vous animez la table ronde cet après-midi, donc vous allez pouvoir observer. Chantal va continuer à travailler en écoutant.

Je profite pour m'excuser auprès de Jean-Charles Basson que j'ai oublié d'annoncer dans le programme, et qui est lui d'ores et déjà au travail puisqu'il sera le grand témoin de notre journée, il a la lourde charge de faire la synthèse en fin de journée. Donc mille excuses, je savais que j'oublierais quelqu'un, je ne savais pas qui.

Michel Guinot va nous parler des obstacles qui peuvent se présenter à la pratique et à la pérennisation de l'activité physique.



Augmenter l'efficacité physique chez l'enfant en surpoids : comment l'aider à franchir les obstacles ?

Michel GUINOT, Vice président de la société Dauphiné Savoie de Médecine du Sport, Unité médicale de médecine du Sport, CHU de Grenoble.

Merci à Chantal Simon pour son exposé très clair et auquel je pense que la plupart d'entre nous adhèrent. Je partage votre avis, il faut rester optimiste, même s'il y a effectivement beaucoup de travail et beaucoup de personnes à convaincre.

Je travaille au CHU de Grenoble. J'ai plusieurs appartenances mais en gros je suis praticien hospitalier au CHU de Grenoble en tant que médecin du sport et physiologiste, rattaché à un laboratoire qui s'intéresse au sommeil et maintenant à l'exercice.

Un petit aparté : on s'aperçoit aussi que l'on a perdu, depuis environ 30 à 40 ans, 2 heures de sommeil par nuit ; on ne sait pas trop bien expliquer pourquoi, mais cette privation partielle de sommeil joue probablement aussi un rôle important dans l'apparition de l'obésité. Donc là on a un peu un effet inverse provocateur au fait de demander aux gens de bouger, on va aussi leur demander de dormir plus.

Ce paradoxe, on peut commencer à l'expliquer, mais ce n'est pas l'objet de cet exposé. Donc même sommeil et exercice, c'est intéressant, et peut-être peut-on penser qu'il y a tout un champ de travaux scientifiques à faire sur dans l'idée que faire plus d'activité physique probablement joue sur la régulation du sommeil. Donc je pense que dans les années à venir, nous aurons ce genre de travaux qui vont sortir dans la littérature, montrant aussi que l'activité physique est bénéfique pendant qu'on ne « fait rien ».

Après, je suis vice-président de la Société Dauphiné Savoie de médecine du sport, et c'est aussi à ce titre-là que je fais un peu de prosélytisme ce matin. Nous avons essayé de nous coordonner avec Chantal. Elle aime bien parler de l'obésité pédiatrique, donc je vais vite passer et nous allons nous intéresser aux facteurs qui limitent l'activité physique chez les personnes en surpoids ou obèses.

En tant que physiologiste, j'insisterai un peu sur la limitation des capacités physiques, et j'aborderai plus ou moins rapidement, cela a déjà été abordé dans la discussion, les aspects psychosociaux et environnementaux.

Et puis j'avais mis : « Comment faire de l'activité physique chez la personne obèse ? », c'est chez la personne obèse parce qu'on a élargi le champ, je n'ai pas modifié le titre du troisième paragraphe. On revisitera un peu ce qu'a déjà bien déployé Chantal tout à l'heure.

C'est complexe, et à l'exemple de nos amis Canadiens, il ne suffit pas de faire de l'activité physique pour réduire le problème de l'obésité. C'est un phénomène bien plus complexe que cela.

Dans l'obésité pédiatrique, il faut quand même agir tôt, et c'est pour cela qu'il est important de dépister très tôt les enfants en surpoids. 20 % des enfants obèses à 4 ans le resteront à l'âge adulte, contre 80 % à l'adolescence. Vous voyez que si on arrive à intervenir dans la petite enfance, on aura beaucoup plus de chances que l'obésité s'atténue, voire disparaisse, que si on s'y attaque au moment de la puberté ou un peu après la puberté.



Ce qui est important, c'est cet aspect que vous a montré Chantal sur la définition de l'obésité infantile selon l'indice de masse corporelle durant la petite enfance, avec le rebond pondéral qui intervient vers l'âge de 6 ans chez le garçon comme chez la fille. Et c'est le travail des pédiatres ou des médecins généralistes de regarder l'évolution de cette courbe d'IMC pendant la petite enfance. Et souvent on a des rebonds pondéraux, quand on reprend les courbes de croissance, qui viennent parfois avant deux ans, et après les courbes arrivent vite en degré 2 déjà à 6, 7, 8 ans. Il y a un travail de repérage à faire, y compris sur des surpoids qui sont modérés au tout début.

Une note optimiste : une étude française sur l'évolution de la prévalence de l'obésité en France chez l'enfant entre 10 et 15 ans. Depuis une quinzaine d'années, on a une grosse progression. On était sur une progression linéaire depuis le début des années 1980/1985, et là il semble que, depuis le début des années 2000, la prévalence de l'obésité soit en train de stagner, en tout cas elle n'a pas l'air d'augmenter, avec un effet de public, c'est-à-dire que la prévalence chez les sujets qui sont avantagés d'un point de vue socio-économique est moindre que celle des publics qui sont désavantagés. Ce sont des publics qu'il faut cibler, on est tous d'accord là-dessus.

Le niveau d'activité physique dans l'Union européenne, il est variable dans toute l'Europe. C'est variable dans les pays d'Europe du nord. On est à peu près au même niveau que les Suédois, un peu mieux, on n'est pas les mieux placés. Ce n'est pas pour cela non plus que l'on a plus d'obèses. Cela joue un rôle mais cela n'explique pas tout. Effectivement, aux Pays-Bas, on a déjà une offre, une tradition, une culture de se déplacer en vélo, etc., ce sont des gens qui sont plus actifs que nous. Même les Anglais, qui ont deux fois plus d'obésité, sont plus actifs que nous d'un point de vue physique.

C'est une espèce de paradoxe, mais il faut tout de même promouvoir l'activité physique. C'est d'autant plus intéressant qu'en France on est moins actif que dans d'autres pays, donc si on arrive à améliorer un peu la prévalence de l'activité physique dans nos publics, on pourra penser que l'on fera encore mieux sur le problème du surpoids.

Facteurs limitant l'activité physique chez la personne obèse : il y avait une remarque tout à l'heure sur la recherche d'escaliers, ils sont très visibles la plupart du temps, il suffit simplement de regarder. Ceci dit, même un escalator, on peut le monter en marchant, on va encore plus vite, surtout quand on est pressé.

Peut-être effectivement pourrait-il y avoir des incitations aux personnes, un affichage dans les couloirs du métro ou d'une gare SNCF, disant que c'est peut-être plus intéressant, surtout quand on n'est pas pressé, de prendre les escaliers ou de monter les escalators non pas passivement en étant les uns derrière les autres mais en essayant de monter en marchant. C'est vrai qu'aux heures de pointe ce n'est pas toujours évident dans des grandes villes comme Paris. Lyon, c'est tout de même plus facile.

Dans ce qui va influencer la pratique de l'activité physique, il y a une part qui est non modifiable : le patrimoine génétique, l'âge, le sexe, dans quelle ville on pratique et quel est l'environnement météorologique.

Et tout le reste va pouvoir influencer plus ou moins avec des cercles excentriques. Et on va y aller de manière progressive : des facteurs individuels jusque dans le cadre de vie général. Je ne suis pas du tout un spécialiste de l'environnement, mais ce sont plus des réflexions au travers des lectures que j'ai eues et ma façon de penser en tant que citoyen, donc ce n'est pas tellement en tant que spécialiste de l'activité physique que je vous ferai part de quelques remarques.

Voilà une autre façon de modéliser ce qui peut faire varier et ce qui peut à la fois limiter et favoriser l'activité physique. Chaque facteur peut être limitant ou favorisant, cela dépend de la façon dont on le regarde. On va d'abord s'intéresser aux capacités



fonctionnelles et à l'effort, et en premier lieu au problème du surpoids bien évidemment en tant que facteur limitant de l'activité physique. Sachant que cela a un intérêt pour les éducateurs sportifs quand ils vont s'occuper de ces publics, notamment pour adapter l'activité physique.

Obésité et tolérance à l'effort : effet de la composition corporelle. Voici trois sujets avec le même niveau de capacité physique en termes de consommation d'oxygène maximale : un sujet assez mince, 60 kg, avec un IMC à 20, pas spécialement entraîné, ce qui lui fait une consommation maximale d'oxygène de 45 ml/kg/minute, ce qui est normal.

En termes de performances sportives ou de capacité à l'effort, 45 ml/kg/minute, cela correspond à une vitesse maximale de déplacement de 13 km/h environ. C'est un sujet qui est capable de courir à environ 13 km/h pendant quelques minutes.

Simplement, sans changer, on suppose que la masse musculaire est identique, juste l'effet de surpoids, c'est quelque chose que j'ai modélisé pour la présentation : 82 kg, 20 kilos de plus, surpoids modéré, IMC de 27,4, on tombe déjà à 33 mL/kg/minute. C'est un sujet qui pourra courir 9 à 10 km/h, et on va tomber à 73 % de la VO₂max prédite, on est là déjà, pour nous, physiologistes, dans des critères d'intolérance à l'effort.

Le sujet 102 kg, avec une obésité de degré 2 pour l'enfant, mais encore de grade 1 pour l'adulte, donc pas très sévère, va tomber à 27 mL/kg/minute kilos par minute, ce qui va faire à peu près 7 ou 8 km/h de vitesse maximale, et là on tombe à 60 % la VO₂max prédite, ce qui correspond à une intolérance sévère à l'effort.

Bien évidemment, d'emblée chez ce sujet-là, on pourra lui faire faire de l'activité physique, mais pas à la même intensité. Et cela renvoie à la remarque que M. le Directeur régional avait fait, effectivement un sujet qui est en surpoids important, peut-être que l'on va pouvoir lui faire faire ses 30 kilomètres de marche commando, mais certainement pas dans le même temps que les autres.

Adapter le type d'activité physique aux capacités physiologiques : effet limitant dans les activités portées, j'ai modélisé à 30 minutes à 80 % de la consommation maximale d'oxygène, qui correspond à un effort perçu intense. C'est assez difficile. La dépense énergétique est égale dans les trois cas.

Vous voyez que le sujet mince non entraîné peut faire un footing à peu près à 10,3 km/h dans cet exemple. Ce qui correspond à une vitesse de course déjà correcte pour un non-athlète.

Le sujet en surpoids peut tout juste courir : 7,5 km/h, on trotte. Et à 6 km/h, surtout chez un sujet en surpoids important, on a du mal à courir, on est à la limite de la marche/course. Cela devient difficile de courir sur 30 minutes.

Intensité perçue fonction de l'intensité relative de l'effort : en fonction de la VO₂max, ce sont des multiples du métabolisme de base. Le premier sujet va marcher assez rapidement : 3,5 miles par heure. Pour celui qui est à 40 % de la VO₂max, c'est un effort modéré. Celui pour qui la VO₂max représente 80 %, cela va représenter un effort difficile. C'est toute la différence entre un sujet normo-pondéral et un sujet en surpoids, pour une activité physique portée qui est ici la marche ou la course.

Donc le surpoids bien sûr est gênant pour toutes les activités physiques qui seront portées. Les sujets seront d'autant plus intolérants à l'effort qu'ils auront une obésité importante et qui va les limiter. Il faudra privilégier, en tout cas dans un premier temps, des activités physiques où le poids du corps est peu limitant (vélo, natation, etc.).



Ceci dit, les sujets qui ont un surpoids modéré peuvent courir et faire de l'activité physique aussi. C'est quelque chose qu'il faudra apprécier : grosso modo, plus l'obésité sera sévère et importante, moins on pourra avoir accès à des activités physiques portées rapides. La marche est quand même quelque chose d'intéressant. Mais on fera de la marche à plat, pas forcément en montée, etc.

La deuxième limitation, c'est sur le plan ostéo-articulaire. Beaucoup d'études montrent que plus on est en surpoids, plus on a mal de manière générale, plus on a de douleurs chroniques, et en particulier dans les membres inférieurs. Des explications sont biomécaniques : plus on pèse lourd, plus on met de poids et de pression sur les articulations, et en particulier sur les articulations terminales (chevilles, voûtes plantaires), mêmes les articulations intermédiaires. Mais il y a aussi des effets métaboliques à relier au surpoids qui expliquent aussi ces douleurs. Beaucoup de travaux actuels confirment cela.

Vous remarquerez que ce sujet a déjà un appui qui est très intérieur, probablement avec un effondrement des voûtes plantaires et un genou qui se met un peu en valgus. Tout cela favorise des modifications des contraintes sur les articulations qui favorisent les douleurs. C'est important de les prendre en compte parce qu'effectivement, dans les activités physiques avec impact notamment, il faudra éviter cela, car cela peut non seulement aggraver les douleurs, mais cela risque de décourager ces sujets. Quand on a mal, on n'a pas envie de faire des efforts, c'est logique.

Obésité et incidence de l'épiphysiolyse de hanche, en fonction de l'âge, deux gros problèmes : un problème chez l'enfant et l'adolescent, que l'on appelle l'épiphysiolyse de hanche, qui est une pathologie dont l'incidence est relativement faible mais qui a des conséquences assez importantes sur le pronostic fonctionnel de la hanche, à la fois à l'adolescence et à l'âge adulte. Ce que l'on voit ici dans ce travail écossais, c'est qu'il y a une augmentation linéaire de l'incidence, avec le temps des épiphysiolyse on passe de 3 pour 100 000 à peu près 8, donc cela a plus que doublé. Et parallèlement une augmentation de l'incidence du surpoids dans cette population au Royaume-Uni.

Ce qui est intéressant, c'est l'âge moyen de diagnostic : on a perdu presque un an quel que soit l'âge. Ce phénomène devient de plus en plus précoce, alors que c'était une pathologie privilégiée de l'adolescent, et on voit apparaître, dans cette étude-là en tout cas, une augmentation importante des formes très précoces, c'est-à-dire juste au sortir de la petite enfance, ce qui n'est pas du tout classique dans l'épiphysiolyse.

Gonarthrose et obésité : chez l'adulte, un facteur important dans la limitation des activités physiques, c'est le problème de l'arthrose du genou (gonarthrose). Ce travail montre que chez les sujets, l'incidence de la gonarthrose augmente avec l'obésité, on passe d'un risque ici sur l'arthrose de genou de 1,5 chez des sujets en surpoids modéré, à 3. Cela passe de 1 à 2 en termes d'augmentation des risques chez les sujets obèses.

Ceci a un retentissement important sur la qualité de vie de ces patients, puisqu'effectivement, en termes de difficulté à se mouvoir, déjà en surpoids il y a un facteur d'une augmentation de 70 % par rapport à des sujets qui ne sont pas en surpoids, donc c'est trois fois plus important chez l'obèse que chez le sujet qui est normo-pondéral. C'est une étude assez récente. De nombreux travaux vont dans ce sens-là.

Une étude épidémiologique sortie dans *l'American Journal of Epidemiology* en 1988 montre que chaque fois que l'on gagne un point d'IMC au-delà de 27 d'IMC, donc déjà surpoids modéré, on a un risque de 15 % de développer une arthrose. Ces sujets sont non seulement en surpoids mais ils dégradent plus vite leurs articulations, ce qui aggrave aussi le pronostic de mobilité et bien sûr la qualité de vie à terme. Là nous sommes chez l'adulte.



Je ne parlerai pas des aspects cardiorespiratoires, c'est différent chez l'homme et chez l'enfant. Chantal a parlé tout à l'heure de l'augmentation de l'incidence de l'asthme, il y a plus d'asthme à l'effort et au repos chez les sujets obèses pour des raisons d'inflammation des voies aériennes supérieures. Ce sont des choses connues.

Sur le plan cardiorespiratoire, en deux mots : c'est le problème d'augmentation du risque cardiovasculaire, ce n'est pas quelque chose que l'on évalue, en tout cas en termes de risques d'infarctus, etc., chez un enfant ou chez un adolescent, encore que probablement des choses vont venir bientôt dans les années qui viennent, mais c'est toute la problématique de l'adulte, chez les obésités sévères, dès 30/35 ans chez l'homme, il faut effectivement évaluer ce risque avant de démarrer une activité physique.

Sur les aspects psychologiques et cognitifs, j'ai résumé un peu sur cette diapositive ce qui me semble être les principaux facteurs incitatifs et freinateurs. Ce n'est probablement pas exhaustif. On va commencer par les freins, et c'est souvent ce que l'on a dans les entretiens quand on a des patients jeunes ou moins jeunes qui viennent nous voir pour évaluer, pour des conseils en activité physique.

On est dans une société où on n'a jamais le temps, on est toujours pressés, où tout va plus vite, chaque minute presse, y compris pour nous. Souvent les gens en surpoids ont le sentiment de ne pas être sportifs effectivement. Comme ils ne sont pas habitués depuis tout petit à faire de l'activité physique, une « mauvaise habitude » s'est créée et, de ce fait, le sport représente pour eux quelque chose qu'ils ont du mal à s'approprier.

Au passage, le sentiment de ne pas être sportif renvoie à une espèce de confusion entre sport et activité physique. C'est important de le souligner. Bouger, c'est de l'activité physique, le sport n'est qu'une partie de l'activité physique, une partie organisée, que ce soit à titre compétitif ou de loisir, mais il y aura des règles, etc. Dans les entretiens, on insiste pour dire que ce n'est pas tout à fait la même chose, et que ce qu'on leur demande, ce n'est pas forcément de faire du sport mais de faire une activité qui leur fait plaisir.

Le problème de l'insécurité, là on parle des problèmes d'urbanisation, des quartiers défavorisés, à la fois sur le plan de la criminalité et à la fois aussi sur le plan de la circulation. Quelqu'un a parlé tout à l'heure des poussettes au bord des nationales. Donc c'est à la fois vrai dans les zones urbaines mais aussi dans les zones rurales, voire rurales, où effectivement, alors que l'on est à la campagne, on a du mal à faire de l'activité physique car la voirie n'est pas adaptée à cela.

Le problème de la fatigue : le sport fatigue, oui. Là on peut quand même en discuter, les personnes obèses ont du mal à bien percevoir ce qu'est le niveau de fatigue, comment gérer l'activité physique. C'est un rôle, on peut aussi s'en servir comme levier, le rôle des éducateurs sportifs et des éducateurs au sens large du terme est important pour leur faire percevoir comment on est fatigué dans l'évaluation. Ce sont des choses que l'on peut pallier facilement.

Les habitudes : effectivement, il y a des gens qui disent : « Je suis en week-end, je me repose, je ne vais pas aller marcher ou faire du vélo ». Grenoble est une ville qui est favorisée, l'offre d'activité physique de loisirs est importante. Sur Lyon aussi. Strasbourg, il faut peut-être faire un peu plus de kilomètres pour aller loin, mais on peut faire quand même.

Le problème des habitudes de sédentarité : on en a déjà largement parlé.

Et le sentiment d'être déjà trop actif : effectivement, on confond activité ou surbooking : « Je suis surbooké à 200 % ». Je ne sais pas comment on peut faire pour être surbooké à 200 %, on confond l'hyperactivité professionnelle, etc., quand on est père ou mère de



famille, et l'activité physique au sens où on peut continuer à être actif dans sa vie mais être sédentaire et donc inactif physiquement. Dans les entretiens, on apprend aux gens à faire la différence.

Inversement, on voit bien ici sur les facteurs incitatifs que ce sont les compétences psychosociales qui incitent à faire de l'activité physique. Plus on a le sentiment d'être efficace, entre autre ici à travers l'activité physique, plus les gens feront. Plus les gens sont motivés ou ont l'intention, même s'ils ne sont encore que dans l'intention, de faire une activité physique, il suffit juste de les pousser un peu pour qu'ils aillent faire de l'activité physique. Encore que ce n'est pas facile, même d'être motivé pour faire de l'activité physique, et de la faire. Les gens ont besoin qu'on les aide, qu'on les accompagne. Certains le font spontanément, ce n'est pas la majorité. Et une fois que la chose est lancée, ce sera beaucoup plus facile.

Le goût de l'effort physique : cela s'apprend, le goût de faire de l'activité physique, c'est à peu près pareil que le goût de l'alimentation. Si on apprend très tôt aux enfants à faire de l'activité physique, des études le montrent, à l'âge adulte ils en feront plus facilement. Le niveau de forme perçu : quand on est surbooké à 200 %, on est vraiment épuisé, on est à la limite du burn-out, « Il faut encore que j'aille marcher, faire les courses, c'est trop loin, je vais prendre la voiture, etc. » Donc effectivement, cette hyperactivité incite plus à ne rien faire qu'à agir d'un point de vue physique.

Le soutien de l'entourage : c'est important, c'est le rôle des éducateurs, à la fois dans la famille, pour la petite enfance, les parents sont quand même énormément prescripteurs et c'est là où il faut agir. Les enseignants ont un rôle, on en parlera tout à l'heure pour les plus grands. Et pour les adolescents : ils sont moins influençables, il faut travailler sûrement différemment.

Les bienfaits attendus : c'est comme manger cinq portions de fruits et légumes par jour, tout le monde le sait, mais ce n'est pas pour cela qu'on le fait, et je pense que la plupart de citoyens sont conscients qu'être plus actif entraîne des bienfaits pour la santé.

Les bienfaits ressentis : encore faut-il en faire pour les ressentir, mais effectivement, quand on commence à sentir que l'on est mieux, que l'on commence à mieux contrôler son poids, que ce que l'on ne pouvait pas faire voici trois semaines, on peut le faire facilement, ne serait-ce que dans les activités de la vie quotidienne. Pour des personnes obèses qui ont du mal à se bouger, les re-entraîner, les remettre à l'effort, quand on mesure les indices de qualité de vie, ce sont vraiment des effets très rapides, au bout de trois semaines. Après c'est bien, même s'ils n'ont pas perdu de poids, de s'apercevoir qu'ils ont perdu une taille de pantalon sans maigrir, c'est quand même intéressant. Donc il y a des effets qui sont vraiment rapides au bout de quelques semaines, et si on insiste là-dessus, ce sont des facteurs importants pour la pérennisation des activités physiques. Les personnes obèses ont souvent une estime d'eux-mêmes très plus faible que les sujets normo-pondéraux. Après, c'est au cas par cas bien évidemment. Le rôle des éducateurs sera de renforcer ces compétences psychosociales. C'est tout l'enjeu de l'éducation et de la relation éducative. C'est un thème qui nous est cher au sein de notre groupe, nous pourrions peut-être en parler tout à l'heure.

Les aspects environnementaux : une espèce de cercle excentrique qui part de l'individu, modélisé différemment. Tout un tas de facteurs dans le cercle proche influent sur l'activité physique. On a regardé un peu les déterminants individuels.

On passe sur les déterminants de l'environnement immédiat, c'est-à-dire l'environnement communautaire, l'offre culturelle, l'offre d'activité physique si on met les associations sportives dans les associations culturelles, pourquoi pas ? Personnellement, cela ne me choque pas. Les problèmes d'équité de niveau socio-économique. On a vu que plus les publics étaient défavorisés d'un point de vue socio-économique, moins ils



avaient de possibilité d'accès à l'activité physique et plus ils avaient de risques d'être en surpoids.

Et bien sûr, nous avons parlé des problèmes d'urbanisation. J'y reviendrai un peu après, en donnant quelques idées que j'ai reprises dans une brochure du Ministère des sports. En charge des sports, comme si le sport était une charge.

Limitations liées à l'environnement socioculturel : un exemple de la ville de Liverpool où il y avait une espèce de terrain vague, avec des déchets partout. Effectivement, cela n'incite pas à faire de l'activité physique, autre que rendre le lieu propre. La municipalité a fait ce qu'il fallait faire. Je ne sais pas si c'est la même image, mais cela doit être le même parc. On voit ici des adolescents qui jouent sur une pelouse. Là on est vraiment dans de l'activité physique, un jeu organisé qui ressemble à du sport, mais on n'est pas je pense dans un milieu institutionnel particulier.

Sur l'équité : je vous laisse lire. Je pense que développer l'accès aux lieux qui permettent de faire de l'activité physique et de s'y rendre me paraît important, et effectivement les politiques d'urbanisme, mais pas seulement dans les villes, doivent s'améliorer, c'est certain.

L'accès aux lieux : on a parlé de la ville, juste une petite parenthèse sur le problème de la ruralité. Deux exemples de patients qui me viennent à l'esprit : des adolescents qui étaient en obésité de degré 2, donc assez importante quand même. L'un habitait à Besse en Oisans, un village perché au-dessus de Bourg d'Oisans, où, si vous voulez faire du vélo ou de la marche à pied, soit cela monte, soit cela descend. C'est un petit village charmant. Cet adolescent en surpoids était gêné pour se déplacer, intolérant à l'effort, il n'avait pas d'accès possible même à la marche, marcher en montée c'est difficile, et pour faire du vélo, il était obligé de descendre dans la plaine, ce n'était pas pratique, etc. On est dans un cas extrême bien évidemment. Mais ce n'est pas facile de trouver des solutions pour faire bouger ces enfants. Sachant que même s'il habite en montagne, le goût pour la marche en montagne était pour lui quelque chose qui n'était pas vraiment évident.

Deuxième exemple, un adolescent qui habite Pontcharra, au bout de la Vallée du Grésivaudan, entre Grenoble et Chambéry. Cet adolescent était motivé pour faire de l'activité physique, il avait une intolérance modérée à l'effort. Mais ce qu'il aimait faire, c'était nager. Le problème est qu'à Pontcharra, il n'y a pas de piscine, en tout cas pas en permanence ouverte toute l'année, et il fallait qu'il aille à 20 kilomètres pour aller à la piscine.

Il y a parfois des patients qui sont motivés pour faire de l'activité physique, on peut en discuter à la marge, mais qui ne peuvent pas en faire parce qu'ils sont isolés. Et l'isolement dans certaines situations géographiques, y compris à la campagne, l'accès à des équipements sportifs n'est pas toujours facilité.

Voici un opuscule réalisé par l'OMS Europe et repris par le Ministère en charge des sports : *Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville*. Ce qui est intéressant, c'est le projet de modification de l'urbanisation, en tout cas des accès aux loisirs de la ville de Milan. C'est une modélisation où on voit que l'on part d'un centre-ville, et il va y avoir en projet des voies de circulation sécurisées, des modes de transport à pied ou en vélo, donc dits doux, pour aller sur une périphérie plus large où il y aura accès sur toute la périphérie de la ville à des parcs d'activité physique et de loisirs.

Là on ne parle même pas d'équipements sportifs mais d'améliorer les possibilités d'accès. On estime qu'à pied, il faut une distance qui ne soit pas plus importante que 3 kilomètres, cela me paraît beaucoup, pour se rendre à pied sur des installations de loisirs pour des activités physiques, et en vélo c'est 8 kilomètres. C'est une estimation moyenne, que je trouve un peu optimiste dans notre mode d'habitude sociétale, je pense



qu'il faudrait réduire encore un peu. Mais ce n'est qu'un point de vue, vous me direz ce que vous en pensez.

Cela paraît assez séduisant, ce n'est qu'un projet. Il faudra regarder comment cela évolue, mais cela permet de repenser un peu la façon dont on voit la ville et ce qu'elle pourrait être.

Promouvoir les déplacements doux : c'est important. C'est très à la mode actuellement. Pour la ville de Rome, on voit un arrêt de pédibus. Cela s'est pas mal développé en France de manière générale. Dans la ville où j'habite, il doit y avoir deux lignes de pédibus pour une ville de 10 000 habitants, avec une trentaine d'enfants chaque jour qui empruntent cette ligne. Avec quatre groupes scolaires élémentaires, plus un collège, on doit être à peu près à 1 000 enfants ou adolescents qui sont susceptibles de se déplacer. C'est une estimation, je vous donne à peu près l'ordre d'idée. La municipalité promeut bien sûr ce mode de déplacement.

Ceci dit, c'est vrai qu'à chaque fois que je vais accompagner mes enfants à l'école le matin, les enfants qui sont pris en charge par le périscolaire arrivent toujours en autocar, alors qu'il doit y avoir au maximum 500 à 600 mètres de trajet à faire à pied par enfant, soit à peu près 10 minutes de marche à pied aller, soit 20 minutes aller-retour. C'est une ville qui fait beaucoup d'efforts pour les espaces verts, les espaces de voies cyclables, etc. Donc il ne suffit pas qu'il y ait, pour qu'on fasse quand même. Et la municipalité incite à faire cela, elle fait des choses, et c'est une commune riche.

Une étude reprise dans l'opuscule que je vous citais précédemment : on s'aperçoit que si on développe les transports en commun ou les déplacements doux dans les villes, on va diminuer par deux le coût de déplacement en termes de pourcentage de ce que cela représente des revenus des ménages. Donc il y a vraiment aussi un intérêt économique pour tous les foyers à se déplacer, quand on peut bien évidemment, en utilisant soit les transports en commun, soit ses propres moyens.

Effets du mode de déplacement sur la dépense énergétique quotidienne : pour se déplacer à son travail, dans cette étude, on peut utiliser trois modes, la voiture, les transports en commun et le vélo. Une activité en vélo pour se rendre sur le lieu de travail de 60 minutes, cela me paraît beaucoup.

Quand on regarde la dépense énergétique au bout : celui qui se rend en vélo à son travail aller-retour va dépenser un peu moins de 500 kilocalories dans ce calcul. Celui qui utilise les transports en commun, certes il prend le bus mais souvent on attend debout à l'arrêt de bus. Le fait de maintenir une posture augmente aussi la dépense énergétique car on fait travailler des muscles, on consomme de l'énergie, même si on ne marche pas. Et souvent il faut marcher un peu pour aller de l'arrêt de bus à son lieu de travail. Donc on diminue d'à peu près 25 % la dépense énergétique.

Et celui qui va prendre sa voiture pour aller au travail, certes va marcher un peu, mais en général le parking n'est pas loin du bureau, donc on marche un peu mais ce n'est pas beaucoup, et on va dépenser à peu près 200 kilocalories pour aller sur son lieu de travail, et on reste assis, comme je suis en train de le faire.

Si on fait le calcul annuel : j'ai pris 220 jours ouvrables, cela fait 62 000 calories de différence de dépense énergétique sur une année entre la partie déplacement intensif et le déplacement classique que l'on a dans nos sociétés.

J'ai pris un kilo de masse maigre comme 8 000 calories, on ne va pas se battre sur les chiffres, ce n'est pas le plus important, mais cela fait environ 6 à 7 kilos de masse ou 23 jours de ration alimentaire pour quelqu'un qui a une ration alimentaire de 2 700 calories, ce qui est à peu près normal pour un homme adulte.



Mme SIMON. - Un homme adulte actif.

M. GUINOT. - J'ai même surestimé un peu, j'ai été optimiste. Cela fait presque 30 jours de ration alimentaire d'un sujet inactif adulte. Ce sont des calculs théoriques mais c'est tout de même important. Cette différence de 62 000 kilocalories, il faut bien la caser quelque part. Et ne serait-ce qu'en favorisant seulement la prise des transports en commun, on va quand même augmenter la dépense énergétique de 50 %, la différence est importante au quotidien. Ce n'est pas une fois mais c'est quand on le fait tout le temps. Ce que je dis souvent aux patients : « Même si vous ne le faites que trois fois par semaine parce que parfois vous devez prendre votre voiture en raison de rendez-vous professionnels, etc., mais faites-le autant que vous pouvez le faire, c'est déjà bien ».

Ne serait-ce que ces exemples de calcul, je les trouve très pertinents et assez démonstratifs. Pour moi, cela me paraît évident, j'espère que cela vous parle autant. Je suis médecin, j'habite à 20 kilomètres de mon lieu de travail, je suis obligé de prendre la voiture car je suis pressé, c'est le mode de vie. Il me faudrait une heure et quart si je prenais les transports en commun, et c'est compliqué, j'habite à 4 kilomètres de la gare. Le train, cela va à peu près vite, mais il n'y en a pas souvent. On ne sait jamais quand ils passent, ils ne sont jamais à l'heure. Et quand j'arrive à la gare, il faut encore au moins 20 minutes à pied. Donc mis bout à bout, cela doit faire une heure et quart de transport alors que je mets 20 minutes en voiture. Donc c'est un choix.

J'ai fait l'expérience sur un jour de prendre un podomètre, j'ai regardé le nombre de pas que je faisais dans la journée en partant de chez moi et en revenant le soir : j'avais fait 2 000 pas, et je pense que je suis l'un de ceux qui bougent le plus dans le service. Les recommandations en termes d'activité physique, c'est plutôt autour de 10 000 pas. Donc l'activité lambda, on a des métiers hyper-sédentaires. Et encore une fois, je bouge pas mal. J'évite de rester trop longtemps assis. Heureusement, on a la possibilité de maîtriser notre temps de travail et de faire de l'activité physique dans les moments où on peut le faire, soit le week-end, soit effectivement durant la période du repas. Beaucoup de gens font cela sur les lieux de travail. Des entreprises incitent à cela, laissent leurs salariés aller faire une demi-heure, trois quarts d'heure, voire une heure sur la pause de repas. Là effectivement, si vous mettez une heure de footing, ce ne sera plus la même chose.

La signalisation : j'en ai déjà parlé.

Quelle évaluation médicale des risques d'aggravation par l'activité physique ? J'ai laissé cette diapositive que j'utilise pour l'enseignement aux étudiants en médecine du sport ou en capacité de médecine du sport. Cardiovasculaires : faut-il faire tout cela avant de dire à un sujet d'aller faire de l'activité physique ? Je vous répondrai : bien sûr que non. Là on est dans une démarche médicale, mais il faudra qu'à un moment donné on apprécie, c'est le rôle du médecin, notamment du médecin traitant. Ce sont des problèmes qui ne sont pas importants chez l'enfant mais qui vont le devenir chez l'adulte et très tôt dans l'âge, d'autant plus qu'on est un homme.

Les problèmes ostéoarticulaires : il faut prendre le temps de les évaluer, surtout chez les enfants qui sont en surpoids important, et bien sûr chez les adultes.

Complications liées au diabète : on passe.

Interactions avec les médicaments : c'est autre chose.

Intérêt de l'évaluation à l'effort en laboratoire : quand faut-il faire un test d'effort ? Ce sont souvent des questions que l'on pose. J'ai envie de dire : qu'est-ce que l'on cherche ? C'est intéressant chez les enfants en obésité sévère. La politique que nous avons avec le RÉPPOP de Grenoble, c'est d'évaluer à l'effort les gens que l'on va mettre dans un programme d'activité physique plutôt médicalisé, en tout cas sous surveillance médicale. Souvent ce sont des enfants qui ont des IMC déjà à 35, 40, donc assez sévères.



Effectivement, cela permet d'évaluer le niveau de tolérance à l'effort, s'il y a des problèmes d'asthme, etc. Traiter un asthme d'effort, c'est simple et cela permet d'améliorer la tolérance à l'effort chez ces enfants et de leur permettre d'avoir accès plus facilement à l'activité physique. Il y a d'autres intérêts sur ces épreuves d'effort, cela permet d'avoir une meilleure individualisation.

Mais chez l'adulte, avec des facteurs de risques cardiovasculaires importants, il faut faire une épreuve d'effort initiale, car il faut évaluer ce risque. On a quand même des risques importants si ce n'est pas bien évalué, d'autant plus que l'on a un doute d'aggraver la situation. Vous avez vu que le risque d'infarctus du myocarde est important chez les sujets qui ont une obésité sévère, d'autant plus que ce sont des hommes et d'autant plus qu'ils vont avoir les autres facteurs de risques. Des sociétés savantes les ont recommandées, telles la Société Française de Cardiologie, donc il faut le faire. Après, chez les gens qui ont un surpoids modéré, qui sont jeunes, qui ont peu de facteurs de risques cardiovasculaires, ce n'est pas pertinent de le faire.

Le message que j'ai envie de faire passer, c'est de dire : chez les obésités sévères, il faut les évaluer. Chez ceux en surpoids modéré, c'est-à-dire la majorité des pratiquants potentiels, il faut bien sûr un entretien avec un médecin pour voir s'il n'y a pas de gros problèmes mais ce n'est pas la peine d'aller aussi loin dans l'évaluation.

Par contre, pour les intervenants, les éducateurs sportifs, les entraîneurs, etc., qui vont prendre en charge des enfants en obésité importante, il faudra qu'ils puissent aussi avoir ces informations-là pour adapter au mieux l'activité physique. C'est tout de même important de savoir si on peut faire de la marche rapide, de la course longue, si on peut faire des sports avec impact ou pas. Il faut l'évaluer.

Il faut qu'il y ait une meilleure communication entre la partie d'évaluation sanitaire, en tant que médecins et professionnels de santé, c'est vrai que l'on est concernés, et les éducateurs qui vont faire faire l'activité physique de manière à ce que les renseignements soient optimisés et que cela fasse sens autour du pratiquant, que ce soit un enfant ou un adulte.

Nécessité d'une évaluation initiale et répétée dans le temps : il faut avoir un projet d'implémentation et d'amélioration de la condition physique sans parler de performance, en tout cas pour ce qui concerne la majorité des publics. Ceux qui veulent faire de la compétition, on pourra en rediscuter. Mais qu'effectivement on ait un projet au moins dans les premiers temps qui soit régulièrement évalué pour se fixer des objectifs et voir si on peut les tenir. Et c'est bien de regarder pourquoi cela ne marche pas, à quelle difficulté on est exposé dans ce projet, discuter. C'est toujours pareil : un aller-retour entre les éducateurs, les médecins, les infirmières scolaires et les enseignants bien évidemment quand c'est l'activité physique en milieu scolaire. C'est un vœu, j'espère que ce n'est pas qu'un vœu pieux, mais c'est ce vers quoi il faut tendre à mon avis.

Objectifs de l'activité physique chez l'obèse : qu'est-ce qu'on cherche à améliorer à travers l'activité physique ? Pour moi, en tant que physiologiste, qui ai une vision intégrative de la personne, c'est d'améliorer leur qualité de vie. C'est-à-dire : que dans leur vie, ils se sentent mieux, qu'ils améliorent effectivement les facteurs de risques cardiovasculaires, etc. Mais ce ne sont pas des choses que l'on verra à court terme.

À court terme : à mon avis les choses dont il faut qu'ils aperçoivent rapidement les effets, c'est qu'ils se sentent mieux dans leur vie. Qu'ils peuvent faire des efforts plus facilement, c'est-à-dire qu'à intensité égale, quand on améliore ses capacités fonctionnelles, l'intensité relative est moindre, donc la pénibilité à l'effort est moindre.



Les problèmes de la modification de la composition corporelle : je vous ai parlé du tour de taille tout à l'heure, perdre une ou deux tailles de pantalon ou de robe, ce n'est pas inintéressant, et cela renforce la capacité à agir et l'estime de soi de ces sujets.

À moyen terme : c'est maintenir l'activité physique. Améliorer les risques cardiovasculaires. Probablement que l'activité physique joue sur la régulation du comportement alimentaire. Une étude faite à Clermont-Ferrand par Pascale Duché, chez les enfants obèses, montre que quand on leur fait faire un effort intense le matin à jeun, cela retarde les prises alimentaires du soir et c'est efficace jusqu'au lendemain matin. Il faut réfléchir par rapport à cela mais ce sont des données qui nous paraissent intéressantes. Le problème de la réduction de poids, ce n'est pas forcément un objectif, déjà stabiliser le poids c'est bien.

Et le problème de régulation du comportement alimentaire : on sait qu'à peu près 50 % des personnes obèses ont des troubles du comportement alimentaire plus ou moins sévères. Il faut aussi agir là-dessus. Cette composante psychologique participe à la détérioration de l'image de soi. Donc réduire ces comportements alimentaires, influencer les personnes sur leur capacité à agir sur le comportement, c'est aussi important, l'activité physique seule ne suffit pas. Courbe doses/réponses d'activité physique présentée un peu différemment. Effectivement, je confirme tout à fait ce que vous a présenté Chantal tout à l'heure. C'est-à-dire que dans ce modèle ici, les courbes doses/réponses avec des effets bénéfiques sur la santé, on a un modèle asymptotique ici, c'est-à-dire qu'en faisant un peu, on a déjà des bons effets, et en faisant plus, cela n'apporte pas grand-chose.

Ce modèle dose réponse correspond à celui de la réduction des risques cardiovasculaires. Faire un peu, diminue effectivement ces risques. Il y a des études qui corroborent tout à fait cela. Inversement, pour perdre du poids, il faut faire beaucoup par l'activité physique seule. Pour perdre un kilo de masse grasse, il faut quand même faire beaucoup d'activité physique. Donc il ne faut pas attendre de modification du poids, en tout cas en faire un objectif essentiel dans un premier temps. Une fois que l'activité physique est pérennisée, on peut effectivement envisager cela, mais ce n'est peut-être pas un objectif premier. Quand on regarde les risques cardiovasculaires, et le cœur est tout de même l'un des nerfs de la guerre, je pense qu'il est important de développer cet argument pour inciter les gens à bouger plus.

L'objectif est-il de faire maigrir par l'activité physique ? Un sujet qui va être en croissance, qui va garder le même poids, avec le gain de taille, ce n'est pas forcément utile de le faire maigrir, il va devenir quasiment normo-pondéral tout en gardant le même poids. Si en plus il a modifié sa composition corporelle avec un petit peu plus de masse maigre et un peu moins de masse grasse, il a gagné beaucoup.

Si on veut faire beaucoup pour perdre du poids, il faut à peu près perdre 8 000 à 9 000 kilocalories si on prend le coût énergétique de l'oxydation des acides gras. Cela équivaut à peu près à une heure de jogging à intensité importante par jour pendant 9 jours. Donc il faudrait faire 9 heures de footing en une semaine pour perdre un kilo de poids en une semaine. A part les athlètes très entraînés, je ne vois pas comment on peut faire.

Mais l'augmentation marginale de l'activité physique comme vous l'a montré Chantal, peut permettre juste d'avoir ce surplus de dépense énergétique qui permet de contrôler le poids.

Les recommandations : je ne vais pas les détailler. Les Anglais s'y sont intéressés depuis plusieurs années. En gros, ils disent de bouger. Après, c'est adapté à chaque situation. Ils ont même parlé du chômeur adulte. Je la laisse à disposition, on va accélérer, ce n'est pas très important. En gros, il faut bouger, marcher et utiliser ses jambes et ses bras dès



qu'on peut le faire. Si on fait du sport, si on arrive à faire du footing, de la natation, du vélo, c'est mieux, mais un peu c'est déjà bien.

Quelques principes chez l'enfant : il faut que les activités soient réalistes et ludiques, c'est le plus important, et qu'effectivement ce soit adapté et progressif dans la difficulté. Je pense qu'il y aura des expériences qui en reparleront cet après-midi.

Recommandations générales : plutôt privilégier le volume pour augmenter la durée des séances. Même si effectivement on en a discuté tout à l'heure, l'intensité peut être intéressante. Au départ je pense qu'il faut entraîner les gens à de nouveau être endurant et à poursuivre des efforts longs. Après, une fois que l'on a acquis cela, on peut discuter de modifier l'intensité de l'activité physique, aller vers du travail intermittent plus intense qui a probablement des intérêts aussi, notamment sur d'autres contrôles de facteurs de risques cardiovasculaires.

En conclusion : il faut inciter à pratiquer des activités physiques chez la personne obèse. C'est vraiment important, à la fois pour améliorer la santé individuelle, et bien sûr, cela a un impact dans notre société en termes ne serait-ce que de dépenses de santé.

Il n'est pas sûr que l'espérance de vie, compte tenu de l'importance de l'augmentation de l'obésité, continue à augmenter chez l'homme. Même si on regarde les statistiques, je crois qu'aux États-Unis l'espérance de vie à la naissance chez la femme a commencé à décroître.

L'activité physique n'est qu'un des éléments qui permet de s'opposer aux conséquences de l'obésité, il ne faut pas l'oublier. C'est bien de s'occuper d'activité physique, et il faut le faire, mais il y a tous les autres facteurs. C'est pour cela qu'il faut à mon sens que l'activité physique s'insère dans un projet plus large de prise en charge nutritionnelle et comportementale sur le comportement alimentaire. Bien sûr, il faut faire en sorte que cela puisse s'inscrire dans la durée. L'activité physique ne marche que tant qu'on fait, dès que l'on arrête, toutes les adaptations disparaissent assez rapidement. Donc les bénéfices sont vraiment très limités dans le temps. Donc il faut faire durant toute la vie. Et c'est hyper-important chez les personnes âgées, qui n'ont pas forcément ces problèmes de surpoids, encore que l'on a vu que plus de 60 % vont être obèses dans les années qui viennent. Mais il n'y a pas que ce problème-là.

L'adaptation des aménagements urbains, mais on a vu aussi le problème de l'accès à l'activité physique dans les milieux ruraux. Sur la carte de France, on voyait bien que tout le Centre de la France était à peu près l'équivalent en termes d'incidences d'obésité que ce qu'il y avait en Alsace. Ce sont aussi des publics qui ne font pas d'activité physique, alors qu'ils ont l'environnement pour le faire. Cela pose aussi des questions, il faut aussi inciter dans ces milieux-là, même si on est une population plutôt urbaine, on doit être à peu près à 80 % de la population à vivre en zone urbaine. Je vais m'arrêter là-dessus, et je vous remercie de votre attention.

Mme OTTAVY. - Y a-t-il des questions ou des remarques ?
Je vous demanderai de bien vouloir vous présenter.

Mme LEFEBVRE. - (Enseignante d'EPS et docteur en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives).- Récemment j'ai soutenu une thèse qui a porté sur une étude sociologique de l'ensemble des RÉPPOP de France, et donc évidemment sur la question de l'obésité de l'enfant.

Je voulais revenir sur plusieurs choses, notamment sur la définition de l'obésité, et dans son lien social, le problème du regard accusateur des autres, qui crée une souffrance sociale, qui est vécue différemment, que l'on soit en degré 1 ou en degré 2. Et donc le



problème du lien social et de cette exclusion se pose dans l'activité physique et dans le vécu que ces jeunes ont eu avant peut-être d'intégrer un réseau, un vécu d'exclusion.

Et sur ce point, je voudrais revenir sur l'intervention de Mme Simon sur la nécessité ou non de groupes spécifiques, dans les RéPPOP, et on reviendra là-dessus cet après-midi avec l'intervention de M. Quinart. Je pense que la nécessité de ces groupes peut se poser justement pour ces adolescents ou ces jeunes qui sont en souffrance. Peu importe leur degré d'obésité, à un moment donné, le fait d'être entre soi peut être une solution « incontournable », parce qu'encadrée vis-à-vis d'un travail sur le corps. Et là, on a bien vu l'importance du ressenti, le travail sur ses sensations, le plaisir, aller sur un plaisir de l'action. Cela pose aussi la question de la formation d'éducateur sportif derrière pour amener les jeunes à cela.

Et aussi le travail du rapport aux autres, c'est-à-dire que finalement, sur les jeunes que j'ai pu interroger, car j'ai suivi aussi des pratiques faites dans ces réseaux : « Avant, les moqueries, vraiment cela me faisait quelque chose, maintenant je peux leur dire : Tu ne t'es pas vu, toi ? » Donc c'est le lien social et être capable d'arriver à dire cela, quelque part le travail se fait aussi là-dessus.

Je dirais qu'au-delà des obésités degré 1, degré 2, obésités morbides et super morbides, il y a aussi des obésités sociales différenciées du vécu de chacun. Quelqu'un peut être en surpoids, voire en degré 1, degré 2 et très bien le vivre, vivre son suivi. Il y a aussi une culture familiale, une culture du rapport au corps, une culture du rapport au plaisir dans l'activité physique qui se fait en EPS, qui se fait dans le milieu familial. Et donc tout le travail que j'ai pu observer dans ces réseaux me fait dire qu'il y a aussi des obésités, au-delà du degré 1, degré 2, des obésités sociales différenciées. Voilà, je relance le débat, j'attends peut-être des retours par rapport à cela.

Mme OTTAVY. - Effectivement, ce que vous dites est réel dans le domaine du ressenti et des représentations que peuvent avoir aussi l'entourage et notamment les autres jeunes. Et ce qui ressortait, l'un des points saillants de l'enquête que l'on a faite, que ce soit au niveau de l'Éducation nationale ou au niveau des clubs, c'était l'intégration des jeunes dans des groupes, puisque globalement, cette enquête n'est pas exhaustive mais permet de voir que sur le public, en tout cas obèse et en surpoids, il n'y a pas de groupe spécifique sur les clubs et à l'Éducation nationale. Après bien sûr, dans les RéPPOP, c'est un autre sujet.

Ce qui avait été vraiment souligné par les gens qui répondaient au questionnaire, c'est le fait que les sujets soient intégrés dans un groupe permettait l'acceptation de la différence, à la fois par le groupe et par le sujet lui-même.

Mais effectivement, il y a certains contextes, on en reparlera avec M. Quinart cet après-midi, où le fait que ces sujets-là, peut-être dans un premier temps, peuvent retrouver le plaisir de l'activité physique et aussi la conscience qu'ils sont capables de le faire, car ce sont des choses qui ressortent, on entend souvent : « De toute façon, je ne suis pas capable ». Rien que le fait de se rendre compte qu'ils sont capables de le faire, de le faire avec des gens qui sont dans les mêmes difficultés qu'eux ou les mêmes aspects physiques ou les mêmes problématiques fonctionnelles, cela peut permettre après d'aller, et c'est tout l'enjeu en fait, vers une pratique dans des groupes intégrés. Je pense que l'on a tous intérêt à terme de cette pratique intégrée, parce que cela changera aussi le regard des sujets non obèses, des non en surpoids, et notamment sur les capacités de ces publics.

Mme SIMON. - C'est un point extrêmement important, et c'est aussi tout l'intérêt d'une discussion telle qu'on peut l'avoir aujourd'hui et dans d'autres réunions. À la fois je pense qu'il faut vraiment faire attention à ne pas stigmatiser. Il faut absolument que tous ceux qui vont avoir affaire à ces adolescents, que ce soit dans les milieux associatifs ou à l'école, aient à l'esprit que potentiellement ils ont les limites qu'a évoquées Michel, mais



sans obligatoirement leur dire, parce qu'ils ont acquis la compétence nécessaire quand même pour les intégrer, ne pas leur dire : « Tu ne peux pas venir avec nous, il faut que tu ailles dans un groupe spécial », parce que ce serait aussi un rejet sous une certaine forme. Mais que d'autre part, on ait la possibilité, pour ceux qui se sentent un peu en décalage, qu'ils aient les moyens ou les structures qui leur permettent de leur remettre le pied à l'étrier, leur redonner cette capacité. À mon avis, la grande discussion sera de savoir comment arriver à refaire le lien entre les deux, parce qu'il me semble que les laisser tout le temps dans le RéPPOP pour aller faire l'activité physique, ce n'est pas une solution en soi. À 20 ans, il faut avoir réussi à un moment donné à les remettre ailleurs. Je pense que là il y aura vraiment des réflexions pour que justement ce soit non pas le plus court possible, parce que ce sera adapté à chaque enfant et adolescent, mais que ce soit fait avec cet objectif-là pour qu'à un moment donné il puisse revenir dans les structures. Donc il faut absolument qu'il y ait la formation d'un côté, mais de l'autre côté que l'on arrive à faire cela.

Je crois que dans les RéPPOP, il y a aussi tous les aspects *Duo ki bouj'*, etc. qui montrent bien que l'on essaye de faire ce lien-là, et c'est pour cela que c'est important de discuter car ce n'est pas si facile que cela en fait.

Mme ETHEVENAUX. - (Médecin coordinatrice du réseau RéPPOP 69).- Ce qui a été dit est important. Je pense que les réseaux RéPPOP organisent pour des enfants qui sont en situation de surpoids et d'obésité, des activités spécifiques pour eux, et c'est très bien, car ils sont en groupe et cela leur permet de reprendre pied. Mais c'est vrai que dans les écoles, ce serait absolument effrayant de différencier des groupes d'enfants en surpoids et des groupes d'enfants « normaux ». Je pense qu'il faut absolument éviter ce genre de situation.

Je pense que dans toute activité physique proposée à l'école, il y a toujours des choses qu'un enfant, asthmatique ou en surpoids ou avec une difficulté particulière, peut intégrer exactement comme les autres, avec une intensité un petit peu inférieure. Il faut vraiment insister sur ce point, il ne faut pas stigmatiser les enfants.

Mme OTTAVY. - Vous avez tout à fait raison, et c'était ce qui ressortait de l'enquête. Mais c'était aussi, pour les professeurs de l'EPS, car on parle des établissements scolaires, l'une des difficultés. Au sein d'un groupe, parfois ils ont un enfant en surpoids obèse, un enfant asthmatique, un handicapé, et ils ont une séance à organiser. Ce qui compte, c'est l'adaptation de la séance.

Et l'autre élément qui ressortait de l'enquête, c'était qu'effectivement, quoi qu'il en soit, l'adaptation de l'activité, ce n'est pas la création d'un groupe spécifique la plupart du temps, c'est vraiment l'adaptation de la séance aux individus et la progressivité aussi des séances.

Mme ETHEVENAUX. - C'est pour cela que j'aimerais bien que l'on puisse travailler ensemble là-dessus. Il faut arriver à former les enseignants d'EPS à effectivement prendre en charge tous les enfants qui ont une difficulté particulière et à les intégrer dans le cours d'activité normal.

M. VIGNERON. - (Inspecteur Régional Pédagogique en EPS pour l'Académie de Lyon).- Deux éléments de complément par rapport à cette discussion. Sur la première partie, sur le fait que l'éducation physique et le sport à l'école s'adressent à tous les élèves, je vous le confirme, c'est un enseignement obligatoire qui ne discrimine pas du tout. On doit absolument accueillir tout le monde. Il n'en demeure pas moins que certains établissements et certains dispositifs passent parfois par des regroupements spécifiques dans le but de raccrocher l'élève à une pratique ou même à la scolarité carrément.



Juste un exemple que me rappelait François Renaudie : dans l'Académie de Lyon, dans le Département de la Loire, un lycée a constaté voici deux ou trois ans un assez fort phénomène d'absentéisme général dans son lycée. Beaucoup d'élèves étaient absents de l'EPS en s'en dispensant ou en s'en faisant dispenser, c'est-à-dire en utilisant le certificat médical en disant : « J'ai un bobo de cet ordre-là ». L'établissement a décidé pendant une première période de regrouper ces élèves-là sous un même dispositif pour commencer à leur faire faire une éducation physique adaptée entre eux. Cela a eu pour conséquence une diminution du taux d'absentéisme dans tout l'établissement au-delà de ces élèves-là, simplement parce que dans l'habitude de fonctionnement de l'établissement, on savait qu'il y avait ce dispositif-là qui existait, qui pouvait servir d'interface. Et l'année suivante, les mêmes élèves qui avaient été regroupés ont d'emblée voulu revenir dans leur cours habituel, avec la classe habituelle.

À la fois, nous ne stigmatisons jamais personne, il y a cet enseignement, mais certaines situations ou certaines caractéristiques particulières peuvent parfois nécessiter des dispositifs spécifiques temporaires. Et ce qu'il faut surtout éviter, c'est que le temporaire devienne définitif, sinon on est bien dans la stigmatisation.

Mme SIMON. - Le seul risque reste quand même aussi que ce soit uniquement un critère physique, qui se voit pour tout le monde. Un diabétique, cela ne se voit pas. Un gros, cela se voit. De ce fait, cela pourrait avoir des répercussions. À partir du moment où c'est plus une notion d'absentéisme, on est beaucoup plus global que cela.

M. GOUX. - (SANOFI Aventis — Duo ki bouj'— Société française de Sport Santé).- Par rapport aux deux interventions qui ont eu lieu tout à l'heure, de Mme Simon et M. Guinot, il me semble quelque part que vous faites ressortir la notion qu'il y a des inégalités territoriales. Vous allez jusqu'à dire que même s'il y a une offre d'activité physique importante, il y a des endroits où les résultats sont moins bons, bien qu'il y ait une offre supplémentaire.

Est-ce que cela veut dire qu'en termes d'actions aujourd'hui on s'aperçoit que quand on propose une promotion de l'activité physique, en fait on est très dépendant des intervenants ou des collectivités publiques qui acceptent ou pas, et qu'en fait il y a des endroits où tout est accepté et d'autres où c'est beaucoup plus difficile ?

Cela veut-il dire qu'il faudrait qu'en termes d'actions, ce que je vais dire n'est peut-être pas politiquement correct, il faudrait être plus volontariste et mettre plus d'actions sur certains territoires et peut-être moins d'actions sur d'autres territoires parce qu'il y aurait des inégalités territoriales au départ ?

M. GUINOT. - Nous avons déjà travaillé, nous avons mis en place un projet qui n'avait pas été retenu sur les quartiers défavorisés de Grenoble avec l'AGECSA, quelques années en arrière. Cela paraît dans toutes les publications, que ce soit à caractère médical ou à caractère sociologique. Effectivement, au sein du territoire, dans une ville par exemple, on sait très bien que les publics des quartiers « en zone sensible » font moins d'activité physique, non seulement parce qu'ils ont d'autres problématiques que celles de faire de l'activité physique et une problématique de santé, qu'auront moins par contre les enfants de catégories socioprofessionnelles plus favorisées.

M. GOUX. - En allant plus loin que les inégalités sociales, les inégalités territoriales simplement.

M. GUINOT. - Il y a ce déterminant-là. Après, on parlait de l'exemple des villes de Marseille et Toulouse. Il ne suffit pas de dire qu'il faut faire de l'activité physique, que l'on a construit des stades, différentes choses, il faut que les élus soient partie prenante de ces projets. Dans la ville de Crolles, une ville privilégiée, les élus ne sont pas du tout partie prenante. Il faut aussi que les élus s'approprient cela. S'ils ne se l'approprient pas, cela ne va pas fonctionner.



Les inégalités territoriales viennent de cela. Entre une ville comme Marseille et une ville comme Grenoble, on devine à peu près ce qui se passe, c'est le sud et pas le sud. Donc il y a des choses qui se passent en termes de pratiques politiques, de choses comme cela. C'est aussi culturel, mais effectivement il y a des problèmes de répartition du financement, d'utilisation du financement public, etc., cela va loin je pense dans le débat. Mais quand même, les publics qui sont les plus défavorisés sont ceux qui sont socialement socio-économiquement défavorisés, les publics handicapés, etc. Ce sont tout de même des publics précaires.

Mme OTTAVY.- Nous les regroupons sous le nom de « populations éloignées de la pratique sportive ». Et elles peuvent l'être à différents titres. Cela va concerner les publics qui sont défavorisés socialement de par leur lieu géographique de vie, de par leurs revenus, mais il y a d'autres éléments. Effectivement, la ruralité, avant composée majoritairement d'agriculteurs, donc des gens qui avaient une dépense énergétique quotidienne importante, maintenant la ruralité, ce n'est plus forcément les mêmes types d'activité et donc on peut aussi avoir un effet de ce biais-là.

En fait, il faut vraiment se rappeler ces déterminants, les cercles excentriques, et je pense que c'est l'enjeu des années à venir si réellement on veut lutter contre la sédentarité de l'ensemble de la population, on ne pourra être actif que si on agit à tous les niveaux. Effectivement, chacun de notre côté, avec nos actions, nous avons une certaine efficacité, mais cette efficacité ne pourra être synergique que si tout est fait en même temps. C'est-à-dire que si effectivement on fait la piste cyclable, on favorise le fait de tout simplement pouvoir emmener les vélos dans les trains, c'est-à-dire : je vais de mon domicile à la gare avec le vélo, je peux monter (comme c'est le cas aux Pays-Bas par exemple) avec mon vélo dans le train, et après je vais de la gare au travail. Là, les collectivités, les grandes entreprises, les chemins de fer, tout le monde est concerné. Effectivement tout l'enjeu c'est : comment peut-on tous travailler ensemble dans cette optique-là ?

Et au sein de la DRJSCS, du fait de la RGPP (la réforme générale des politiques publiques), nous sommes confrontés à cette réflexion ; avec les éléments que nous avons à Jeunesse et Sports, et les éléments que nos collègues du côté de la cohésion sociale et de la politique de la ville avaient. Et effectivement nous nous rendons compte qu'il y a des croisements très intéressants à faire.

Par exemple, dans les milieux et dans les quartiers défavorisés, nous ne notons pas forcément le manque d'équipements sportifs. Il y a souvent des équipements sportifs, mais quasiment que de sports collectifs. Ainsi une étude en Ile-de-France le montre : les équipements présents concernent le football, le basket, mais ils n'ont pas accès à tous les types de pratiques (par exemple tennis, golf...), c'est certain. De plus les équipements existants ne sont pas forcément utilisés. C'est tout le rôle de l'accompagnement. Et ce que nous cherchons à discuter aujourd'hui, c'est : comment amener les gens à faire, certes, mais à continuer à faire et à intégrer cela dans leur vie ?

M. BASSON.- Je suis chargé de la synthèse de fin de journée. À ce sujet, ce sont des choses passionnantes qui vont être très difficiles à intégrer en 30 minutes. Je viens de l'Université Paul Sabatier de Toulouse III, je suis docteur en science politique, et je développe des recherches depuis quelques années sur la santé publique, notamment sur le PNNS en région précisément.

Je voudrais revenir sur trois points rapidement qui ont été évoqués à l'instant, suite à la dernière intervention, pour dire à quel point on aurait intérêt à se tourner vers les apports de la sociologie, y compris la plus traditionnelle, et de la science politique actuelle, pour saisir quelques petites choses.



Le premier point, vous avez insisté sur la nécessité naturellement d'intégrer les gens qui présenteraient un problème d'obésité ou de surpoids dans des groupes. On sait depuis très longtemps, notamment depuis les travaux de Durkheim sur le suicide par exemple, que l'intégration sociale dans des groupes de tailles diverses présente un effet bénéfique en termes sociaux et naturellement psychologiques également. Donc c'est tout à fait évident que du point de vue individuel, l'intégration sociale produit des effets bénéfiques. Le deuxième point, sur la stigmatisation et le risque de stigmatisation que l'on connaît bien, là aussi des travaux peuvent montrer qu'il faut faire attention à un effet particulier, que l'on qualifie de renforcement du stigmate, développé par quelqu'un comme Becker par exemple. Des jeunes qui seraient en situation sociale difficile, qui auraient un problème d'identité particulier, peuvent aussi, pourquoi pas, endosser le stigmate du gros pour se faire une identité, pour avoir un point de vue. Et regardez à quel point un certain nombre d'éléments, qui relèvent finalement de la culture américaine par exemple, sont associés dans les vêtements, dans la musique, etc., à une identité liée à l'obésité. C'est-à-dire que l'obésité devient un élément d'identité et valorisé dans certains groupes sociaux. Donc stigmatiser peut aussi produire ce type d'effet, à mon avis particulièrement néfaste.

Enfin, sur la question des inégalités sociales ou territoriales de santé, sur le premier point, on sait que la santé est socialement construite, et on le sait de mieux en mieux aujourd'hui. Au-delà effectivement des relevés médicaux, il est évident que selon l'insertion sociale particulière des individus, et là il faudrait prendre de nombreuses variables, on sait que la santé aura une dimension particulière dans tous les cas, dans les représentations mais également dans les pratiques au quotidien.

Et sur les inégalités territoriales de santé, vous voyez l'ensemble des travaux qui relèvent aujourd'hui de la sociologie, de l'action publique territoriale. Il est évident que nous sommes aujourd'hui dans un contexte, on le sait, à l'échelle nationale, de recentralisation du pouvoir à l'échelle régionale. On le sait tous, et les institutions représentées d'ailleurs ici le montrent bien. Donc il est évident que des inégalités territoriales à l'échelle régionale vont effectivement apparaître du point de vue finalement de l'ensemble du pays, mais également infrarégionale, c'est-à-dire que suivant là où vous habitez, là où vous consommez, là où vous fréquentez tel type de personne ou tel autre, au-delà de la qualité des équipements proposés, il y aura différents types de fractures sanitaires qui vont apparaître et que l'on connaît déjà assez bien d'ailleurs.

Mme OTTAVY. - Merci.

Mme CHARRETON. - (Chargée de projet nutrition pour la mairie de Bourgoin-Jallieu et diététicienne).- Je voudrais réagir et poser une question par rapport au fait des équipements sportifs qui ne sont pas utilisés et la question que vous posez : comment amener les gens à faire avec, à faire à ?

Est-ce que finalement, avant d'essayer de mobiliser les politiques – comme partie prenante dans ces projets, ne devrait-on pas mobiliser la population, et au lieu d'essayer de les amener à faire à, peut-être réfléchir avec eux à des équipements qui sont adaptés à leur demande, à leurs besoins pressentis, plutôt que d'essayer d'imposer ou de réfléchir pour eux à des aménagements qui ne sont pas utilisés en fin de compte ?

Mme OTTAVY. - On est tout à fait d'accord, je pense que pour la promotion de l'activité physique, on est tout à fait dans le contexte de la promotion de la santé dans le cadre de la charte d'Ottawa, où effectivement l'implication des populations est essentielle.

L'objet de la journée est de faire réfléchir les acteurs, donc effectivement les acteurs sont présents dans la salle. Peut-être qu'effectivement une des conclusions sera celle de l'importance de la participation des populations à la réflexion. Ce qui ne pourra que conforter l'inscription de nos démarches dans le cadre de la promotion de la santé au



sens large et encore plus dans la promotion des activités physiques, car je suis d'accord avec vous : pourquoi ces équipements sportifs qui existent ne sont-ils pas utilisés ? Et comment faire pour que les gens, soit s'approprient ces équipements, soit puissent être en mesure de demander ou de favoriser la mise en place d'équipements ou d'activités qui leur conviennent le mieux ?

Même si les scolarisés n'avaient pas été, je pense, interpellés sur le choix des activités, il y avait plusieurs types d'activités adaptées en fait aux catégories d'âge qui avaient été proposés justement pour permettre une meilleure appropriation. On est tout à fait dans ce questionnement-là, je suis tout à fait d'accord. On est tous d'accord.

Mme SIMON. - C'est un élément important. On peut toujours dire que c'est parce qu'on n'a pas les équipements, la piscine, ceci ou cela, mais très clairement dans ICAPS, on n'a fait construire aucun équipement sportif, on a utilisé ce qu'il y avait dans l'école, autour de l'école. On est allés voir les politiques pour essayer d'aller dans les gymnases qui existaient et on a réinvesti les préaux qui étaient abandonnés, et on a fait aussi de l'activité physique dans des conditions qui sont considérées comme tout à fait déplorables, mais cela a fonctionné. C'est qu'à un moment donné aussi, on fait que les gens se réapproprient tout simplement les équipements qui existent sous une autre forme. Après, on peut redemander autre chose, mais je pense qu'il y a aussi cela.

Et ce que j'ai appelé d'un mot tout à fait bilingue le « nudging », c'est mettre le pied à l'étrier des gens pour qu'à un moment donné ils découvrent qu'ils sont capables de faire, qu'ils y découvrent du plaisir, qu'ils ont trouvé un copain pour y aller, et à un moment donné la sauce prend comme cela. Et on peut faire beaucoup de choses, y compris dans des équipements.

C'est tout l'enjeu, ce n'est pas seulement faire de l'offre. L'offre, vraiment il y en a beaucoup, mais c'est à un moment donné comment faire pour qu'avec cette offre-là on touche d'autres individus dans d'autres contextes, et la question est aussi importante.

M. GUINOT. - Une chose que j'ai mal ou pas abordée, c'était le rôle des fédérations et des ligues. À travers le questionnaire, c'est juste un commentaire personnel, on voit qu'il y a un taux de réponse relativement faible. Je ne sais plus quel est le taux de retour ?

Mme OTTAVY. - Un peu plus de 7 000 questionnaires ont été envoyés, et un nombre absolu de réponses autour de 492.

M. GUINOT. - Après il y a plusieurs façons de dire les choses, ce n'est pas la seule, cela fait 7 %. On sent quand même que les publics en difficulté, pour diverses raisons, je le lis comme cela, ne sont pas la préoccupation essentielle de ces clubs. Ce n'est pas la seule explication mais c'en est une, et il faut aussi essayer de voir comment on peut effectivement un peu plus rendre responsable de ce problème, parce que je pense qu'il y a beaucoup de choses à faire avec les clubs. Il y a des exemples avec les fédérations, comme Coach Athlé Santé, etc.

Les fédérations sportives, en général, c'est une réflexion personnelle, n'ont pas encore mis assez le pied à l'étrier vis-à-vis des publics plus général, on est encore trop dans un sport compétitif, c'est bien, il ne faut pas changer cela, mais il faut aussi arriver à switcher vers cela, c'est-à-dire à inciter les institutions, des fédérations commencent à le faire, pour qu'effectivement les publics viennent chez eux et que l'on ne se contente pas uniquement d'un public qui fait de la compétition, et de toute façon celui-là n'est pas à risques parce que cela bouge, d'un point de vue santé publique bien évidemment. Il y a d'autres formes de risques, mais ce n'est pas l'objet d'aujourd'hui.

Mme SIMON. - Cela me fait simplement penser que dans ICAPS, on a travaillé avec un grand nombre d'associations. On est allés les chercher, et on n'a pas demandé à ce qu'ils



les prennent dans les groupes de compétition qui existaient, simplement on leur a demandé de venir dans et autour de l'école pour faire connaître leur discipline, avec une approche peut-être un peu différente. Et un certain nombre d'enfants et d'adolescents ensuite sont allés dans ces disciplines-là. Et ceux qui ne sont pas allés dans ces disciplines-là ont trouvé de l'activité physique sous une forme différente. Donc, quand on va voir les gens, je pense que l'on a un bout de possibilité d'adapter l'existant à des publics qui sont différents.

M. GUINOT.- En plus, pour les « gros », il y a de la place dans pas mal de sports où ils peuvent être vraiment performants et valorisés. Même la compétition peut être accessible.

Mme OTTAVY.- Pour conclure la matinée, je voulais remercier Chantal et Michel pour leur intervention de qualité.

En conclusion, on pourrait dire : pourquoi encore une journée sur cette thématique ? On n'a pas trouvé de solution ? Non, on tourne autour, mais on n'a pas trouvé de solution. Maintenant on est à un moment où effectivement tout le monde commence à bouger autour, y compris le mouvement sportif, y compris les collectivités, y compris le milieu de la santé, et ce moment, peut-être faut-il ne pas le louper et essayer de conjuguer nos efforts pour arriver à l'objectif de la lutte contre la sédentarité au sens large et de la prévention du surpoids et de l'obésité.

Merci en tout cas beaucoup Michel et Chantal. Michel va être obligé de nous quitter. Je vais donner la parole à Paul Chauvot, le temps qu'il vous présente sa proposition.

M. CHAUVOT.- (Vice-président du CROS Rhône-Alpes et chargé de la commission santé).- Nous étions coparticipants dans la journée d'aujourd'hui, mais le dynamisme de Maud Ottavy est tel, que finalement on a eu peu de choses à faire, et on voit que sans nous, l'organisation s'est passée très bien.

On avait organisé avec François Renaudie voici deux ans, une réunion sur le thème « Sport, santé et dopage », où d'ailleurs deux intervenants d'aujourd'hui, que sont Chantal Simon et Michel Guinot qui sont déjà présents, étaient déjà fortement impliqués. On a réalisé à l'époque, grâce à l'aide du Conseil régional, un enregistrement de ces conférences qui s'étaient passées à la grande salle d'assemblée du Conseil régional, malheureusement plus disponible maintenant. Et on a eu quelques problèmes techniques majeurs, on a mis presque un an à reconstituer les débats presque bout à bout, et on a fait cela sous la forme de deux DVD qui résument la totalité des débats. Ces DVD sont à votre disposition, le CROS vous les offre. Bien évidemment j'incite ceux qui en ont besoin à les prendre, et il ne faut pas les prendre par politesse puisqu'ils ont un certain coût et on a tout de même des gens qui veulent en profiter. Il y en a suffisamment pour tout le monde, donc si vous en voulez, ils sont à vous gracieusement, vous pouvez les prendre pour vous, vous pouvez les prendre aussi pour faire passer à des clubs ou à des gens intéressés par le sujet. C'est sport santé le matin et dopage l'après-midi. Merci.

Mme OTTAVY.- Merci à vous pour cette proposition.

(La séance, suspendue à 12 h 30, est reprise à 14 h 00).

Mme OTTAVY.- Rappel du principe de l'après-midi : un premier temps jusqu'à 15h30 sur le retour d'expérience pratique d'acteurs qui viennent de différents champs professionnels. Nous avons essayé d'avoir un peu tous les acteurs qui pouvaient être acteurs autour des sujets en surpoids, obèses ou grands sédentaires qui souhaiteraient se mettre à l'activité physique, et voir les solutions que les uns et les autres ont pu apporter.



Vous avez un temps d'une heure et demie pour vous tous, puis nous ferons un grand temps de table ronde après. Si nous voulons tous échanger, et vu la richesse des intervenants et de la salle, il est important d'avoir ce temps.

Le fil rouge de ces cinq interventions sera celui-ci : comment le travail partenarial peut avoir une influence et être multi-partenarial et multi-niveaux, comme cela a été évoqué tout au long de la discussion de ce matin ?

Je vous laisse la parole, en commençant par Sylvain Quinart.



RETOURS D'EXPERIENCE

Obésité pédiatrique et intégration par le sport, présentation des ateliers tremplins « *Pass'Sport Forme* », expérience de la Franche-Comté

Sylvain QUINART, Répop Franche Comté, Besançon.

Merci de m'avoir invité. Je viens de Franche-Comté, et je viens témoigner, comme on me l'a demandé, sur les ateliers Pass'Sport Forme que nous avons mis en place dans le cadre du réseau RÉPPOP, en partenariat avec de nombreuses structures.

Je suis enseignant en activité physique adaptée au sein du réseau en Franche-Comté, et parallèlement doctorant au Laboratoire de physiopathologie cardiovasculaire et prévention.

J'ai plutôt un message de témoignage de travaux que je mène notamment avec la psychologue du réseau, pour amener un peu de grain à moudre à ce qui a déjà été dit ce matin. Et je vous présenterai dans un second temps les ateliers.

Très brièvement, la spirale du déconditionnement, dans laquelle les jeunes que je vois se situent : la sédentarité induit l'augmentation de la masse grasse, la diminution de la masse musculaire, d'où une obésité. En premier lieu, apparaissent un déconditionnement à l'effort, un essoufflement, cela a été très bien traduit ce matin. Le problème est que, de fil en aiguille, avec les difficultés articulaires qui peuvent s'ajouter, le plaisir à pratiquer une activité sportive est diminué, d'où un rejet du sport par ces jeunes. Une difficulté d'intégration sociale, et on imagine bien que les dépenses énergétiques diminuent au fil du temps et que l'IMC augmente. C'est évidemment un problème, cette spirale du déconditionnement, et l'idée est que ce rejet du sport ne s'explique pas seulement par rapport à ces difficultés qui sont physiques.

Le travail que je mène avec la psychologue, c'est essayer de comprendre ce rejet du sport, et c'est là que je voulais vous amener quelques idées un peu nouvelles, comprendre ce rejet comme une manière de se protéger.

En fait, dans la mesure où l'activité physique engendre de la frustration, dans la mesure où l'enfant n'est pas toujours en réussite, ces expériences négatives, associées à des moqueries, font qu'il a du mal, il doute de ses propres capacités. Il y a une remise en question avec notamment un sentiment d'incompétence du jeune, et cette remise en question s'accroît au moment du sport d'un stress, d'une anxiété. Les jeunes que je rencontre en consultation me traduisent très bien la difficulté d'aller en EPS.

D'autant plus, ce sentiment d'incompétence : « Les autres m'ont dit que j'étais nul parce que je n'arrivais pas à marquer, parce que je ne cours pas assez vite, etc. » se surajoute quand l'adulte n'intervient pas. Et cela, la psychologue le dit très bien : quand l'adulte n'intervient pas, c'est comme s'il cautionnait pour l'enfant le message qui vient d'être dit, la moquerie en quelque sorte. Et cela fait douter l'enfant par rapport à ses propres



capacités mais aussi la crainte de ne pas correspondre au modèle de l'adulte, au modèle de la société, au regard des autres.

L'accumulation de ces moqueries engendre de la culpabilité, avec un sentiment de honte que l'on a du mal à imaginer, en tout cas l'intensité de ce sentiment de honte chez ces jeunes et de culpabilité engendrée. Ils ont l'impression de ne pas être normaux réellement quand ils nous disent : « Vraiment, à la piscine, j'ai l'impression que tout le monde me regarde ». Cela engendre des difficultés sur sa propre image corporelle, la comparaison aux autres : « J'ai l'impression de ne pas être capable ». L'image du corps progressivement est dévalorisée.

Ce jeune qui ne veut pas monter ce mur d'escalade, au final non pas parce qu'il a le vertige mais parce que réellement au fond de lui il a peur que la corde casse et que tout le monde se moque de lui : il imagine que le matériel va céder sous son poids. Et ces craintes-là sont ancrées chez l'enfant. Il faut pour le coup les comprendre si à un moment donné on veut les remettre en activité physique. L'image du corps qui est progressivement déformée est d'autant plus forte quand elle est vécue sur le modèle compétitif.

Pour prendre un autre exemple : on jouait au handball, une jeune fille dont l'équipe est en train de perdre, que des jeunes en surpoids (je ne m'occupe que de jeunes en surpoids), sort du jeu parce que son équipe est en train de perdre. Elle me dit : « J'ai mal à la cheville ». A-t-elle réellement mal à la cheville ? Je ne sais pas, en tout cas j'interprète cela comme un message qui veut dire : « Cela ne va pas ». Je l'assois sur le bord, je la laisse respirer, le match continue, je la laisse respirer, son équipe reprend le dessus, gagne, et cette jeune fille d'elle-même repart sur le terrain sans même me demander.

Là aussi on peut le traduire, en tout cas sur le plan psychologique, comme une jeune fille qui a du mal à endosser la responsabilité, elle a peur de l'éventuel échec de son équipe qui la remettrait, elle, en question. Son équipe dirait que c'est de sa faute. Et cela, c'est très difficile.

Pour le coup, les jeunes progressivement sont dans un modèle d'évitement : pour ne pas être pris en défaut, on préfère ne pas faire. « Je n'ai pas emmené mon maillot de bain parce que je sais que j'ai piscine, donc du coup, je suis tranquille, je ne vais pas aller à la piscine ».

Et la continuité, c'est la perte de la confiance en soi, et réellement des jeunes qui s'isolent par rapport à l'activité sportive. Et pour le coup, le groupe les exclura au moment où ils voudront revenir parce que justement à un moment donné ils ont eu du mal à avancer par rapport à leurs propres difficultés. Donc ce rejet du sport, il faut le comprendre également et surtout sur le plan psychosociologique, plus que physique.

Les recommandations de l'HAS sont en train d'être retravaillées par rapport à l'obésité pédiatrique, et simplement, pour vous donner une vision des choses, le groupe de travail a abouti à une gradation en termes de prescription d'activité physique vis-à-vis du problème de surpoids chez l'enfant. Un surpoids simple, avec peu de points d'appel cliniques, c'est ce qui concerne la majorité des jeunes en surpoids aujourd'hui. À l'opposé, des obésités majeures. Ce que définissait Chantal Simon ce matin. Il y en a très peu, avec des déconditionnements à l'effort, cela concerne peut-être 5 % des jeunes que je rencontre à l'hôpital. Et à l'intermédiaire, des obésités modérées, avec quelques points d'appel cliniques.

Pour certains, à l'hôpital on va faire ou pas une prise en charge complémentaire, des explorations, des examens complémentaires afin d'affiner cette prescription d'activité physique. Et globalement, ce que l'on souhaite, ce qui est préconisé, ce qui sera



recommandé, c'est réellement une prise en charge classique, c'est-à-dire : la lutte contre la sédentarité, réintégrer une association sportive, pratiquer de l'activité physique au quotidien, être actif au quotidien.

À l'opposé, on a cette obésité massive qui aujourd'hui est globalement prise en charge. Cela peut être dans les cabinets de kinésithérapie pour faire du re-entraînement à l'effort ou dans les centres, anciennement les MECS, les soins de suite ou de réadaptation, où on accueille en court ou long séjour des jeunes qui sont très obèses, que l'on va essayer de réimpliquer dans le champ de l'activité physique.

À l'intermédiaire, les recommandations vont en ce sens : chercher à prendre en compte la contrainte, notamment avec un outil : le certificat d'aptitude partielle, qui permettrait à un moment donné de réintégrer ce jeune au sein d'un groupe normal, avec tout un travail également, tant sur le plan médical à travers l'éducation thérapeutique qui est mise en place de plus en plus dans les réseaux de santé, mais également un rôle à jouer pour les associations, pour le monde sportif autour d'ateliers d'activité physique qui pourraient être adaptés à ce type de public. On pourra en rediscuter.

Dans ce contexte, il faut bien comprendre que l'enjeu de santé publique est bien de passer d'une prise en charge médicalisée à une prise en charge classique. Ce qu'il faut aussi, c'est qu'il y ait une prise de conscience du monde sportif. Qu'il y ait une adéquation entre l'offre et les besoins de ces jeunes. Aujourd'hui, les jeunes, les adolescents que je rencontre, ont été sportifs à l'enfance, et petit à petit ils se sont mis sur le côté. Et ils ont été mis de côté également. Donc il faut réellement qu'il y ait du lien entre ces structures de prise en charge vers les associations.

J'en viens à l'atelier tremplin Pass'Sport Forme. Pourquoi a-t-on créé ce dispositif ? C'était vraiment pour répondre aux médecins qui étaient en difficulté face à un jeune, pour l'impliquer à nouveau sur le plan de l'activité physique. Réellement, cela ne concerne pas tous les jeunes obèses dans le cadre du réseau RéPPOP, cela concerne les jeunes qui sont en obésité relativement massive et qui sont en difficulté, qui sont sédentaires, qui ne pratiquent pas en association et qui sont en difficulté par rapport au sport.

L'objectif est bien de santé initialement : le remettre à l'activité, le sortir de la sédentarité. On va travailler avec le jeune autour d'un projet sportif, c'est un atelier tremplin. L'idée est progressivement d'aller l'accompagner vers une association sportive de son choix, en fonction de ses goûts, en fonction des moyens de ses parents, en fonction de ce qu'il a autour de chez lui. Progressivement l'accompagnement sera personnalisé, à la fois par des séances bihebdomadaires pour les jeunes, en groupe, mais l'éducateur a tout un travail pour accompagner ce jeune vers une association sportive à la sortie du dispositif. Pour certains, cela dure trois mois. Pour d'autres, six mois, douze mois ou plus. On prend le temps qu'il faut, mais l'idée c'est réellement de réintégrer ce jeune dans une activité au quotidien et dans une activité plus sportive.

Évidemment, il y a un lien avec les associations sportives qui sont aux alentours, un lien avec les familles bien évidemment, et également, dans les résultats, on le verra, un lien avec une prise en charge plus globale autour de la prise en charge du surpoids.

Ces ateliers, très simplement, l'idée c'est de reprendre confiance en soi, de sortir de l'isolement, lui permettre de découvrir de nouvelles activités. C'est aussi assumer son corps, ne plus en avoir honte, être en situation de réussite en sport. C'est important parce que pour aller dans le cheminement inverse, c'est bien qu'il prenne confiance en lui, il faut qu'il soit en réussite ce jeune. Apprendre à gérer les efforts, accepter la défaite, et se préserver des blessures. L'idée est bien un accompagnement pas à pas vers les terrains de sport.



Les partenaires : aujourd'hui ce sont les professionnels de santé qui orientent, également la santé scolaire, et plus localement, les maisons de quartier, les MJC, les réseaux locaux peuvent à un moment donné, pour un jeune qui est en difficulté, l'orienter vers ce dispositif Pass'Sport Forme. Le réseau RéPOPP est évidemment la continuité avec les associations sportives. C'est financé par les Conseils généraux, par la Mutualité Française de Franche-Comté. Les communautés de communes et les communes nous aident financièrement également dans le prêt de salles.

Et puis de l'autre côté, sur le plan du fonctionnement, la DRJSCS, le réseau Sport Santé que l'on a en région Franche-Comté, qui a l'ambition justement de travailler sur ces thématiques-là. Et puis les fédérations qui actuellement sont plutôt les fédérations affinitaires Sport Santé, Sport Loisir, EPMM, EPGV, néanmoins on ouvre de plus en plus à d'autres fédérations, à partir du moment où elles sont intéressées.

Quelques résultats : cela fait maintenant trois ans, trois ans de recul. On avait commencé avec une petite cohorte dans un quartier défavorisé de Besançon, 14 jeunes avaient participé au dispositif, et à la fin de l'année on avait globalement 80 % de taux d'intégration en associations sportives. Donc réellement, à partir de jeunes qui sont complètement sédentaires, hermétiques en quelque sorte au sport, on a réussi à en intégrer pratiquement 80 % dans des associations. Sur le plan quantitatif, c'était très intéressant. Sur le plan qualitatif, on allait beaucoup plus loin.

Enfin les parents nous traduisaient réellement que le jeune a été accepté dans un groupe, que l'on ne se moquait pas de lui, qu'il y arrivait, qu'il était mis en confiance, qu'il avait envie de revenir à ce dispositif. Et une réelle reconnaissance des difficultés, et pour le coup, pas de stigmatisation. Donc ce groupe un petit peu fermé, ce cadre fermé, permettait à un moment donné de remettre en activité des jeunes qui ne voulaient plus du tout en entendre parler.

En 2009, on a augmenté un petit peu le volume, on s'est intéressés également au Z-score d'IMC, on l'a évalué sur le plan médical. Nous avons globalement toujours un peu plus de 70 % d'intégration en associations à la fin du dispositif, en septembre de l'année 2009. Et parallèlement nous avons en termes de Z-score, presque trois quarts de réussite. Donc la prise en charge en activité physique s'accompagnait également de bénéfices déjà visibles sur le plan de la santé.

La prise en charge plus globale : on a ouvert initialement pour les jeunes qui étaient pris en charge dans le réseau, mais on a ouvert un peu plus large, c'est-à-dire qu'on n'a pas fermé la porte à des jeunes qui auraient voulu venir à ce dispositif. Et on s'est rendu compte que des jeunes en surpoids, qui n'étaient pas pris en charge, ont commencé par l'activité physique, et progressivement, avec les liens qu'il peut y avoir avec le réseau et les professionnels de santé alentour, ces jeunes sont revenus vers une consultation, en tout cas que les familles sont revenues vers une consultation auprès de leur médecin pour le problème du poids, auprès de la diététicienne du réseau, etc. Donc la porte d'entrée activité physique est aussi une porte d'entrée pour des publics quelquefois que l'on a du mal à cibler dans les plans de santé publique, et notamment les publics défavorisés. Avec évidemment une satisfaction du secteur médical sur ce dispositif.

La dernière évaluation en date : 46 jeunes l'année dernière ont participé. On était cette fois sur quatre lieux, on a augmenté d'année en année. Les Conseils généraux nous ont financés, notamment celui du Doubs. On a toujours un taux d'intégration, il est un peu moindre cette année, je me suis interrogé, 50 % d'associations sportives. Néanmoins, ajoutés à ces 50 %, 42 % des jeunes disent avoir une activité régulière ; on avait pris comme critère au moins une heure d'activité deux fois par semaine de type piscine, vélo, marche, donc une heure sans s'arrêter par semaine fois deux. Et pour 10 %, on a toujours une question sur l'impact en termes de taux d'intégration. Sur le plan de la santé, en tout cas si on prend le marqueur du Z-score d'IMC, on a globalement 30 %



d'amélioration et 50 % de stabilisation, soit globalement 80 % de réussite sur le plan médical au niveau du Z-score d'IMC. On a néanmoins toujours 15 % d'aggravation. C'est relativement faible par rapport aux autres types de prise en charge.

Quelques remarques pour conclure, qui me sont venues à l'esprit quand j'ai analysé cela : 46 % des jeunes souhaitent revenir. Donc l'idée qu'ils sont tellement bien dans le dispositif, c'est un peu le risque quand on fait des ateliers passerelles, c'est qu'ils n'ont pas envie d'en sortir. Et cela dénote aussi que le projet sportif a une grosse importance, car si le lien n'est pas fait avec l'association sportive, on se retrouve avec les jeunes à la rentrée suivante qui reviennent frapper à notre porte.

Un tiers des jeunes ne sont pas orientés par le réseau. Cela veut dire qu'ils viennent d'ailleurs, par le bouche à oreille. Qu'ils viennent d'eux-mêmes pour l'activité physique, mais ne sont pas du tout dans l'esprit de faire une prise en charge pour leur poids globalement pour à un moment donné reparler d'alimentation, etc. Et on remarque que presque 50 %, presque la moitié, vont revenir en cours d'année vers une prise en charge plus médicalisée, en tout cas plus globale.

Le taux de remplissage est quelque chose qui m'ennuie beaucoup, car ces dispositifs existent, ils fonctionnent relativement bien, mais on aurait pu accueillir l'an dernier 75 jeunes, d'où le travail, mais on pourra en discuter, est-ce que ces jeunes viennent parce qu'ils ont passé le cap de se dire « J'ai un problème de poids, et je viens au dispositif pour cela » ou est-ce parce qu'on manque de communication ? Quelle est la difficulté ?

Quoi qu'il en soit, on sent qu'on a du mal à impliquer les familles également, notamment quand on voit le taux d'absentéisme aux séances. On a quelques pistes de réflexion, notamment un exemple où parallèlement à la séance d'activité physique, sur un site notamment, une fois tous les quinze jours une diététicienne vient discuter avec les parents qui le souhaitent. Et pour le coup, on voit que ce groupe-là est beaucoup plus rempli que les autres, le parent vient pour chercher des réponses à ses questions, et finalement emmène son enfant dans le dispositif.

J'en termine. Je vous invite à aller voir le site Internet du site RéPPPOP Franche-Comté. Notamment l'onglet activité physique où vous y verrez un clip vidéo qui présente ce dispositif Pass'Sport Forme.

Et vous dire que petit à petit on couvre la région : quatre ateliers l'an dernier, on est maintenant en 2011 à dix ateliers sur la région Franche-Comté, et à force de convaincre, j'arrive à développer ce type d'ateliers à différents endroits de la région.

Voilà. Je vous remercie de votre attention.



Savoir gérer sa vie physique : l'apport de l'Éducation Physique et Sportive (EPS) au collège et au lycée

Alain Vigneron, Inspecteur pédagogique régional en Éducation Physique et Sportive pour l'Académie de Lyon

Je vais centrer mon intervention sur l'un des objectifs de la discipline d'éducation physique et sportive au collège et au lycée.

Je vais prendre une précaution oratoire auprès des professeurs d'EPS qui sont la salle, qui vont forcément trouver que mes propos sont réducteurs et que je ne montre pas tout le bien de leur discipline, mais je vais vraiment faire une focale particulière, en lien avec le thème de la journée. J'ai pris la précaution car je sais qu'ils sont impitoyables vis-à-vis de cela.

J'aurais pu aborder la problématique en vous parlant d'opérations spécifiques mises en place par les établissements scolaires, liées à la gestion de la sédentarité, du surpoids ou de l'obésité. Il en existe une foule très nombreuse, très diversifiée, vous en avez eu quelques exemples dans la brochure RE-ACTIVITE, il en existe d'autres, et chacune est intéressante à analyser de ce point de vue-là. J'ai préféré cependant vous parler de la discipline, de son évolution et de l'évolution de ses contenus.

Lors de la journée de 2008, j'en avais parlé de manière structurelle : comment elle se configurait, quelle était sa place dans le système scolaire. Mais comme on l'a dit ce matin, l'incantatoire ne suffit pas, il ne suffit pas de dire aux élèves de pratiquer, de faire du sport pour qu'ils en fassent. Et je vais même plus loin, il ne suffit pas non plus de les tremper dans une pratique pour que cela ait des effets.

Il y a pratique et pratique, on doit adapter les contenus que l'on propose, ce que l'on enseigne aux élèves, ce que l'on apprend aux élèves dans le cadre scolaire, pour que l'on puisse escompter des effets après à l'âge adulte. Et c'est là-dessus que je vais centrer mon intervention, en partant déjà de ce qu'est cette discipline et en en éclaircissant une partie.

Un petit rappel : c'est une discipline d'enseignement. Les mots ont leur sens, autrement dit on y enseigne quelque chose, on y apporte des contenus, on développe des compétences identifiées chez les élèves. Ce n'est pas simplement une mise en pratique des élèves, on ne fait pas forcément faire du sport pour faire du sport, on a une idée d'enseignement derrière cela.

Elle est obligatoire pour tous les élèves. C'est une spécificité française, on l'a dit ce matin. L'EPS touche toute la classe d'âge d'élèves quasiment sans exception depuis quelques années. À quelques rares exceptions près, tous les élèves français ont leur horaire d'EPS. Donc c'est une opportunité qui est offerte par l'institution d'entrer dans la pratique physique et sportive pour toute la société.

Cela fournit donc une opportunité de pratique physique et sportive régulière, avec des horaires stabilisés. En classe de 6^{ème} : 4 heures par semaine. De la 5^{ème} à la 3^{ème} : 3 heures par semaine. Et au lycée : 2 heures par semaine. Tous les élèves passent par cet horaire-là obligatoirement.

Depuis la loi de 2005 sur l'éducation, il existe ce qui s'appelle, vous en avez peut-être entendu parler dans les médias ou parce que vous êtes parent d'élèves, le socle commun



de compétences, qui est défini par l'Institution comme étant attendu chez tous les élèves au sortir de la scolarité obligatoire.

La discipline EPS contribue à l'appréciation et l'évaluation des compétences des élèves dans le cadre de ce socle. Il y a des dimensions motrices, des dimensions physiques et sportives qui sont validées à l'intérieur de ce socle commun. Autrement dit, la nation s'est fixé pour ambition d'avoir un certain nombre de compétences que tous les élèves doivent maîtriser au sortir du système, y compris dans le domaine physique et sportif, même si elles ont une part qui n'est pas énorme dans ce socle mais qui existe néanmoins.

Et bien évidemment, les acquisitions sont évaluées dans le cadre des examens scolaires. Ce qui fait que finalement cela pourrait fournir un tableau de bord assez intéressant de l'état physique d'une nation si on regardait d'un peu près les résultats en EPS à la fin du système scolaire pour tous les élèves.

Ceci étant dit, une matière d'enseignement signifie programme. Il y a des programmes d'éducation physique et sportive, ils datent des années 2000 on va dire, ce n'est pas très ancien. Auparavant on avait des grandes idées, des grandes instructions assez larges, générales, et finalement chaque professeur d'EPS, chaque établissement faisait l'EPS qu'il souhaitait pour le bien-être de ses élèves. Cela s'est unifié autour de programmes qui sont définis. Et ces programmes ont été récemment réajustés, notamment pour le lycée, avec une prise en compte spécifique d'activités que je vais vous exposer maintenant. Ils ont été rénovés.

La finalité globale dans le cursus du second degré, c'est au bout du compte de contribuer à la formation d'un citoyen cultivé, lucide et autonome, physiquement et socialement éduqué. Cela part dans des dimensions assez multiples et pas nécessairement qu'une dimension physique et sportive, puisqu'on a une dimension sociale et une dimension liée à l'autonomie des individus.

Trois objectifs à cette discipline :

- Le premier, c'est de développer et de mobiliser ses ressources pour pouvoir enrichir sa motricité. En gros c'est être plus habile dans les activités physiques et sportives.
- Le deuxième, c'est de connaître le patrimoine culturel que constituent les activités physiques de la société contemporaine.
- Et le troisième, c'est de savoir gérer sa vie physique et sociale.

À travers cela, on va essayer de développer chez l'élève des compétences qui vont l'aider à gérer sa propre activité. C'est ce dernier point que je vais approfondir maintenant, en détaillant un peu les compétences qui sont visées chez les élèves.

Au collège : ce sont des acquisitions qui sont dites propédeutiques, c'est-à-dire qui servent pour la suite des choses ou pour l'activité future de l'élève, qui sont abordées quelles que soient les activités auxquelles sont confrontés les élèves.

Au lycée : on va travailler sur une compétence beaucoup plus spécifique d'orienter son activité physique en vue du développement et de l'entretien de soi.

Je reviens sur le collège, juste pour vous détailler le bagage que l'on va essayer de donner au niveau de ce cursus du collège et qui sera repris après au lycée. On a des objectifs du genre : se connaître, se préparer par la régulation et la gestion de ses ressources, être capable de maîtriser son engagement en sachant s'échauffer, récupérer d'un effort, prendre en compte ses propres potentialités dans son engagement physique, apprécier les effets de l'activité sur soi-même, sur le corps humain, et s'approprier des principes de santé et d'hygiène de vie.



Vous voyez qu'à travers cela, on n'est plus dans une simple pratique sportive, mais qu'à travers et grâce à l'activité physique et sportive, grâce aux sports que l'on va faire pratiquer, on vise des acquisitions qui portent sur la connaissance de soi et sur le développement de ses propres potentialités. Cette compétence est donc abordée et développée dans toutes les activités au niveau du collège.

Par contre, au niveau du lycée, les programmes ont fait le choix de cibler certaines activités, plus précisément dévolues à cet objectif : réaliser et orienter son activité en vue du développement de soi. Il s'agira donc de trouver des activités adaptées à cette fin. Par exemple, ce seront les activités dites de musculation, de course longue, le step, la relaxation, la natation longue, etc., des activités qui vont être choisies spécifiquement et traitées spécifiquement pour travailler sur cet objectif.

Chaque élève de lycée suivra obligatoirement deux cycles de ce type d'activités dans son cursus lycéen. Ce qui veut dire environ 40 heures de confrontation à ce type d'activités parmi son volume d'EPS. 40 heures sur la scolarité. Ce qui fait une unité, une espèce de module de formation, où on va le centrer spécifiquement sur cette compétence et sur cet objectif-là.

Il y a cinq compétences au lycée, donc cela représente 1/5^{ème} à peu près de l'EPS en général. Les autres compétences étant tournées vers d'autres champs, même si la séparation entre les compétences est toujours un peu artificielle, on fait un peu toujours de tout en faisant du sport, mais on se centre plus spécifiquement sur d'autres compétences parfois comme les activités artistiques et gymniques par exemple, les activités de pleine nature qui développent aussi d'autres choses, mais on va donc prendre certaines activités spécifiquement au lycée pour travailler sur cet objectif-là.

Ce choix de cibler des activités choisies et adaptées pour développer cette compétence est bien justifié par le fait qu'au lycée nous avons des élèves qui sont dans une plus ou moins grande proximité avec la pratique autonome d'une activité physique future, et assez proche. Puisque soit ils vont poursuivre dans l'enseignement supérieur, et la nature des activités physiques est différente du collège, on n'est plus sur l'obligation mais souvent sur le choix, on peut faire du sport, comme on peut ne pas en faire la plupart du temps. Ou alors on est dans la vie active, et on est encore plus sur le choix, on peut choisir soit d'aller dans les structures sportives pour être dans des associations, soit pratiquer le sport de manière autonome et individuelle, et une récente enquête sur la pratique du sport par les Français montre que cela concerne quand même plus de 60 % des personnes en France qui pratiquent de manière autonome, en disant : « Je fais du sport, mais je cours moi-même le dimanche matin ».

Donc l'objectif de l'école, c'est aussi d'apprendre à pouvoir se comporter de manière lucide dans ce type d'activités quand on sortira du système scolaire. Donc former ces élèves pour une pratique autonome future proche.

Dans ces activités, l'intentionnalité qui est visée chez le pratiquant est celle d'un sportif non compétitif, où le but va plus être de créer des effets sur soi que de rechercher des résultats par rapport à une norme extérieure ou par rapport à l'activité elle-même. C'est bien sur soi-même que l'on va chercher les effets dans ce type d'activités. C'est pour cela qu'elles sont dites dans notre jargon « autoréférences ». Autrement dit : la référence de progrès, la référence d'acquisition, c'est soi-même.

Et ces activités-là sont orientées par différents mobiles. Autrement dit : on peut faire ces activités dans différentes optiques. On va par, exemple, proposer aux élèves de faire de la musculation, soit pour se développer, augmenter son volume musculaire, soit pour accompagner un projet sportif, parce qu'il y a les sportifs et les non sportifs. Le sportif peut dire : « La musculation, je vais plutôt l'investir pour être un peu meilleur dans mon activité ». Soit il peut avoir pour mobile de s'entretenir, de reprendre une activité, de se remettre en forme, de prévenir les accidents, ou bien de développer son esthétique, car



c'est aussi quelque chose qui peut à l'avenir être une préoccupation, un mobile d'agir. Et tous ces mobiles dans le cadre scolaire ont la même valeur, il n'y a pas un mobile qui soit privilégié ou qui soit meilleur que d'autres. Toutes ces intentions de faire ont la même valeur.

Cela débouche donc sur des activités qui nécessitent une individualisation des apprentissages. C'est à travers le choix des élèves que l'on va leur cibler l'intensité, la qualité, le volume de travail, la méthode de travail, de telle manière que ce soit adapté par rapport à leur propre projet. On va leur faire découvrir et connaître les différents mobiles, les différentes formes de travail, et ensuite l'élève devra être capable de choisir en fonction de ses propres ressources aujourd'hui, c'est-à-dire pendant qu'il fait le cycle, mais aussi peut-être être capable de choisir plus tard, et intervenir sur les propriétés de son activité corporelle même. C'est cela le but de l'enseignement, et pas nécessairement forcément des contenus préexistants d'une activité. Cette individualisation va donc consister à personnaliser les éléments du travail physique, les exercices, en fonction des propres ressources et du mobile choisi.

Dans ce cadre-là, l'analyse de son activité, l'analyse des effets de l'activité sur soi est centrale. Et c'est un élément fort de la caractéristique de ces activités. Donc on va construire avec les élèves, un référentiel du ressenti. On va aborder par exemple : la notion de plaisir de pratique, les effets, comment je me sens quand je pratique ? Comment cela évolue dans le temps ? Quels repères je prends sur moi pour apprécier le volume de mon effort, la difficulté de l'effort ? On donne des repères aux élèves petit à petit pour se construire une échelle intérieure qui va leur permettre de dépasser ce que l'on a pu évoquer ici ou là comme le refus de l'effort ou l'intolérance à l'effort ou la perception du plaisir qu'il peut y avoir dans l'effort. On le guide en construisant une échelle.

Et on évalue les résultats en fonction du projet choisi et non pas en fonction d'une performance dans l'activité. On s'en moque totalement, en musculation, de savoir combien de kilos il a soulevé dans l'absolu en le comparant à l'élève d'à côté. Ce n'est pas le but du jeu. Le but du jeu, c'est de savoir quel mobile il s'est choisi, quel était son état de départ, et comment il a pu progresser dans les acquisitions. Et cela peut se faire avec une performance qui corresponde à son potentiel de départ, qui peut être minime ou qui peut être très fort. Mais comparer deux élèves entre eux dans ce cadre-là n'a aucun intérêt.

Ce qui est sensiblement différent d'autres sports comme l'athlétisme, comme les sports collectifs, où là, le but du jeu c'est vraiment de se comparer, c'est vraiment de s'opposer, d'essayer de trouver les stratégies pour. La performance, au sens performatif, être capable de faire plus fort, plus haut, plus rapide, change de fonction dans le cadre de ces activités.

Je conclurai en disant que cette compétence est nouvelle dans les programmes de l'Éducation Physique et Sportive, et si j'ai choisi d'intervenir c'est parce que je poursuis à travers cela mon éternel travail, en tant qu'inspecteur, d'explication de ce qu'est cette discipline dans le cadre scolaire français actuellement, en particulier de ses évolutions qui ont été très fortes dans les dix à vingt dernières années. Et aussi essayer de faire en sorte que la représentation dans le public de cette discipline d'enseignement se modifie, puisqu'il n'y a plus rien à comparer entre ce qu'est l'EPS aujourd'hui et ce qu'elle était quand la plupart des gens qui sont dans la salle l'ont subie quand ils étaient au collège, sans que ce soit péjoratif du tout, mais les concepts ont évolué, le public a évolué, les préoccupations des finalités ont évolué, donc on intègre ces dimensions.

Et cette dimension est nouvelle, elle date des années 2000, je vous l'ai dit. Elle modifie en profondeur les pratiques enseignantes. Elles ne sont pas installées encore à 100 % dans les programmes scolaires, on évolue tout doucement. Je vous ai dit qu'il y avait cinq compétences, dans l'absolu cela devrait représenter 25 % du temps, pour avoir



quelque chose d'équilibré. Cette année, dans l'Académie de Lyon, on a fait ce recensement, ce type d'activités représente 19 % de ce que font les élèves en moyenne, avec des grosses différences. C'est nettement plus que ce que c'était voici quelques années, mais on n'est encore pas à quelque chose d'équilibré qui correspondrait à ce que recherche l'Éducation nationale à promouvoir à travers ces activités. Ce ne sont pas des nouvelles activités, c'est la compétence qui est nouvelle. Les activités sont toujours les mêmes mais on les traite de manière un peu différente.

Cela fait évoluer les pratiques enseignantes. Cela fait évoluer aussi leur formation, et même les concours de recrutement puisque depuis cette année, ce type d'activités et ce type de traitement des activités font partie des épreuves sur lesquelles sont appréciées les compétences des professeurs à leur recrutement. Ce n'était pas le cas encore l'an dernier, le concours change cette année en intégrant cela. Les enseignants seront formés à ce type d'approche d'activités, qui répond, je le crois, assez spécifiquement à la fois au besoin de tous les élèves, en les préparant à gérer leur vie physique, mais aussi, et sans doute, du moins nous l'espérons, de nature à anticiper sur les éventuelles apparitions de l'obésité et la lutte contre la sédentarité.

En tout cas, j'appelle de mes vœux le fait que ces pratiques nouvelles imprègnent nos relations de partenariat entre différents acteurs autour de la problématique de la sédentarité, et je vous remercie.

(Applaudissements).

Sport, santé, nutrition : l'expérience de la ville de Villeurbanne

Corinne BERNARD, Chargée de projet en promotion pour la santé pour la Ville de Villeurbanne

Je vais vous présenter le Groupe Sport Santé Nutrition, qui est une action pilotée par la Direction de la Santé publique, dont je fais partie, et la Direction du Sport.

Un mot sur la politique de santé municipale : Villeurbanne a rejoint le réseau Ville-santé OMS dès 1991, et est signataire de la charte Ville active du PNNS depuis décembre 2007. L'action entre dans le cadre du CUCS (Contrat Urbain de Cohésion Sociale), en particulier dans deux volets spécifiques : le volet « promotion santé », qui vise à réduire les inégalités sociales et territoriales, et promouvoir la santé en agissant sur les déterminants. Et le volet « animation sportive », qui vise à renforcer l'accès des enfants et des jeunes des quartiers prioritaires aux actions socio-éducatives.

D'abord, il y a eu une réflexion globale à l'échelle de la Ville, entre la Direction du Sport et la Direction de la Santé publique, qui à Villeurbanne intègre aussi le Service de santé scolaire pour les enfants de grande section de maternelle jusqu'au CM2. Une réflexion a été engagée dès la rentrée 2008 sur un projet de travail en commun autour des axes sport et santé.

Le lieu géographique : le quartier Cyprien - Les Brosses a été choisi pour l'expérimentation du projet. C'est un quartier qui est en politique de la ville et un quartier sur lequel il y a une bonne dynamique partenariale en lien avec la nutrition, avec la mise en place du programme Ecole des papilles, qui est un programme de prévention de l'obésité infantile dans les deux écoles du quartier sur les classes de CM1 et CM2, et du programme « A table les enfants », ce sont des actions en direction des parents et des enfants, qui se tiennent dans toutes les structures du quartier pendant un mois, et l'objectif c'est la promotion de l'équilibre alimentaire.



Nous sommes partis de deux constats, celui de la Direction du Sport, qui trouvait que les installations sportives du quartier étaient peu fréquentées par les enfants du quartier. Et celui de la Direction de la Santé scolaire, qui notait une augmentation de l'obésité infantile et les problèmes financiers des familles qui étaient un frein à la pratique sportive des enfants.

Les objectifs de cette action : promouvoir l'activité physique des enfants de 8 à 12 ans, et prévenir le surpoids et l'obésité.

D'abord, on repère les enfants concernés, on leur propose une pratique sportive adaptée. L'un des objectifs aussi était de favoriser les échanges parents/professionnels avec des spécialistes de l'alimentation et de l'activité physique. Favoriser dans un deuxième temps la prise en charge de l'obésité. Et amener les enfants à pratiquer une activité sportive à l'issue de l'action. Action qui doit durer une année.

Le public visé : ce sont les enfants scolarisés dans les deux écoles du quartier et leurs parents. Et ces enfants sont en surpoids ou dans des familles avec de grosses difficultés financières. Nous avons au départ choisi de ne pas faire un groupe d'enfants en surpoids, justement pour ne pas stigmatiser les enfants, et en fait, vous verrez par la suite que nous en sommes un peu revenus parce que ce n'est pas du tout ce qui s'est passé. Et ces enfants ne doivent pas pratiquer une activité physique en dehors de l'école. Les enfants sont repérés en classe de CE2 par les infirmières scolaires. C'est très important que la santé scolaire à Villeurbanne fasse partie de la Direction de la Santé publique, car cela favorise vraiment le travail en commun. Les infirmières scolaires dans ces deux écoles, voient tous les enfants en bilan infirmier en CE2. C'est un temps d'examen biométrique, de dépistage et d'échange entre l'infirmière et l'enfant. L'infirmière évalue si l'enfant répond aux critères.

Si les enfants répondent aux critères, s'ils sont en situation d'obésité, d'abord s'ils ont envie de pratiquer une activité physique, tout cela est discuté entre l'enfant et l'infirmière. L'infirmière explique à l'enfant ce qui se passe dans le groupe. Et ensuite, si l'enfant est d'accord, elle rencontre sa famille et propose à la famille que l'enfant intègre ce groupe.

L'activité sportive est encadrée par un éducateur sportif municipal. C'est une fois par semaine, le mercredi après-midi, et cela dure une heure. C'est une activité qui est proposée gratuitement aux familles moyennant l'engagement de venir toute l'année. Et ce temps d'activité est suivi d'un temps convivial autour d'un goûter. Le premier est offert par la Ville, un goûter équilibré. Et ensuite, ce sont les enfants qui apportent eux-mêmes leur goûter et ils échangent avec l'éducateur sur ce temps-là autour du goûter ou d'autres thèmes.

Un moment important, c'est le moment où les parents viennent chercher l'enfant, avec également un temps de discussion entre l'éducateur sportif et les parents à ce moment-là. C'est aussi sur ce temps-là qu'interviennent des professionnels de la santé, des professionnels de l'activité physique et de la nutrition. Nous travaillons en partenariat avec ABC diététique, le RéPPOP 69, et l'association « Enfant-parent le duo qui bouge » (Duo ki Bouj').

Une phase expérimentale, d'avril à juin 2009 : 11 enfants, dont 8 enfants en situation d'obésité ont intégré le groupe et sont venus régulièrement pendant trois mois. Il y a eu deux temps d'échange avec des partenaires, et, à l'issue de ces trois mois, une évaluation. Les enfants étaient très satisfaits et très contents de venir participer à ce groupe. Les parents aussi, par l'intermédiaire d'un questionnaire, ont pu exprimer leur satisfaction.

On a décidé de reconduire l'action en septembre pour une année entière avec les mêmes enfants. L'action a repris en septembre 2009 : 8 enfants sur 11 ont repris l'activité. Les



enfants qui ont abandonné l'ont fait essentiellement pour des problèmes d'accompagnement, car même si l'équipement est sur le quartier, ils sont petits, donc il faut que les parents puissent les accompagner, et cela n'a pas toujours été possible.

Quatre cycles sportifs ont été proposés aux enfants. L'intérêt aussi de ce groupe, c'est qu'on propose des sports différents. Ils ont pu faire du karaté, de la gymnastique, de l'escalade et une séance multisports. On a eu six interventions de nos partenaires : deux fois ABC diététique, trois fois « Duo ki Bouj' », et le RéPPOP est intervenu une fois pour présenter le réseau.

En fin d'année, un temps d'information a été organisé par le service de l'animation sportive pour présenter aux parents l'offre sportive sur le quartier. Le but est vraiment que les enfants à la fin de l'année intègrent les clubs du quartier.

Nos indicateurs d'évaluation : ces huit enfants qui ont repris en septembre ont été très assidus jusqu'aux vacances de février. Ensuite, seuls cinq sur huit ont terminé l'année. Nous avons proposé un questionnaire d'évaluation aux enfants. Évidemment, ce n'est que cinq sur huit. Mais sur les cinq, quatre avaient le souhait de poursuivre une activité physique l'année suivante. Et cinq enfants sur cinq ont reparlé des interventions des partenaires à la maison.

Un questionnaire a été proposé aussi aux parents. Trois sur cinq ont noté des modifications du comportement alimentaire des enfants : « moins de grignotage - ne se ressert plus systématiquement - mange moins en quantité ». Quatre sur cinq disent avoir participé à au moins une rencontre avec un partenaire. Et trois sur cinq pensent inscrire leur enfant à une activité physique ou sportive l'année suivante. Et deux enfants ont été pris en charge médicalement pour leur obésité, dont un au RéPPOP.

L'un des indicateurs d'évaluation : on a noté une stabilisation, une diminution de l'IMC. Sur les onze enfants présents au début de la phase expérimentale, sept ont été repesés, dont six filles. Je vous montre sur la diapositive les courbes de corpulence. La courbe change de couleur par rapport au moment où l'enfant a intégré le groupe Sport Santé Nutrition. On peut constater que trois enfants ont vu leur IMC diminuer, un se stabiliser et deux courbes s'infléchissent.

Les points négatifs :

- Nous sommes bien conscients que l'action concerne très peu d'enfants. Nous avons eu des difficultés pour mobiliser les parents pour participer aux temps d'échanges avec nos différents partenaires. Difficultés pour prendre en charge l'obésité de leur enfant.
- Et difficultés aussi pour le recrutement des enfants pour l'année suivante. À la fin de l'année 2009/2010, nous avons fait une journée découverte pour les enfants qui avaient été repérés en CE2 cette année-là, pour intégrer le groupe en septembre. Seize familles se sont montrées intéressées, huit sont venues à la journée découverte. À l'issue de la journée découverte, ils ont tous dit qu'ils reviendraient en septembre, et en fait, cela n'a pas été le cas. Donc cette année, le groupe est un peu plus petit. C'est un peu compliqué.

Les points positifs :

- Les bons résultats en termes de satisfaction des enfants, en termes d'assiduité et en termes d'IMC aussi. Les renforcements des liens entre la Direction du Sport et la Direction de la Santé publique. Cela nous a permis de collaborer plus facilement sur d'autres actions. Cette action est inscrite dans le projet sportif local. Le projet sportif local, c'est une démarche qui met en lien tous les acteurs des activités physiques et sportives de la ville. C'est un outil d'expression des initiatives de chacun et la possibilité de partager des projets ou des actions.
- Une implication forte des partenaires sur cette action, qui ont tous souhaité reprendre en septembre 2010.



Nous avons reconduit l'action en 2010/2011 avec un nouveau groupe d'enfants. Nous avons décidé d'organiser moins de rencontres parents/professionnels parce qu'on avait quand même noté un essoufflement des parents à venir une fois par mois. Les parents sont conviés à des rencontres avec les professionnels une fois tous les deux mois. Par contre, on a instauré des temps de rencontres enfants/professionnels avec des interventions plus adaptées à leur âge.

En 2010 : 17,6 % des enfants en CM2 à Villeurbanne ont une IMC > 97^{ème} percentile, donc c'est quand même assez important. Et on réfléchit aux possibilités d'élargir l'action sur d'autres quartiers de la ville.

Merci de votre attention.

Nutri-Sport santé

Laurent BENITAH, Enseignant d'éducation physique et sportive en lycée agricole à Crémieu, Isère

Bonjour. Je vais vous faire un témoignage d'une expérience que l'on a mise en place depuis un an et demi sur notre lycée, en prenant en compte le surpoids et l'obésité chez l'adolescent et la gestion du capital santé des jeunes.

Vous êtes des professionnels de la santé. Nous, nous ne nous adressons pas du tout aux jeunes qui sont obèses, sur le côté médical, et obèses sévères. Nous n'avons pas cette prétention. Par contre, notre projet est à l'origine du travail de professeurs d'éducation physique qui se sont rendu compte au fil des années que de moins en moins d'élèves étaient licenciés en associations sportives. Quand en début d'année scolaire on leur demandait, au moins la moitié levait la main certains étaient en football, en danse, etc). Quand on les sonde en ce moment, ils sont au plus trois, quatre, cinq par classe. Cela nous a un peu alertés.

Et puis, notamment dans les cours d'éducation physique, et notamment dans l'activité de musculation, lorsqu'on leur faisait calculer leur indice de masse corporelle, on se rendait compte qu'il y avait une évolution et tout simplement sur le visuel on se rendait compte que l'on avait de plus en plus de jeunes filles dodues, et de garçons de plus en plus. Au départ, c'est parti de ce constat des professeurs d'éducation physique. Ensuite, nous nous sommes dit : qu'allons-nous faire ?

Les moyens que l'on a voulu mettre en place, c'est à la fois diagnostiquer nos élèves, on avait quelques outils de diagnostic, dépister et sensibiliser nos élèves. Les prendre en charge, et c'est là particulièrement ce dont je veux vous parler : comment on a essayé à notre niveau, avec nos moyens, notre bonne volonté, de les prendre en charge. Et puis de suivre quand même, d'essayer de faire quelque chose de sérieux et d'évaluer. Mais l'évaluation était surtout pour nous, non pour eux.

Le challenge ensuite (quand on a eu l'énergie de vouloir faire cela, de développer cela), cela a été de présenter le projet à notre chef d'établissement. Ceci a été fait en partant du projet de l'établissement. Notamment, nous avons des grands objectifs éducatifs qui sont :

- L'accueil de tous dans le respect de la différence et de l'écoute de chacun. Si des jeunes ont des difficultés particulières, on est dans les clous.



- La formation à l'autonomie et à la responsabilité par des expériences concrètes. Donc en suivant ces différents points (il en existe cinq ou six sur notre établissement), nous rentrons dans nos missions d'établissement scolaire, de notre lycée agricole, et particulièrement de l'éducation physique et des grands objectifs qu'a abordés M. Vigneron.

L'ouverture sur l'extérieur : je ne veux pas m'étendre là-dessus parce que c'est général. Il faut comprendre, c'est ce que j'analyse aujourd'hui, qu'à la fois on a des missions qui viennent du haut, et le terrain remonte aussi des choses. Après il y a des connexions, qui nous semblent évidentes. Et là, je vais essayer, pour donner du sens à mon intervention, de partir plus du bas.

J'ai intitulé cela : *Former des élèves responsables*, ce qui était un peu notre phrase de communication sur notre établissement. Je suis parti aussi d'un savoir-faire : qu'est-ce que l'on sait faire déjà un peu chez nous ? Tout d'abord, ce que l'on sait bien faire, c'est travailler en réseau. On a vraiment un réseau dans l'enseignement agricole, et particulièrement sur Crémieu, on travaille avec différents professionnels, que ce soit dans le monde professionnel, que ce soit au niveau local, et cela a été une force pour nous.

En second lieu, on a une culture, qui fait partie des textes officiels, de travailler en pluridisciplinarité. On a l'habitude, moi le prof d'EPS, de travailler avec le prof de biologie, le prof de santé, et de faire une intervention, nous deux, en face d'une même classe, en s'appuyant par exemple sur la musculation : moi je fais une entrée échauffement et le collègue fait une entrée plus biomécanique, dépense énergétique, souplesse. Des choses comme cela. Au niveau pluridisciplinaire, cela nous a aidés.

Ensuite, la connaissance de nos élèves : c'est important de le dire, je suis sensible à cela, on est un établissement de 500 élèves, avec une dimension humaine où on connaît tout le monde. Et les professeurs aussi, on les connaît tous, on les voit tous, on n'est pas dans une grosse gazière où tout le monde se masque. On peut toucher tout le monde à chaque instant, et cela a été important pour nous. La proximité des familles, toujours dans cette dimension.

Et des choses que l'on savait faire un peu, notamment la mise en place de la semaine santé, les paniers fermiers, la semaine du goût. Et sur le lycée, il y avait déjà une association sportive.

Ensuite, des compétences internes :

- L'éducation physique, et je vais reprendre ce que disait M. Vigneron, et notamment cette CP5, la compétence propre n°5 dans les lycées : « Orienter et développer les effets de l'activité physique en vue de l'entretien de soi ». Je voulais rappeler une chose très importante qu'a dit M. Vigneron : on n'évalue pas la performance, parce que c'est un blocage pour nos élèves, obèses ou non, ou en difficulté. On parle de l'obésité aujourd'hui, mais on touche ceux qui sont obèses, également d'autres problèmes personnels. Et cette notion de performance, que l'on met de côté, où on apprend aux élèves à être autonome et responsable et à se prendre en main, c'est important. Ces orientations nous montrent que nous sommes dans les clous.
- L'enseignement de la biologie humaine que l'on a sur notre lycée, notamment des modules qui portent sur l'hygiène et la protection de la santé.
- L'enseignement cuisine, avec une cuisine pédagogique.
- Nous avons une formation BTS de technico-commerciaux dans les produits alimentaires, donc nous avons des compétences chez nous avec des professeurs de technologie alimentaire.
- Et nous avons des compétences avec une collègue spécialiste de Shiatsu – Do in.

Des compétences externes :



C'est tout ce que je suis allé chercher, et cela a été le défi pour moi de créer un réseau et de coordonner tout cela. Je vous ai listé nos partenaires externes, vous pouvez les voir, et je vous en reparlerai sur l'opérationnel : le groupe Avenance, notre service de restauration. La Rhône-Alpes ligue d'athlétisme (LARA) . La Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN), qui a monté un outil diagnostic intéressant, en tout cas pour moi. La Mutuelle Sociale Agricole (MSA) dont on dépend, avec l'intervention du médecin de prévention. Une intervention d'une spécialiste d'esthétique, notamment sur l'estime de soi et faire le lien pour nos élèves. Et on a signé deux partenariats avec les Universités Lyon 1 et 2.

Notre programme porte sur quoi ? On s'est dit : comment va-t-on s'organiser ? Comment va-t-on faire ? Déjà nous reposer sur nos heures d'éducation physique. On a deux heures d'éducation physique par semaine, et pendant ces cours, que fait-on ? Quelles activités programme-t-on ? Comment les aborde-t-on ? Comment accrochons-nous nos élèves pour qu'ils s'impliquent dans l'activité ? Il est là le défi. Et quelle plus-value veut-on donner ?

Quand on s'est posé des questions, on s'est dit : « Tiens, il y a la carte M'ra pour diversifier des activités, faire découvrir des activités. On leur rappelle cela à nos élèves : « La carte M'ra paye aussi une partie de votre licence sportive si vous voulez rentrer dans une activité. » etc.

Et j'ai voulu un jour prendre contact avec la Région Rhône-Alpes, qui m'a mis dans un réseau. Cela a été vraiment un tremplin pour nous. Premièrement, cela a été avec la Ligue d'Athlétisme Rhône-Alpes, qui nous a proposé de venir faire un événement sur notre établissement : le Diagnoform. Il est ce qu'il est, je l'ai trouvé intéressant parce qu'on l'a placé en début d'année dans le souci de la semaine d'intégration sur notre lycée, de créer un événement, de créer de la cohésion de classe d'établissement. Et cet outil est intéressant, car pour nous cela a été un outil de diagnostic qui a permis aux élèves de leur envoyer une photographie du moment de leur état de forme, sur des petits tests de souplesse, de coordination, de détente, d'endurance. Par expérience, par rapport à ce que j'ai vu, je pense que c'est vraiment accessible au plus grand nombre.

Associée à eux, la MGEN a fait ce Quizz santé, qui a sensibilisé nos élèves ce jour-là sur ce qu'ils pensent, sur des sujets, des thèmes particuliers tels que le sommeil, la cigarette, les drogues, la vie affective, la vie familiale, etc., et puis ce qu'ils font vraiment dans la vie. Ils ont permis aux élèves de comparer ce qu'ils pensent qui est bien, et je vous garantis que tous nos élèves ont des super-réponses sur « il ne faut pas fumer », « il faut dormir », « il faut ceci et cela », et qu'ils sont conscients que dans la vie : « Je sais ce qu'il faut faire mais je ne le fais pas ». Pour nous, cela a été deux outils de sensibilisation, sur lesquels nous nous sommes appuyés pour ensuite lancer notre programme Nutrition Sport Santé.

Les savoir-faire que nous avons sur le lycée, ce sont aussi la semaine de la Santé, la semaine du Goût. Et je vais partir sur les ateliers. Qu'avons-nous voulu mettre en place comme ateliers qui sont quotidiens et hebdomadaires ?

Dans notre établissement (comme nous sommes les derniers desservis au niveau des transports en commun) beaucoup d'élèves démarrent à 9 heures. Donc on a voulu exploiter cet horaire du matin. On a proposé à nos élèves internes, car nous avons un internat, et à ceux qui sont au niveau local, qui sont proches de l'établissement, de rentrer dans ce programme. Cela a déclenché plein de choses, du covoiturage, des élèves qui sont venus en scooter, à vélo. Beaucoup d'internes. On leur a proposé d'avoir une activité physique quotidienne.



Tous les matins ils sont pris en charge par un professeur d'EPS qui vient, on démarre à 8 heures par une demi-heure d'activité physique. Après cette activité physique, un petit-déjeuner en commun, et ensuite ils vont en cours.

Au niveau de nos ateliers, on a utilisé les compétences de notre service de restauration et on a signé une convention de partenariat avec le groupe Avenance, qui nous met à disposition une diététicienne, qui vient le mercredi midi manger avec nos élèves et faire une intervention sur de la diététique. Une fois par mois, notre cuisinier nous fait des interventions sur la cuisine, et notamment un travail sur la « Fraich'attitude », manger des légumes autrement.

Dans les partenariats, on a signé notamment avec Lyon 2 une convention pour un élève stagiaire en psychologie sur notre lycée. On a voulu faire une entrée psychologie.

Une initiation en soins esthétiques, avec une jeune qui vient une fois par mois. Là on voulait aborder l'estime de soi : il suffit de se prendre en main, le matin il suffit de cinq minutes pour s'apprécier, etc.

Et sur le lycée, nous avons une spécialiste chez nous, et on l'a sollicitée pour faire une intervention sur le Shiatsu – Do in, et notamment de relaxation, un thème que l'on utilise aussi pour nos élèves l'année des examens, qui les « déstresse », et appréhender au mieux tout cela.

Dans ce projet, qui a ses limites, qui est expérimental aussi, ce que l'on a voulu surtout, c'est donner du sens, mettre de la cohérence. Et le défi a été de coordonner cela, dans l'intérêt des élèves, et de ce souci de l'obésité et de la gestion de son capital santé d'un point de vue physique, mental et social.

Voilà l'emploi du temps, avec des photos pour illustrer un peu.

Expérience de clubs sportifs

M. CORNETTE, Coach Athlé Santé, Fédération Française d'Athlétisme

Bonjour.

Coach Athlé Santé : c'est quoi ? C'est un label du Ministère de la Santé et Fédération Française d'Athlétisme. La Fédération Française d'Athlétisme s'est un peu remise en question voici cinq ans pour s'occuper du plus grand nombre et ne pas uniquement être axée sur la compétition et les performances. Ce label est né de cette idée de s'occuper de tous et du plus grand nombre voici cinq ans.

Je remercie aussi Mme Ottavy d'avoir convié la Ligue et moi-même pour pouvoir vous faire part de mon retour sur le terrain.

Aujourd'hui je m'occupe de monsieur tout le monde. Avant tout le Coach Athlé Santé est quelqu'un qui doit s'occuper des sédentaires, puisque vous êtes, je pense, tous persuadés que l'une des grandes causes de l'obésité est la sédentarité. Nous nous occupons avant tout des sédentaires, on les met à l'activité physique et non plus au sport. Vous allez dire que c'est bizarre pour une fédération. Non, car en fait, qui mieux qu'une fédération avec des gens compétents et diplômés pour s'occuper de l'activité et du sport peut s'occuper du plus grand nombre ?



L'idée au départ était de s'occuper des sédentaires, et avec notre formation qui est un label, aujourd'hui nous sommes en formation continue deux à trois fois par an sur certaines pathologies, et pas uniquement sur des pathologies, mais en gros sur le diabète, l'obésité et les insuffisances respiratoires. D'ailleurs un Coach Athlé Santé intervient sur le centre Bayer sur la BPCO, avec les activités physiques que l'on préconise, dont celles dont je me sers et dont je me suis servi tout au début de mon action auprès des obèses : la marche nordique.

Ce groupe est né d'un réseau, réseau DROMARDIAB, vous devez avoir un réseau un peu similaire dans le Rhône, qui voulait mettre en place des activités physiques adaptées et qui cherchaient justement une activité physique adaptée, elle s'est rapprochée de la Fédération Française d'Athlétisme, et j'ai pu prendre en charge un groupe de diabétiques obèses. L'idée a été de leur faire faire de la marche nordique.

J'ai amené des bâtons. Tout à l'heure, dans les questions-réponses, je vous ferai, non pas pratiquer, quoique, on a un beau terrain de jeu dehors, j'ai une vingtaine d'autres paires de bâtons pour ceux qui croient qu'ils seront sauvés.

La marche nordique en deux mots : c'est une activité qui est née dans les années 70 par les skieurs de fond, sous l'égide de la Fédération de Ski de fond depuis 1997, et qui est arrivée en France voici 6 à 7 ans. C'est une activité qui vient du ski de fond, qui est très complète, qui permet de travailler sur le renforcement, 93 % des muscles travaillent, on va dire que c'est aussi complet que la natation, même si je ne veux pas me mettre en concurrence, sauf qu'en natation il faut avoir un niveau d'expertise assez haut pour que ce soit complet et éviter de mal se placer. Là, l'avantage c'est que : deux bâtons, et on peut emmener tout le monde. J'ai bien dit tout le monde, je n'ai pas dit le plus grand nombre, mais vraiment tout le monde.

Le gros avantage c'est que vous avez ces deux bâtons qui permettent au corps d'être locomoteur, et très vite on s'aperçoit que cette activité, pour un public obèse, diabétique ou qui a une très mauvaise estime de soi et de ce fait de l'activité physique, va y prendre :

- beaucoup de confiance, car on va avoir ces bâtons,
- c'est très ludique,
- on progresse très vite, évidemment en fonction du cœur des séances.

Cette expérience est née voici quatre ans. On a commencé avec un groupe de 6 à 8 sur une heure par semaine, aujourd'hui on a trois créneaux horaires de 12 personnes. C'est le réseau DROMARDIAB qui a mis cela en place, mais après l'idée c'était de faire quelques séances et les emmener, nous, à l'association. Comme le soulignait très bien M. Quinart, faire le lien entre les APA qui sont sur des instants *t* et les associations. L'athlétisme se met dans cette optique.

Aujourd'hui, on a entre 75 et 80 % de gens qui viennent rejoindre des clubs d'athlétisme pour faire de la marche nordique par rapport à cette activité, parce qu'ils ont trouvé quelque chose d'accessible, de ludique, et surtout, n'ayons pas peur des mots, des résultats effectifs puisque, en plus de travailler le système cardio-vasculaire à une intensité adaptée à la fonte des graisses, on va aussi avoir un travail de renforcement, et on est bien d'accord que plus on va faire du muscle, plus notre métabolisme de base sera important, et donc de ce fait prendre conscience que l'activité physique de renforcement est importante et prépondérante dans la prise en charge de gens atteints d'obésité.

Aujourd'hui on a plus de créneaux. Et le gros avantage de cette activité de marche nordique fait qu'avant j'avais des groupes de diabétiques, d'insuffisants respiratoires ou de gens qui se sentent obèses, et cette activité peut avoir un facteur sociabilisant puisqu'on regroupe tout le monde. Je peux avoir des gens qui ont une condition physique



déplorable jusqu'à des champions, puisqu'on prépare même des gens en préparation physique, qui peuvent partager le même cours.

Au départ on a mis le doigt dans le réseau pour faire connaître notre activité évidemment, mais le but, et aujourd'hui on le constate, est que les gens viennent rejoindre des groupes sans étiquette. On veut sortir les gens du ghetto et leur faire voir que l'activité physique et la marche nordique en particulier est accessible.

Je n'ai pas mis de PowerPoint, mais en quelques mots c'est un très grand succès. Aujourd'hui on a la chance en Rhône-Alpes d'avoir une ligue très dynamique au niveau du Coach Athlé Santé. Moi je viens de Tain Tournon, les dames doivent connaître Tain pour le chocolat Valrhona, et les messieurs pour les caves.

Au-delà de cela, nous avons 16 ou 18 Coachs Athlé Santé, le conseiller technique de la ligue pourra me confirmer, rien qu'en Rhône-Alpes. Il faut savoir que l'on est 72 Coachs Athlé Santé en France. Donc nous avons une ligue en Rhône-Alpes qui est très active de ce côté-là.

Aujourd'hui la marche nordique permet vraiment de regrouper un maximum de personnes. J'ai la chance de faire des interventions auprès de laboratoires pour l'activité physique et le diabète, ou l'activité physique simplement.

Le mauvais côté, c'est que cela devient à la mode. Cela fait cinq ans que nous sommes sur le terrain, et la mode, on l'a anticipée. Il y a aussi du tout et du n'importe quoi, comme dans beaucoup d'activités. Le gros avantage, et là je ne parle pas pour ma confrérie, aujourd'hui on est quand même labellisé par le Ministère de la Santé, on travaille avec des professionnels formés en Activité Physique Adaptée. On a une légitimité à être sur le terrain puisqu'on est une association. Mais on a aussi des résultats et nous sommes suivis. Demain, si je n'étais plus compétent, je ne serais plus Coach Athlé Santé.

Je vous invite en tout cas, et je pourrai vous donner les coordonnées des Coachs Athlé Santé de votre secteur, à vous rapprocher de Coach Athlé Santé pour faire le lien avec ce qui est fait en amont auprès des réseaux.

Mme OTTAVY. - Vous nous donnerez la liste et nous la mettront à disposition sur le site REACTIVITE.

M. CORNETTE. - Je vous remercie de votre attention.

Mme OTTAVY. - Merci à tous les intervenants qui ont respecté leur temps de parole.



TABLE RONDE

Le rôle des acteurs en vue de l'engagement durable des publics dans l'activité physique

Mme OTTAVY. - La table ronde va réunir les professionnels qui sont intervenus. Et à ces professionnels va s'adjoindre le Dr Hugues Leborgne, qui est médecin du sport avec une pratique en médecine libérale, médecine de ville, parce que cela nous semblait important d'avoir le point de vue du soignant de terrain. Je vais laisser la gestion du temps et des débats à Chantal.

Mme SIMON. - Je vais me contenter de passer le micro pour que l'on puisse échanger. Je voudrais juste dire en introduction que j'ai été vraiment très impressionnée par les exposés qui ont été faits. D'abord, je note avec beaucoup de plaisir que l'on a vraiment des partenaires des différents milieux, puisqu'on a à la fois des personnes qui représentent l'Éducation nationale, des entrées un peu plus spécifiques par le patient obèse lui-même, des représentants des collectivités territoriales et des représentants du monde sportif, et maintenant vient de se joindre à nous un représentant du monde médical. Je crois que c'est vraiment l'une des premières forces autour de la table.

Et le deuxième point que je voudrais souligner en introduction, avant d'essayer de créer du lien entre les différentes interventions, c'est qu'en plus j'ai noté, et pour moi c'est une évolution assez forte des deux ou trois dernières années, parce que cela fait plusieurs années que les uns et les autres organisons des réunions ou participons à ce type de réunions, souvent on disait : « Nous, on fait cela, et ce serait bien que d'autres fassent cela. » Et aujourd'hui on se rend compte que chacun dans son projet dit : « Je fais cela parce que je suis allé chercher Untel qui m'a permis d'avancer dans mon projet » ou « Je fais cela parce que j'ai besoin de faire la passerelle et que j'ai compris qu'il fallait ensuite passer la main à l'autre ». Je trouve que c'est une évolution tout à fait extraordinaire. Et du coup, je trouve que l'on a des présentations qui sont très encourageantes et très optimistes. Je crois que le défi c'est maintenant de voir comment on arrive à rendre les choses encore plus efficaces sur un plus grand nombre et de créer encore peut-être plus de lien.

Je vais peut-être essayer de reprendre, pour lancer le débat, les deux premières interventions de M. Quinart notamment et de M. Vigneron. On a bien vu que vous interveniez avec un grand nombre d'acteurs, et c'est assez intéressant. Que vraiment votre objectif, un peu ce que j'avais appelé « mettre le pied à l'étrier » des enfants et des adolescents, d'essayer de comprendre un peu leur malaise, pour leur faire comprendre qu'ils vont pouvoir retrouver un système, et si j'ai bien compris, vous avez travaillé en aval avec les associations à qui vous alliez passer le relais j'imagine, pour qu'ils connaissent un peu ces enfants et ces adolescents. Et je n'ai pas vu l'Éducation nationale dans le système. Peut-être que cela peut faire le lien avec la présentation de M. Vigneron, où on se rend bien compte qu'il y a aussi une réelle évolution toute récente d'essayer de travailler plus sur les compétences propres des adolescents.

Est-ce parce que vous n'avez pas eu l'occasion de le faire ou parce que vous aviez déjà suffisamment à faire avec les autres ? Ou est-ce que vous n'en avez pas parlé ?

M. QUINART. - Pour ce qui concerne l'Éducation nationale, dans le cadre du réseau RéPPOP, je travaille évidemment en partenariat avec l'Éducation nationale. On travaille à



la formation continue des enseignants dans le cadre des formations autour de l'élève inapte ou liées à l'obésité, avec différentes pathologies qui sont prises.

Vous avez très bien traduit la compétence nécessaire et sa mise en application. Elle est parfaite, si aujourd'hui c'était comme cela partout, je pense que l'enfant en surpoids aurait la possibilité d'être épanoui en EPS. Le problème est qu'actuellement ce n'est pas encore le cas. Et nous avons mis ces ateliers en place parce que dans notre pratique clinique, on se rendait bien compte qu'il y avait un problème chez ces jeunes obèses et qu'ils n'arrivaient pas à s'épanouir en EPS.

Les enseignants sont eux-mêmes les recruteurs potentiels des jeunes qui vont dans ce dispositif quand on est intégré au collège. Pour les salles de sport, on utilise les gymnases des collèges, on vient après leurs cours, on vient dans le cadre de l'accompagnement éducatif, on vient dans d'autres cadres, donc il y a forcément des liens. C'est vrai que je n'en ai pas parlé, je suis plutôt axé sur la santé scolaire, l'infirmière scolaire dans les collèges qui est la pièce maîtresse quant aux problèmes de stigmatisation de l'élève parce que, qui peut potentiellement orienter un élève en surpoids quand lui-même ne se sent pas en difficulté, si ce n'est pas à un moment donné une discussion en tête-à-tête entre un professionnel de santé, qui est l'infirmière scolaire, et l'élève, c'est compliqué. Cela dépend des enseignants d'EPS, certains y arrivent très bien, ils ont le feeling avec leurs élèves, ils arrivent à aborder ce problème-là, ils arrivent à les inciter à être plus actifs et à aller vers notre dispositif ou d'autres dispositifs qui peuvent être proposés dans le cadre du collège, je pense à l'assistante sociale (AS) notamment, qui est quelquefois un support intéressant aussi. Voilà pour le lien avec les enseignants d'EPS avec lesquels je travaille beaucoup évidemment.

Juste une reprise : par rapport à l'accompagnement des jeunes dans les associations sportives, je l'ai décrit, c'est surtout l'enfant qui choisit où il va aller. Et en fait, l'éducateur est surtout là pour aider à la prise de décision. Je prends un exemple tout simple : l'enfant veut aller faire de la lutte : « Tu vas aller voir autour de chez toi s'il y a un club de lutte, et à la séance prochaine on en rediscute ». Il va à l'information et ils en rediscutent. « Tu vas aller prendre contact et essayer une séance, et on en rediscute ». Toute la démarche est là. Et quelquefois évidemment, l'enseignant donne un petit coup de fil à l'éducateur de lutte en lui disant : « Tu vas avoir un jeune, ce serait bien, il est motivé pour reprendre. ». On est là pour mettre de l'huile dans les rouages en fait.

M. VIGNERON. - Pour préciser un peu ce que je vous ai présenté, on est toujours tiraillé au niveau du système scolaire par l'exigence que l'on a d'être toujours dans le préventif, c'est-à-dire de pouvoir donner les bases à chacun et à tous de pouvoir se gérer soi-même, donc d'avoir l'ensemble des élèves.

Et en même temps, on a dans le système scolaire des élèves qui sont déjà en situation d'obésité ou de surpoids, ou d'autres pathologies, on travaille là-dessus aujourd'hui mais il y en a bien d'autres, et qui doivent être accueillis.

Et donc l'évolution, c'est à la fois une évolution sur les contenus de ce que l'on va proposer aux élèves, mais c'est aussi une évolution dans les représentations de toute la communauté éducative sur l'accès à la pratique de l'EPS pour tous les élèves. Et là aussi, on est désormais dans une phase où, je pense, tous les acteurs ont pris conscience que cette matière devait être obligatoirement présentée à tous en étant adaptée pour tous.

On est sortis d'une logique d'exclusion je crois. Il n'y a pas encore si longtemps, quelques années, un élève en surpoids, quand il ne venait pas en EPS, cela contentait à peu près tout le monde. Lui-même en premier lieu, puisqu'il évitait de se confronter à une situation potentiellement difficile. Sa famille, également, qui évitait ainsi de le voir revenir à la maison en disant : « J'ai fait quelque chose, je ne sais pas trop ce qui s'est passé, et je n'ai pas fait grand-chose, etc. ». Et il ne faut pas se le cacher aussi, les



enseignants eux-mêmes qui à un moment donné, soit parce que cela complique leur tâche, cela augmente l'hétérogénéité de la classe qu'ils ont devant eux, n'ont pas forcément au départ les ressources, les compétences pour faire face à ces élèves-là. Je vous ai dit que la formation avait très récemment changé, c'est une problématique qui voici quelques années était assez peu abordée. Et l'évolution de l'état physique des Français en général fait que l'on se penche sur cette problématique-là.

Donc l'enjeu de santé publique est partagé par tous maintenant. Le principe d'accès de tous à la pratique physique dans le cadre scolaire dans une visée préventive est acquis par tous maintenant. Après, la mise en place concrète, les vrais contenus, la transformation des élèves, se fait petit à petit.

Donc on aura toujours besoin d'une cohabitation entre cet enseignement qui va servir à tous et des dispositifs ponctuels adaptés, soit à l'interne dans l'Éducation nationale, soit externes en partenariat, qui vont permettre de prendre en charge les élèves qui sont entrés dans des situations, soit d'obésité, soit d'autres types de pathologies ou de handicaps particuliers.

Mme SIMON. - En complément de ce que vous dites, cela veut dire que l'on est aujourd'hui plus dans une phase de transition, même si elle est très fortement amorcée. Cela veut-il dire qu'on pourrait imaginer que l'on pourrait accélérer un peu cette phase de transition et le dialogue avec d'autres dispositifs, à la fois le corps médical, les systèmes de ce type-là, mais aussi les Coachs Athlé Santé, les associations, en ayant des échanges un petit peu plus larges de formations réciproques ?

Ce que vous nous avez fait tout à l'heure, Monsieur Benitah, changer l'image de l'EPS dans les établissements, cela me paraît au moins aussi important que de former les éducateurs physiques et sportifs, les enseignants aux problématiques de nos médecins et des corps médicaux.

Peut-on imaginer des systèmes ou ces rencontres-là, ces formations-là réciproques ? Est-ce cela qui pourrait peut-être faire avancer un peu plus vite les choses ? Je trouve que votre expérience est assez exemplaire, j'ai été extrêmement impressionnée, vraiment bravo ! Il se trouve que ce qui est fort dans votre présentation, c'est de dire : « On a eu cette idée-là, et on s'est dit que l'on n'allait pas faire tout seuls et on est allés chercher les gens ». On a vraiment l'impression que c'est cette rencontre-là avec les uns et les autres qui fait que collectivement en fait, vous avez avancé dans le système, et sans même jamais finalement employer le mot « obèse », je trouve que c'est assez extraordinaire, vous avez parlé de cela très bien. On est aussi là pour construire un peu la suite, j'imagine ?

M. BENITAH. - Quand j'ai voulu mettre en place cela, je me suis dit : qui aller voir ? M'appuyer sur qui ? Votre question, si je l'ai bien comprise, c'est comment mettre en lien tout le monde pour avoir des objectifs communs et les différents acteurs au niveau de l'élève ?

Deux choses m'ont aidé : la première, ce sont des gens à la Région qui m'ont mis dans un réseau. C'est un peu des aides aussi, la Région Rhône-Alpes notamment, avec les dossiers « Demain en main », PEPS etc., qui donne des moyens aussi. Et je suis allé sur le site RéPPOP. J'ai lu : RéPOPP 69, car on ne connaît pas, vous êtes de la santé, c'est votre domaine. Je suis allé sur RéPOPP, j'ai vu des choses sensationnelles, que nous, nous ne maîtrisons pas.

Je suis allé chercher l'information. Notamment une dame du RéPPOP 69, dont je n'ai pas le nom, j'aurais aimé la citer, m'a dit : « On n'est pas trop en lien pour l'instant, mais je vous donne des références ». Et elle m'a donné votre production de 2008 (guide REACTIVITE) où il y avait déjà des exemples d'actions, et je me rappelle encore d'une



méthodologie à la fin : les acteurs, etc., car je ne maîtrisais pas du tout, et j'ai dit : « Tiens, il y a des personnes à aller voir ». Et c'est là que, quand j'ai vu DRJSCS, différentes choses, j'ai pris mon téléphone ou je suis allé sur Internet. Après, je ne sais pas comment coordonner cela au niveau au-dessus.

Mme SIMON. - Il faut coordonner dans chaque territoire. Donc ce que vous avez fait, c'est super, il faut à mon avis le faire connaître. Et dans le prochain guide de RE-ACTIVITE, il faut que de telles expériences soient mises en avant.

M. VIGNERON. - Il est vrai aussi que l'on part d'une situation dans le système français où c'est très cloisonné. Nous avons beaucoup de difficultés à sortir de son propre monde pour s'appuyer sur l'extérieur, il y a une certaine frilosité. Je parle du point de vue de l'Éducation nationale, c'est toujours assez compliqué de faire comprendre que des actions peuvent être menées avec des partenaires extérieurs, pour des tas de raisons, il y a des réactions à cela. Et on a toujours tendance à vouloir traiter le problème par soi-même.

On se rend compte que les expériences qui réussissent, sont souvent des expériences qui ouvrent le champ d'activité et vont vers l'extérieur, sont souvent des expériences qui induisent des collaborations entre des points de vue différents pour régler. C'est assez paradoxal parce qu'en même temps, dans le monde de l'éducation, on met vraiment en avant que l'on a affaire à un élève global, que c'est une personnalité, que tout est dans tout, tout s'interpénètre, et finalement, dans les mises en œuvre, on a beaucoup de mal à aller vers l'extérieur.

Néanmoins il y a des signes encourageants puisque ce type d'opérations se multiplie, on en a beaucoup d'exemples. Quand on visite les établissements scolaires et que l'on regarde leurs activités et leurs projets, on voit que beaucoup de choses dans tous les domaines se font. L'établissement n'est pas fermé sur lui-même, il est dans le milieu, dans son contexte local, avec des partenaires de proximité ou avec des structures qui viennent l'aider de plus en plus à se développer. C'est là aussi encourageant.

Cela doit-il être organisé, structuré ? Je n'en sais rien. Je pense que pour l'instant, cela repose beaucoup sur le volontarisme et l'action des individus au départ, qui analysent une situation, comme cela a très bien été montré, qui ont des retours d'information de la population à laquelle ils ont affaire, qui soit les inquiètent, soit leur dit que leur action devrait être adaptée, et à partir de là, des choses se mettent en place. Le piloter par le haut, je ne suis pas sûr que cela fonctionnerait.

Mme SIMON. - Après, au-delà de piloter par le haut, ne pourrait-on pas imaginer, au contraire, que l'on donne plutôt des outils pour, par le bas, faire que les différents systèmes s'approprient et créent le lien ? Ce qui manque parfois, c'est un peu le lien avec les différents acteurs, ne serait-ce que l'information.

Il y a aussi un autre aspect, et là on voit un peu le lien avec les fédérations : on a beaucoup parlé ce matin d'un niveau d'activité physique qui globalement n'était plus atteint, y compris dans le quotidien. On voit bien la spécificité des enseignements du sport. On voit bien la spécificité que peuvent avoir ceux qui vont accompagner les patients obèses. Et à un moment donné, on a aussi envie tout simplement de pouvoir pratiquer plus, que nos enfants puissent pratiquer plus, et on voit bien, peut-être que c'est l'une des leçons que l'on peut tirer de votre intervention tout à fait intéressante ; où ceux que vous avez réussi, Monsieur Quinart, à prendre dans votre groupe, vous les accompagnez tout au long de l'année, cela se passe très régulièrement, et finalement après on se dit : oui mais huit, onze enfants à Villeurbanne, vous nous avez donné les chiffres, 17 % des enfants de CM2, cela fait quelques milliers, et vous en prenez 11, on se dit quelque part que c'est une initiative qui est super mais comment peut-on faire pour que cela aille mieux ?



Et vous dites : « On aurait pu en accueillir potentiellement plus et cela ne se passe pas. » Et l'école c'est quand même un endroit, vous avez parlé plutôt du collège et du lycée, mais l'école c'est l'endroit où on retrouve tous les élèves. On voit bien que ce n'est pas le rôle non plus des enseignants de faire ce qu'ils font, ni ce que font les associations. Est-ce que le lien ne pourrait pas être aussi en partie que les associations viennent à l'école et que l'école s'ouvre un peu à l'extérieur de façon plus importante ? Est-ce qu'il faut l'organiser ? J'ai compris que vous étiez en lien avec l'infirmière, mais pas tellement avec le corps enseignant ou administratif des écoles ? Est-ce là des pistes potentielles ?

M. QUINART. - Je pense réellement que le fond du problème vient de l'ambiguïté que l'on a autour de la stigmatisation ou non de ces gens. L'école n'est pas fermée me semble-t-il, elle travaille beaucoup avec le monde extérieur. Sauf qu'à un moment donné, on se pose la question de qui, pour ces jeunes qui ont des problèmes de poids, va faire la démarche d'aller les intégrer, les attirer, leur dire à un moment donné. C'est à qui de dire cela ? Au médecin traitant, à la santé scolaire, à l'enseignant d'EPS ? Qui fait quoi ?

J'ai le sentiment que cela bloque à cause de cela. Je suis complètement décomplexé par rapport à cette histoire de stigmatisation d'enfants en surpoids, parce que les jeunes que l'on prend n'iraient pas vers les associations sportives, ils ne veulent plus aller en EPS, ils sont vraiment en grande souffrance, et si on ne les prend pas en charge, il ne va rien se passer. J'allais dire qu'il y en a partout des jeunes comme cela, ce n'est pas spécifique à cela.

À un moment donné, quelle est la porte d'entrée que l'on ouvre pour enclencher le truc ? Et je pense que cela peut se passer au niveau scolaire évidemment, mais il faut avancer sur cette histoire de ces groupes. Est-ce que cela pose problème ? Est-ce qu'on les stigmatise ou pas ? Est-ce qu'à un moment donné, quand on a une vue qui est pour l'intégration derrière, c'est réellement stigmatisant ou pas ?

Je pose la question à la salle entière : faut-il regrouper ou pas ces jeunes qui sont en difficulté ? On est dans le cadre de la prise en charge, après, la prévention, c'est une autre question.

Mme SIMON. - Vous avez tout à fait raison de bien recentrer sur la prise en charge. Ma question était plus large que cela, car on a vraiment fait le lien de la prévention à la prise en charge. C'est la raison pour laquelle à un moment donné, l'offre doit être un peu plus importante. Mais vous avez raison pour la prise en charge, c'est plus une question d'entrée. Nous pouvons peut-être donner la parole à notre observateur médical.

M. LEBORGNE. - Par rapport à l'Éducation nationale, j'aimerais dire qu'en EPS on voit vraiment l'évolution. Pour ce qui est de ma partie, les certificats d'aptitude/inaptitude partielle ou totale au sport, au début où cela s'est mis en place, on essayait le plus possible de remplir ces certificats assez précisément, et on avait des retours des familles qui revenaient en disant : « Ce serait peut-être plus simple de faire un certificat d'inaptitude totale, car là, il est obligé de rester en cours ou il est assis sur un banc sur le côté et il ne se passe rien. On aimerait bien qu'il profite de ce temps libre différemment ».

Et au fur et à mesure que les choses se mettent en place, ces certificats sont de plus en plus utilisés. Des activités adaptées se font au sein des établissements. Je pense que cela montre l'évolution, mais quelquefois on se demande comment on pourrait accélérer un peu les choses et qu'il y ait plus de possibilités dans les établissements pour ces élèves en inaptitude partielle d'être pris en charge.

Et par rapport au cabinet médical, pour la stigmatisation ou non de ces enfants, je pense que c'est un lieu un peu privilégié pour les recevoir avec leur famille et les intégrer dans



des activités. Il y avait une étude de médecins généralistes par rapport à leur prescription d'activité physique régulière à ces enfants. C'est une étude assez importante faite sur plus de 500 médecins généralistes qui avaient répondu à un questionnaire. Et il semblait que ceux qui étaient les plus prescripteurs d'activité n'étaient pas ceux qui étaient médecins du sport ou qui avaient eu une formation spécifique sur l'activité physique au cours de leurs études, mais étaient ceux qui, soit d'eux-mêmes pratiquaient une activité physique, ou bien ceux qui avaient une bonne connaissance du réseau local des associations, des clubs qui étaient autour de leur installation.

De ce point de vue, je pense que le médecin généraliste est en bonne place pour pouvoir discuter avec l'enfant, et ses parents, sur ses propres souhaits, sur ce qu'il a vraiment envie de faire, sur son vécu par rapport à son activité sportive antérieure, sur les retours négatifs qu'il a pu avoir, et le laisser s'exprimer pour après pouvoir lui offrir sur ce qu'il y a autour, les clubs, les associations présentes, la formation qui correspond à ses attentes.

Mme SIMON. - Cela veut dire qu'il faut que l'information circule auprès des médecins. Vous pensez être représentatif de l'ensemble des médecins ? Vous connaissez bien votre milieu ? Vous êtes sensibilisé au sport ? Si on parle de formation, d'information, il faut aussi penser à ces acteurs-là.

M. LEBORGNE. - Je suis sensibilisé par rapport à cela, c'est évident, et j'ai pu en discuter avec des médecins généralistes autour de moi. Ce qu'ils nous disent dans une consultation par rapport à l'enfant en surpoids ou obèse, c'est que tout ce qui est enquête diététique est très chronophage en termes de temps. Et en médecine libérale, le temps, c'est le vecteur qui nous manque plus. Par contre, en termes d'activité physique, on peut avoir sur une consultation plus courte, une bonne appréciation de ce qu'ils peuvent faire et les guider. Donc même s'ils ne sont pas sensibilisés à cela et même s'ils ne font pas eux-mêmes d'activité physique, ils sont tout de même assez conscients du fait que c'est un levier sur lequel ils peuvent agir plus facilement.

M. VIGNERON. - Premier point, par rapport aux relations entre l'Éducation nationale et le corps médical en termes d'EPS, je confirme le fait que cela évolue. Même si on n'est pas à un niveau de partage de ce que l'on peut faire ou des points de vue des uns et des autres qui est à 100 %, la situation n'a rien à voir avec ce qu'elle était voici dix ans, parce qu'il y a eu beaucoup de dialogue, beaucoup d'informations faites aux familles qui reviennent au corps médical, beaucoup de relations entre les médecins et l'Éducation nationale sur ce qu'était l'éducation physique, la forme qu'elle prenait, et sur la notion d'inaptitude. Là-dessus on a relativement beaucoup travaillé.

Il y a encore du travail à faire et il faudra sans doute ne jamais le stopper. Il faut toujours réactiver cette histoire-là. Quoi que l'on en dise, il y a toujours l'opinion présente qu'au moindre bobo, on arrête l'activité physique. Cette représentation-là existe encore. Et quand on a des collègues qui mettent en avant que l'EPS est pour tous, on a parfois des réactions assez fortes, soit du corps médical ou des familles qui disent : « Non ce n'est pas possible, quelqu'un qui est malade ne peut pas faire d'activité physique. Quelqu'un qui est handicapé ne peut pas en faire, etc. » On a encore cette grande préoccupation. Et c'est sans arrêt qu'il faut remettre l'ouvrage sur le métier pour bien préciser systématiquement les choses.

Globalement les choses évoluent bien. On manque, je crois, de moments de rencontre comme celui-ci par exemple, de moments de dialogue dépassionné qui permettent de bien échanger entre le corps médical et les professionnels de l'activité physique. Je parle des professeurs d'EPS parce que c'est mon fonds de commerce mais je pense que n'importe quel encadrant ou éducateur sportif rechercherait cette collaboration.



Deuxième point, par rapport au phénomène de stigmatisation dont vous avez parlé juste avant, je suis convaincu qu'il y a une grande part liée au manque de connaissance. Si on stigmatise, c'est que l'on ne connaît pas parfaitement ou pas suffisamment ce qui se passe chez celui que l'on stigmatise. Tout ce qui nous a été dit ce matin sur l'obésité, comment elle advient, comment elle évolue, quelles sont les conditions, les paramètres, etc., ce sont des connaissances que l'on peut transmettre dès le plus jeune âge, en les adaptant, sans parler avec les termes ou les chiffres qui ont été montrés, mais en les adaptant. D'ailleurs les programmes scolaires ont cette partie-là. Les programmes de science de la vie et de la terre en 5^{ème} abordent le corps humain, son fonctionnement et commencent à donner des notions aux élèves qui leur permettent de comprendre cela. C'est par le développement du niveau de connaissance des élèves de ces phénomènes-là qu'on les amènera à comprendre l'autre, à comprendre sa situation, et de là, je crois, à mieux l'admettre et à mieux la tolérer.

Souvent on est dans l'incantatoire, on leur dit : « Soit gentil, admet, accueille, fait avec. » mais il faut comprendre aussi, il faut connaître les choses. On a aussi à beaucoup travailler sur l'acquisition des connaissances qui amèneraient à moins stigmatiser ou à mieux comprendre qu'à un moment donné ces individus-là peuvent être regroupés pour faire une activité spécifique qui leur permettra de progresser, sans que ce soit stigmatisant pour autant.

Mme SIMON. - Y a-t-il des questions dans la salle ?

M. SCHIFFMACHER. - (ADES 69).- Je suis en formation d'éducateur physique en activité physique pour tous, un diplôme délivré par Jeunesse et sports. Je suis également, dans le cadre de cette formation stagiaire à l'ADES 69.

Je voudrais aborder la question du sens que nous pouvons donner en tant qu'intervenant sportif. En fait, je voulais simplement émettre cette idée : comment donner du sens à nos interventions ? Qu'est-ce que j'ai envie de transmettre, de passer comme valeurs ? Quel est le regard que j'ai sur le public avec lequel je travaille ? Le sens que l'intervention a pour les enfants : c'est-à-dire pourquoi faire de l'activité physique, qu'est-ce que l'activité physique ? Puis-je en faire et pour quel but ?

Et enfin, c'est important que les parents se sentent aussi concernés, donc comment nous, les intervenants professionnels sur le terrain, on peut sensibiliser les parents à ce problème du surpoids et de l'obésité ?

La question que je pose, c'est comment faire pour recréer les liens ou les développer entre les différents intervenants ? Puisqu'on a des représentants des professeurs d'EPS, des représentants des STAPS, des entraîneurs, des éducateurs sportifs, comment pourrait-on recréer le lien et travailler sur une culture commune et sur des compétences ou une formation qui pourraient nous amener tous à avoir une démarche commune ?

Mme SIMON. - Des journées comme celle d'aujourd'hui sont peut-être un début de réponse à cela. Je pense que c'est important d'avoir une réflexion commune au moins sur la problématique qui est le surpoids aujourd'hui. Je crois qu'il y a d'autres thématiques qui sont développées. Certains veulent-ils intervenir plus spécifiquement sur ces aspects-là ? Vous cherchez quelque chose qui va un peu au-delà de ce qui a été discuté autour de la table, vous pouvez peut-être préciser un peu. Vous avez l'impression que l'on ne donne pas le même sens aux mots autour de la table ?

M. SCHIFFMACHER. - Dans le cadre de mes projets, j'ai rencontré différentes personnes. En fait, on se rend compte, en rencontrant toutes ces personnes, que différentes actions sont menées sur le terrain par rapport à ce type de public, et que parfois on n'est pas tous sur la même longueur d'onde dans la façon d'approcher l'activité physique.



Je voulais savoir comment on pouvait arriver ensemble à travailler sur une structure commune. Est-ce des temps de formation ? Des réunions comme celle-ci ? Est-ce des rencontres entre nous par rapport aux activités que l'on mène concrètement sur le terrain ?

Mme SIMON. - C'est un point important ce que vous souligniez, et j'imagine que vous avez dû le rencontrer quand vous avez mis en place votre expérience. C'est vraiment dans les échanges. Je ne crois pas que le sens peut se décréter, sinon on va chacun lui donner, moi un sens, M. Vigneron un autre, etc. On a tous un objectif qui est a priori le même. On a une volonté commune d'arriver. Peut-être que là, la notion de territorialisation sera un élément important qui va faire que l'on va se retrouver autour de cette thématique. Je crois que des journées comme aujourd'hui y contribuent de façon assez forte.

M. BENITAH. - Je pense qu'il y a des entrées différentes en fonction des individus, de nos compétences, de nos savoirs, en fonction de nos affinités, et après, il faut essayer de croiser. Quand je parle de réseau, j'y mets quelque chose derrière, ce ne sont pas des textes, mais des hommes et des femmes, un contact, une énergie. Des compétences où on utilise un outil que quelqu'un a créé ou une expérience et on essaye de la mettre en partie avec ce que l'on sait faire.

Je pense que la proximité avec les familles est importante. À une époque je n'ai pas hésité à faire un publipostage à tous les médecins généralistes de mon agglomération. Voici une douzaine d'années, c'était concernant les dispenses. On avait certaines dispenses qui me faisaient faire des bonds. Il s'agissait avec beaucoup de retenue de dire : « On a des difficultés. On pense que même avec quelques difficultés tel élève est apte », ceci sans vouloir prendre la place du médecin, mais parce qu'on connaît nos élèves, on les voit vivre, ils passent un certain temps chez nous.

Nous avons fait une conférence-débat le 22 novembre, avec des professionnels de la santé, pour parler de ce thème du surpoids à l'école. J'ai listé, j'ai pris les pages jaunes, on a fait un publipostage, on a envoyé un courrier à tous nos médecins généralistes, à nos pharmaciens, à nos infirmières de l'agglomération. Sur 400 courriers, j'ai eu 40 retours, soit 10 %, j'étais très content.

Mme OTTAVY. - Pour essayer de reprendre un peu par rapport à ce qui vient d'être dit, je pense que l'on est à un moment où on se rend bien compte, vu la diversité des intervenants, la diversité des personnes dans la salle et impliquées, que quel que soit le réseau professionnel dans lequel on se situe ou le réseau associatif, car il y a aussi des bénévoles, les choses bougent sur cette thématique du Sport Santé. Tout le monde s'est mis au travail. On commence à tisser des réseaux. Certains ont commencé, comme Chantal, à mettre en évidence que des actions marchent et que l'on n'a plus besoin de démontrer que cela marche, on le sait, on n'a plus « qu'à faire ». Donc on est en train de tous de se mettre en mouvement pour faire.

Effectivement, je pense que la directive descendante sur « comment faire » ne peut pas être unique, cela va bien sûr dépendre du territoire, des acteurs présents sur le territoire, de la volonté des uns et des autres aussi de mettre les choses en place. Par contre, je rappelle, j'en ai dit quelques mots très rapidement ce matin, que ce sera l'une des missions du Pôle Ressource National Sport et Santé d'essayer de faire le point sur ce qui se fait sur le territoire national, et notamment de voir - ils ne vont pas pouvoir modéliser complètement les partenariats - les pistes qui ont été suivies, ouvertes par un certain nombre d'actions, pour voir dans quelle mesure certaines pourront être modélisées ou adaptées sur les territoires.



Après, l'un des grands chantiers que nous avons tous devant nous, c'est de mettre en cohérence et en congruence ce qui va remonter de ce que nous faisons tous dans nos territoires et d'essayer de trouver des solutions, quelques éléments communs, mais je pense qu'on les a tous : l'intervention multi-niveaux, agir sur l'individu lui-même, agir sur sa famille son environnement, qu'il soit scolaire ou professionnel.

C'est un élément de réponse. Mais je pense que l'on est tous au travail vers cela. On aurait tous envie que cela aille beaucoup plus vite, je suis d'accord, charge à nous d'essayer d'avancer dans ce sens-là.

M. CHAUVOT. - Vous parlez du problème de dialogue. Je suis par ailleurs président du Comité Rhône-Alpes de lutte. Nous avons cherché à faire des actions dans les écoles, et nos entraîneurs ont eu beaucoup de difficultés pour dialoguer avec les professeurs d'éducation physique. Ils nous ont dit qu'il fallait faire preuve d'une certaine diplomatie car les méthodes pédagogiques ne sont pas les mêmes. Le professeur d'éducation physique a une méthode, l'entraîneur de lutte en a une autre, et quand on doit s'imposer ou quand on doit proposer dans une structure qui différente, il faut y aller relativement avec de la diplomatie.

Dans la préparation que l'on avait faite, on avait dit que l'on essaierait d'avoir un retour des clubs : quels clubs s'étaient impliqués dans ce surpoids/obésité et quelles étaient les difficultés rencontrées. Le CROS a fait un appel, peut-être un peu trop actif, en disant : « Si vous êtes très intéressé, très motivé, répondez-nous ». Bien évidemment, ils ont tous eu peur de répondre.

Mais on a constaté quand on a fait nos réunions préparatoires que les structures les mieux adaptées, c'était l'Éducation nationale, qui avait déjà l'esprit qui consiste à dire : « On accueille tout le monde ». Et depuis qu'il y a cette notion obligatoire de service public, en quelque sorte, les gens ont dû s'adapter. Or dans les clubs, on n'a pas encore cette notion. Il faudra qu'elle arrive. On hésite entre le sport compétition, le sport loisir et pourquoi pas le sport santé. Je pense que c'est à nous de faire connaître cette notion nouvelle que les clubs ne doivent pas servir qu'au sport compétition mais aussi au sport loisir et au sport santé.

Intervenante (Professeur d'EPS).- Ce n'est pas une différence au niveau des méthodes, c'est aussi une différence au niveau des objectifs que l'on poursuit et des intérêts que l'on a à y gagner, plus qu'une question de méthode. Le but du jeu n'est pas de faire tous la même chose, d'uniformiser les actions, c'est que chacun garde sa spécificité et reste à sa place. En revanche, c'est trouver des moments de lien pour un objectif commun de temps à autre, en tout cas pour la lutte contre l'obésité ou le maintien d'une bonne santé pour nos enfants.

Mme ARTHAUD. - (Coordinatrice santé pour la ville de Lyon).- En fait, je suis venue parce que j'anime un groupe de travail sur l'obésité et le diabète. Il y a une démarche de mise en réseau des acteurs locaux, qui s'appelle les Ateliers santé ville. C'est une démarche qui est initiée notamment dans le cadre de la politique de la ville, et dans ce cadre-là, on est vraiment sur un cadre de territoire. Mon groupe de travail est sur La Duchère. L'idée est vraiment de se mettre en réseau entre tous les acteurs d'un territoire, aussi bien les associations d'habitants, que les résidences de personnes âgées, que le collège, tous les acteurs institutionnels, associatifs, centres sociaux. Et nous essayons d'en profiter pour aller jusqu'à travailler bien sûr avec les libéraux et les associations sportives, dans cette idée de partager et de mettre en réseau tout ce qui peut se faire.

L'objectif est d'être le plus lisible pour le public sur tout ce qui existe. Quand on va à la rencontre du public, on se rend compte que les personnes se sentent parfois démunies quand elles ont des enfants avec des problèmes de poids, etc. De ce fait, c'est important d'essayer le plus possible de faire connaître ce qu'il y a sur un territoire pour ce public,



pour pouvoir effectivement amener chacun à trouver des réponses les plus adaptées à son besoin.

C'était pour parler de cette démarche, parce qu'on demandait tout à l'heure quels sont les réseaux. Je ne dis pas que celui-là est parfait mais il existe, et il a vraiment le désir de mettre tout le monde autour de la table.

M. VIGNERON.- Un élément de réponse par rapport aux différentes interventions. Je crois que la notion de culture commune que vous appelez, elle se construit, elle ne se décrète pas, on l'a dit. Tout comme le sens ne se décrète jamais, cela se construit. Et cela se construit par les relations que l'on peut entretenir les uns avec les autres. Faut-il avoir une méthode française unique et universelle pour traiter le problème ? Je ne le pense pas.

Je fais le parallèle avec la façon dont les élèves dans le système scolaire s'approprient cette nouvelle compétence et ces nouvelles activités. Je vous l'ai dit rapidement, on met en évidence que l'on peut avoir différentes motivations et différents mobiles d'agir pour faire une activité physique. On peut le faire pour beaucoup de projets différents. Et quand les élèves se rendent compte de cela, quand ils sont en première ou en terminale, ils découvrent un champ de possibles, qui devient très intéressant pour eux. À la fois parce que cela les recentre sur leur propre connaissance d'eux-mêmes. Ils acquièrent vraiment des savoirs sur le fonctionnement du corps, etc. Et en même temps, ils se disent : « Faire du sport, ce n'est pas forcément ce que je pensais. Ce n'est pas forcément l'image que j'en avais, cela peut être fait pour autre chose ». Parfois avec des pôles très différents, ce qui fait que l'on arrive à sensibiliser des élèves qui ont des profils différents, des motivations différentes autour de l'activité physique et sportive.

Ce qui veut dire qu'à partir de cette connaissance des choses, tout est bon, tous les dispositifs sont intéressants, vont trouver un public. C'est la richesse et la complémentarité des différentes choses qui peuvent être faites par les différents intervenants qui fera que l'on aura une offre qui va se compléter. C'est vraiment de la complémentarité qui va se mettre en œuvre entre les différentes interventions. Et l'enjeu de l'école, c'est de rendre l'élève capable de choisir l'endroit qui lui convient, pour sa propre personne, dans l'état où il est : « Je suis un sportif, je vais plutôt aller là. Je n'ai pas un bon niveau sportif mais je viens de comprendre que l'activité physique m'était nécessaire compte tenu de mon projet personnel, je vais plutôt aller à tel endroit car cela va répondre ». « Je suis en situation d'obésité, mon médecin, mes professeurs me disent qu'il faut que je prenne le problème en compte. Je vais aller dans des dispositifs spécifiques, mais je vais le faire en connaissance de cause et j'aurai cette offre-là de possibles ». C'est cette communication entre nous qui fait que l'on peut rendre intelligible toute cette offre et bien mettre en avant la complémentarité.

Mme GUICHON.- (Infirmière scolaire lycée professionnel Décines).- Vous avez dit ce matin que le surpoids ou l'obésité était à prendre très tôt. Or des infirmières en primaire, il y en aura de moins en moins. Et finalement, n'est-ce pas à ce moment-là qu'il faudrait mettre le doigt sur le surpoids ? N'y aurait-il pas un moyen à ce moment-là de pouvoir entrer en contact avec les familles ou de faire calculer à chaque enfant peut-être un IMC ? De façon qu'il y ait un enseignant qui ait une référence de base pour chaque élève et que l'on se dise : le problème est à prendre là maintenant. Tout ce que l'on a développé, pour moi je trouve que c'est déjà presque un peu trop tard.

Mme SIMON.- C'est vraiment très important ce que vous dites, j'allais rebondir sur ce que disait M. Vigneron, c'est vrai que l'on a parlé d'avantage du collège et du lycée dans ce choix de l'enfant lui-même. Souvent on est en amont de cela, ou avant cela chez le petit enfant.



Sur cette partie-là, et je reviendrai plus spécifiquement sur le problème du dépistage qui à mon avis est une question un peu différente, des stratégies telles que celles que l'on vient d'évoquer au niveau d'un territoire vont englober aussi l'école, des réseaux de type RéPPOP ou des associations sportives qui vont s'ouvrir à cela, car dans le monde sportif, même si ce n'est pas dans toutes les fédérations, il y a aussi une évolution et une ouverture à des approches différentes de l'activité physique. Très clairement, l'information, la connaissance des différents systèmes qui existent et potentiellement la limitation des obstacles, car on l'a mis autour de l'école ou en lien avec l'école pour les familles les plus défavorisées ou en lien avec les territoires et on a accompagné les enfants, vont permettre de faire que les parents, comme les adolescents que l'on évoquait tout à l'heure, vont savoir où ils peuvent aller avec leur enfant et pourquoi c'est important.

Sur le dépistage, vous pointez du doigt quelque chose qui n'est pas si simple que cela. Un plan national obésité est lancé depuis maintenant six ans. J'étais hier à une réunion avec le Pr Basdevant, responsable coordonnateur transversal de ce plan national. Les versions 3 du PNNS et du PNO vont être annoncées normalement dans les 15 jours à 3 semaines qui viennent. Et dans ce plan, il y a toute la problématique à la fois du dépistage et de la prise en charge, puisqu'une fois que l'on a pointé du doigt, ce qui s'est passé, notamment les dernières années, dans certaines écoles ou certains collèges qui ont mis en place des stratégies pour dépister, on a dépisté les enfants, on leur a dit : « Voilà, tu es en surpoids et en obésité », mais derrière on n'a pas préparé en aval la prise en charge de ces enfants. Donc on a eu un effet qui était finalement contreproductif car on en a dépisté un certain nombre et on n'a pas su quoi faire de plus parce que les médecins n'étaient pas prêts à les accueillir tous. Parler d'alimentation prend du temps, ils ne sont pas tous formés, puisque la nutrition c'est quelque chose d'assez récent. Et derrière on n'avait pas les structures, ni des RéPPOP dans toutes les régions. Et on ne pourra pas avoir des RéPPOP dans toutes les régions, c'est pour cela aussi qu'il faut trouver des systèmes qui permettent d'aller plus loin.

Très clairement, le dépistage fait partie de la réflexion. Ce n'est pas sûr qu'on le lance demain matin, comme cela avait été annoncé, parce que justement la réflexion qui est faite avec M. Basdevant est de dire : mettons en place les moyens pour que derrière on puisse accueillir ces enfants, les prendre en charge, etc., et ne mettons pas la charrue avant les bœufs.

Ce qui a été fait ces six derniers mois - je connais bien puisque je suis vice-présidente du comité de pilotage des PNNS - il y a des nouvelles recommandations dans le domaine de la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Il y a de nouvelles recommandations aussi dans la prise en charge de l'obésité de l'adulte. Des stratégies de formation des médecins, du corps paramédical et de l'organisation du système de soins sont en train de se mettre en place avant de lancer des dépistages aussi systématiques que vous l'avez dit.

Néanmoins, ce que je peux dire, si on est là tous autour de la table à parler de surpoids avec un langage très commun, c'est que l'idée progresse, avance, et je ne crois pas qu'il y ait un seul médecin aujourd'hui qui voit un enfant ou une seule infirmière qui ne pèse pas l'enfant, ne le mesure pas, et à un moment donné fasse l'information sous une forme ou sous une autre. Le travail que l'on doit faire aujourd'hui, c'est presque plus une fois que l'on a pointé du doigt le problème. Mais vous avez tout à fait raison d'insister là-dessus.

Mme GUICHON. - C'était de systématiser un peu plus tôt ce dépistage.

Mme SIMON. - Tout à fait. Très clairement, c'est l'un des points forts du PNO, mais l'idée est d'être sûr que l'on a mis en place tout ce qu'il faut pour qu'ensuite les familles ne



sentent pas démunies avec le diagnostic, et rien d'autre que le diagnostic. Mais cela me paraît vraiment important ce que vous dites.

M. QUINART.- Je voudrais compléter. Je suis d'accord avec ce que vous dites, plus on prend tôt, plus c'est facile. Et je vous avais dit que les adolescents que je rencontre sont souvent des enfants qui étaient dans des associations sportives, et petit à petit ils se sont été isolés, ils ont été exclus.

Je crois que là le mouvement sportif, en tout cas dans les jeunes qu'il accueille, que le modèle compétitif prenne un virage et aille vers d'autres choses, de loisir, de santé, on peut faire de l'activité pour plein de raisons, c'est vraiment important. Ce qui les a freinés ces jeunes, c'est le modèle compétitif, les moqueries. C'est cela qui les a mis de côté. Et pour le coup, là je pense qu'en termes d'intégration et d'ouverture, le mouvement sportif a peut-être un intérêt à donner un modèle un peu différent. Il commence à prendre un virage, il faut que cela continue en tout cas.

M. LEBORGNE.- Pour répondre par rapport au dépistage, comme le disait le Pr Simon, c'est tout de même de mieux en mieux fait. Ce qui pose problème, c'est la pérennité des actions qui sont mises en place. Il faut voir aussi les choses dans une dimension de temps. On sait bien que tous les effets de l'activité physique sur la santé s'arrêtent à partir du moment où ces activités s'arrêtent. Ce ne sont pas des choses qui sont acquises, que l'on garde pour plus tard. On voit beaucoup de réseaux différents qui se mettent en place, beaucoup d'actions différentes qui sont menées. On est chaque fois surpris du peu d'enfants que cela peut concerner. Ce n'est pas forcément une question d'offre, parfois il y a une offre importante et les enfants ne sont pas là. Et après, quelle est la pérennité de ces actions ? Est-ce que cette activité physique sera poursuivie par la suite et y aura-t-il vraiment des modifications de comportement personnel de ces enfants ?

M. VIGNERON.- C'est une remarque très importante, en tout cas qui nous préoccupe beaucoup. La notion d'engagement durable dans le sous-titre de cette journée nous questionne.

J'ai fait un peu le topo de ce que nous essayons de faire passer aux élèves. La question est de savoir si cela s'inscrit durablement dans leur connaissance et leur comportement, et à quelle condition. Qu'est-ce que l'on doit faire pour que cela s'inscrive durablement ? Pour l'instant on essaye de voir les effets que cela a à terme sur leur engagement, sur leur pratique. On a quelles indications intéressantes mais on n'est pas tout à fait sûr de mettre en place un enseignement qui permette d'agir sur la durabilité, à la fois parce qu'on ne sait pas par quel levier le prendre, parce qu'on a affaire au public en grande majorité adolescents, et que l'intégration des connaissances à ce moment-là est un mystère. Cela marche avec certains et pas avec d'autres. On a vraiment l'impression, au moment où on essaye de leur faire passer les choses, que cela ne les intéresse pas, et puis finalement, après cela revient. Il y a ce mystère-là.

Je me souviens d'une intervention que l'on avait eue dans la journée de 2008, qui parlait de l'adolescence, qui m'avait beaucoup appris et beaucoup intéressé sur ce qu'est un adolescent et à quelles conditions on peut essayer de lui transmettre quelque chose qui soit de l'ordre de sa gestion personnelle. C'est une problématique énorme. On tâtonne beaucoup là-dessus.

Il ne faut pas que l'on ait des exigences, nous aussi. Il faut que l'on régule au fur et à mesure, que l'on essaye des voies, que l'on regarde les effets que cela a, et que l'on se méfie surtout des idées toutes faites qui nous feraient dire : « Je sais comment il faut faire. Voilà comment il faut faire ». Cela ne marche pas tellement comme ça.

Mme SIMON.- Et cela ne marche pas partout.



M. BENITAH.- Et pour répondre un peu à cela, dans ce souci d'être efficace et de pérenniser dans le temps, j'ai eu la chance de rencontrer à l'université Lyon 1 une élève stagiaire en Master 2 Activité physique et santé, et nous avons signé un partenariat, elle est stagiaire chez nous. Cela lui sert de stage pour son Master. L'une de ses missions est d'écrire les procédures chez nous, d'organiser cela, de réfléchir sur ce que l'on fait, comment on le fait, les limites de ce que l'on fait, pour que l'on s'en serve et que ce soit un outil qu'on utilise dans le temps et qu'on fait évoluer.

Mme SIMON.- On parle de pérennisation, et cela m'a suggéré une chose importante dans les établissements scolaires, c'est tous les Comités d'Education à la Santé et à la Citoyenneté, qui sont aussi des moyens d'inscrire ces objectifs dans le long terme et de s'assurer que, même si on l'adapte au fil du temps en fonction de l'expérience, ce que l'on a mis en place puisse se pérenniser. Dans ce cadre-là, c'est sûr que les procédures sont aussi un élément qui va être important.

M. PEREZ.- (Responsable du service des sports au Conseil régional).- Je reviendrai sur le sens. La Région, on n'est pas dans nos compétences, elle n'est pas chef de file sur la santé. On est cité souvent sur l'entrée ligue ou sur l'entrée avec l'établissement, donc merci d'avoir cité un peu les aides de la Région. Mais je reviendrai sur le sens et l'objet un peu de ce que l'on vient de se dire aujourd'hui. Oui, il y a de bonnes pratiques en Rhône-Alpes, où on est un peu privilégié par rapport aux chiffres que j'ai entendus en début de journée. Il y a un réseau qui est en train de se constituer. On voit qu'il y a des collectivités qui réunissent la politique santé et la politique sportive, l'État, par le rassemblement sport, même si cela n'a pas duré très longtemps, il y a tout de même des choses qui sont reliées.

Nous, à la Région ou même dans un Département, on n'est pas du tout liés entre la politique santé et la politique sportive, pourtant je sors d'un mandat avec un élu qui était élu à la santé et au sport. On a parlé beaucoup à l'intérieur de l'Éducation nationale, dans les établissements scolaires. On a parlé un peu moins des associations. On a lancé l'initiative au niveau des ligues. On a la ligue d'athlétisme, LARA, présente aujourd'hui, qui est un exemple magnifique de réussite, mais c'est la seule je crois où on a eu un retour sur une ligue qui effectivement, sans dire de dépasser la compétition, etc., s'investit. On a fait une réunion encore cette semaine où, même la ligue, on leur demande : « Maintenant on sait faire, former les professeurs d'EPS, et on n'a plus besoin de vous ». Je crois que c'est emblématique, mais c'est très isolé.

Il y a les deux ligues sur le handicap : la ligue Rhône-Alpes Handisport, dont le siège est à Dardilly et Sport adapté, qui travaillent sur la liaison de tous les publics pour faciliter l'accès de public avec handicap sur même des clubs de valides, etc., mais cela veut dire qu'il y a les compétences, le savoir-faire, etc. Donc cela chemine un peu, mais c'est tout de même très réduit.

Les bonnes pratiques, je voudrais revenir sur l'idée que vous avez eue, il y a peut-être une boîte à outil à offrir suite à ce réseau. M. Benitah a parlé de défi. C'est un défi de mener cette interdisciplinarité, pour certains même, c'est un parcours du combattant. Entrer dans l'établissement, pour une ligue, sur les Coachs Athlé Santé et sur Diagnoform et 100 000 lycéens en forme, contrat avec l'Éducation nationale, c'est un parcours du combattant.

Donc l'un des objectifs que pourrait se fixer le réseau, c'est de faciliter un peu la liaison interinstitutionnelle pour peut-être labéliser des acteurs. Laurent a expliqué comment il avait trouvé l'information, sur un site Internet, etc. Nous, Région, Département ou Ville, nous sommes capables de relayer des choses, de mettre des dispositifs à disposition, de faire évoluer les dispositifs, mais si les objectifs sont un peu plus clarifiés.



Le diagnostic un peu scientifique que l'on a eu ce matin, je pense qu'on pourrait un peu le vulgariser au niveau des élus, pour convaincre que même si les acteurs ne sont pas formés aujourd'hui, même s'il y a des initiatives, on peut mener des politiques avec des actions un peu pilotes, expérimentales, pour généraliser. Cela viendra toujours du terrain. Je crois qu'il y a une énergie phénoménale à avoir sur le terrain, et cela reste dans l'humain, dans un établissement, une association ou une ligue, mais peut-être que l'un des rôles et des objectifs du réseau est d'amener aussi aux élus de tous les niveaux de collectivités une vision, et aussi à l'Éducation nationale de pouvoir transcender, rendre interdisciplinaire la santé, qui n'est pas une discipline, ni dans nos politiques ni dans les collectivités.

Mme SIMON. - Je vous remercie pour cette intervention qui me semble importante. Je vais passer la parole à Maud qui va réagir là-dessus.

Je crois que cela ne peut venir que du terrain quand on met au niveau d'un territoire, etc., mais c'est sûr que s'il y a un cadre, cela va aider les gens, ou s'il y a de l'information, cela va aussi permettre de créer du lien plus facilement. On sait bien que quelles que soient les collectivités, il peut y avoir des mesures incitatives parce qu'à un moment donné on va faciliter ou favoriser tel type d'action plutôt que tel autre, y compris vis-à-vis du monde associatif. Cela peut être des éléments qui sont fédérateurs.

Mme OTTAVY. - Cela permet de faire le lien avec votre intervention et celle de Didier. Je pense qu'effectivement, au moins sur la région, au vu des acteurs présents aujourd'hui, on peut se donner ce type d'objectif, sachant que la première phase que la DRJSCS a engagée avec le partenariat de tout le comité de pilotage de RE-ACTIVITE, c'est le recensement des actions Sport Santé par tous les acteurs. Je voulais vous le signaler. L'ensemble des ASV a été sollicité sur ce recensement pour savoir ce qui avait été mis en place : les missions locales, l'URHAJ (Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes), le mouvement sportif, les réseaux de santé. On a essayé de solliciter tous les acteurs de façon à pouvoir mettre en place des liens et que l'on puisse tous, par le réseau qui n'existe pas officiellement mais qui va se constituer, diffuser l'information. La diffusion des typologies d'actions est importante, même s'il n'y a pas d'uniformité. Nous sommes intimement persuadés que cela passera par là si on veut être efficace sur le terrain.

M. CHAUVOT. - En réponse à la remarque de Didier Perez, peut-être ai-je mal lu les contrats d'objectifs, mais si on avait une ligne qui s'intitule « Sport santé » ou « Sport santé loisir » je pense qu'il y a des gens qui se glisseraient là-dedans pour monter quelque chose. Et les contrats d'objectifs sont tout de même des lignes qui sont bien suivies puisque c'est notre survie pour la plupart des fédérations et des clubs. Donc c'est peut-être une piste à explorer pour faire quelque chose d'assez directif, pour donner des idées.

M. PEREZ. - La ligne a existé pendant quatre ans. Il y a eu quelques actions du CROS, de l'athlétisme et forcément des deux ligues sur le handicap. Mais globalement il y a eu très peu d'initiatives.

Mme SIMON. - Je pense que nous sommes vraiment dans une dynamique. J'ai assisté à la journée de 2008 et je suis assez souvent sollicitée dans des réunions de ce type. Je trouve qu'il y a une évolution tout à fait phénoménale ces deux ou trois dernières années. Je pense qu'il y a vraiment une prise de conscience, et aujourd'hui on peut espérer que les gens soient dans une démarche différente.

M. FRITZ. - (Comité départemental de natation). - Je représente la Fédération française de natation, qui a mis en place une politique d'éducateurs forme santé à partir de cette année, labélisée par le Ministère de la santé, comme nos amis Coachs Athlé Santé. C'est mis en place. Les premiers formateurs ont été validés. Vous serez appelés à avoir d'autres partenaires.



Mme SIMON.- Peut-être que la labellisation, au-delà du financement, est aussi un élément important, qui permet de repérer les éléments pour les différents territoires.

Je voudrais juste faire un aparté, je trahis un tout petit secret, mais je trouve c'est le bon endroit pour le dire : l'INPES va lancer une grande opération d'aide au déploiement des projets de ce type-là et va chercher des sites un peu pilotes. Le réseau peut être aussi un site pilote pour cela. On aura besoin des remontées pour voir comment cela se déploie, et potentiellement il y aura également un accompagnement sous forme de formateur de formateurs qui pourrait être mis en place. Il faut se mettre aussi à l'affût de cela.

Quand vous parlez d'information des différents acteurs, c'est peut-être aussi pouvoir avoir des gens qui peuvent relayer à différents niveaux, au niveau des fédérations, des collectivités ou des enseignants, le contenu de ce qui a pu être discuté aujourd'hui.

Mme PERDRIZET.- (élue du Comité Régional de la Fédération française d'Education Physique et de Gymnastique volontaire en Dauphiné Savoie) Nous avons deux problèmes. Vous n'ignorez pas qu'une grosse majorité des filles, on est peut-être à 60 %, arrêtent entre 15 et 17 ans une pratique d'activité qui pourrait être pérenne à 25 ans. Il y a un arrêt de plus en plus tôt, pour des raisons sur lesquels il serait intéressant que certains se penchent dessus. Et on les retrouve à 19/20 ans, quand elles sont en filière technologique BEP sanitaire et social, en surcharge pondérale, et que pour des problèmes d'âge, d'amoureux, etc., il faut perdre 18 ou 20 kg (des filles dodues). À cet âge-là, on peut mieux les intégrer car on les prend pour des adultes. Elles sont dans des filières technologiques, donc on se dit que deux ans après elles travailleront.

Pour les adolescents de 15 ans, le sport santé, la notion de santé, ils s'en moquent. Ils sont increvables. Même les filles en surcharge pondérale. La notion de santé, ils ne veulent pas l'entendre.

Et nous avons un deuxième lieu où l'on peut intervenir, c'est la petite enfance : les 2-6 ans. On a des « babichous » bien rondelets. Est-ce après le rebond ou avant, ce n'est pas notre domaine complètement de le dire et de le savoir. Et là vous avez évoqué, plusieurs d'entre vous, dont Laurent, le fait que l'on n'y arrive pas. Nous, nous avons voulu contourner, nous avons voulu toucher les mamans, mais comme vous, nous n'arrivons pas bien à intéresser les mamans à la surcharge pondérale de leur petit. Comment faire ? C'est une réflexion.

Mme PICHOT.- (Coordinatrice d'actions santé des Missions Locales de Rhône-Alpes).- Je voudrais parler de l'insertion des jeunes de 16/25 ans, puisqu'ils viennent chez nous après l'Éducation nationale, et justement bien rappeler que les missions locales conduisent des actions de prévention santé, ce qui n'est pas évident vu de l'extérieur car on est fléché emploi et formation, mais nous sommes bien sur une approche globale de l'insertion des jeunes et l'intérêt de ces actions prévention santé, c'est bien dans le sens de la charte d'Ottawa.

Ce que je trouve intéressant dans les échanges d'aujourd'hui et je compte beaucoup sur la communication qui va émerger de cette journée, c'est, me semble-t-il, qu'il faudrait que les clubs sportifs nous repèrent justement comme étant des lieux où les jeunes viennent spontanément, en autonomie, je ne dis pas qu'ils sont autonomes, mais spontanément en autonomie, et il faudrait pourvoir créer des passerelles avec ces clubs.

Quand les jeunes viennent dans nos actions de santé, évidemment ceux qui sont en surpoids, nous essayons de les orienter vers les centres d'examen de santé. Dans nos actions, il y a la CPAM, le Planning familial, d'autres structures qui sont sur les addictions, aussi des psychologues. On voit bien que par rapport à voici cinq ans, ils viennent dans ces actions. Je trouve que là il y a une prise de conscience de leur problématique et ils



ont aussi envie de sortir de leur isolement. Il me semble que c'est le moment de pouvoir aller plus loin et de les mettre en lien avec ces clubs.

Par rapport à la carte M'ra, il peut y avoir une prise en charge d'une partie de l'abonnement, mais je crois qu'il faudrait qu'il y ait des liens entre les clubs et les missions locales. Après on sait bien que c'est un partenariat sur les territoires. Cela rejoint vos questionnements de tout à l'heure. Je crois qu'il faut de la communication et après, sur le terrain, laisser les gens en autonomie pour que d'eux-mêmes ils prennent contact, car on ne peut pas non plus tout modéliser. Il faut aussi compter sur les partenariats locaux et essayer de les pousser à faire des communications complémentaires.

M. BENITAH. - Notre vrai souci, c'est de toucher les familles. Quand on aborde le thème sur le bien manger, si on voulait être efficace, il faudrait aussi regarder ce que les jeunes mangent à la maison, pas seulement au lycée. Il faudrait ouvrir le frigo de la maison et toucher les familles.

Nous avons essayé de faire des temps forts. Je pense que des choses ont été faites sur la communication : manger-bouger, 5 fruits et légumes, etc. C'était un passage obligatoire, un passage important pour la sensibilisation du plus grand nombre. Mais après, qu'est-ce qu'on fait sur le terrain, les actions opérationnelles ? Et il y a des choses toutes simples. J'ai senti vraiment quelque chose avec l'opération « un fruit à la récré ». Nous l'avons mis en place sur notre lycée. Une fois par semaine les élèves mangent un fruit. Nous avons eu un financement par le Conseil européen, une prise en charge à 50 %, il suffit de remplir un dossier tout simple, il faut prendre le temps de le faire. Nous avons travaillé avec notre service de restauration. Les professeurs d'EPS reçoivent des fruits de saison par des producteurs locaux. Et aujourd'hui nos élèves nous réclament ce fruit une fois par semaine. À chaque fois j'ai cela en tête, car quand on touche un élève, derrière on touche deux parents, des frères et sœurs, parfois des grands-parents.

M. QUINART. - Pour répondre vis-à-vis des adolescents et des tout-petits, les adolescents en surpoids que je vois reprendre une activité physique, le moteur, c'est les pairs, c'est retrouver un groupe d'amis. D'ailleurs, dans l'obésité c'est ce qui manque, c'est qu'ils ont peu d'amis. Et quand ils arrivent à retrouver un groupe d'amis, cela va tout de suite beaucoup mieux.

L'épanouissement dans l'activité physique, ce qu'on leur propose, finalement on se rend compte que l'offre à l'adolescence est quelquefois un peu en décalage avec ce qu'ils attendent, ce qu'ils aimeraient faire avec des groupes d'amis, toutes activités sportives confondues.

Chez les tout-petits, je regrette un peu que vous ayez pris la décision de moins impliquer les parents. Des enfants de 8 et 12 ans, même plus petits, ce qu'ils mangent à la maison, même si on leur apprend à bien manger, ce ne sont pas eux qui vont éduquer leurs parents. Donc il y a un travail indispensable à avoir avec les parents.

Nous, en prise en charge, on ne fait rien sans les parents, sauf s'ils sont adolescents et qu'à un moment donné à l'adolescence ils arrivent à remettre en question le modèle familial. Sinon, chez les enfants, on ne peut pas ne pas travailler avec les parents. C'est indispensable. Donc il faut réussir aussi à les attirer eux, même s'ils s'essouffent quelquefois, c'est peut-être aussi parce que ce qu'on leur propose n'est pas en lien avec leurs attentes et ne répond pas forcément à leurs questions.

Et remettons en question ce que l'on propose dans les politiques de santé publique, les actions que l'on mène, quelquefois cela peut être super sur le plan théorique, etc., mais les gens n'y adhèrent pas parce qu'ils ne comprennent pas le message ou ils le vivent mal, ils ressentent un peu un jugement.



Je pense que là on peut réfléchir réellement dans les actions, que ce soit nutritionnelles ou activités, à comment présenter les choses, comment aborder les choses pour justement leur faire prendre conscience à ces moments-là que leurs petits sont en train de prendre du poids et qu'il faudrait peut-être y faire attention.

M. CORNETTE. - Je vais me permettre d'intervenir pour rebondir sur l'idée de toucher les enfants et la famille.

La ligue d'athlétisme Rhône-Alpes a mis en place voici quelque temps les Rencontres de la Forme, avec l'aide de la Région. Cela permet de mettre en place un Diagnoform qui va évaluer les capacités et les qualités physiques de chacun. En même temps, il y a une session de marche nordique pour les parents, des kits pour les enfants. Du coup, on occupe toute la famille. Il y a une diététicienne, le CHU de Saint-Étienne est présent. Ce sont des actions que l'on va dupliquer sur toute la région et nous l'espérons, sur l'ensemble du territoire. Aujourd'hui il y a vraiment des actions qui sont mises en place. J'entends que l'on aimerait que cela aille plus vite.

Je rebondis sur ce que disait tout à l'heure le jeune homme en formation : si moi, en tant qu'éducateur sur le terrain aujourd'hui, je peux t'aider, vu que tu es en formation, c'est : pense que ce que tu vas faire va aider les gens. Et après, je pense que quand on a la vocation, on va bouger des montagnes. Mais quoi qu'il arrive, cela vient du terrain.

Nous étions au début du balbutiement de la marche nordique et de toutes ces activités santé, surtout dans une fédération qui était très athlétisme, où on parlait de compétition, où même nous nous étions montrés du doigt. Il faut juste croire que ce que l'on va faire pour les gens va leur rendre service et après les réseaux se tissent. Je suis très heureux d'être là aujourd'hui et je pense que c'est par le travail que l'on fait depuis le départ.

M. SCHIFFMACHER. - Je n'ai pas émis l'idée que les choses ne vont pas assez vite, mais simplement l'idée que l'on puisse tous travailler ensemble dans un objectif commun.

Je suis en charge de mettre en place des actions de sensibilisation à l'activité physique dans le cadre des rythmes de vie, et avec un collègue qui est diététicien chargé du projet nutrition, on met en place des journées de sensibilisation autour de l'alimentation, des rythmes de vie, de l'activité physique.

Un exemple concret, nous étions à Bron récemment, où en fait la première partie était de faire un goûter équilibré, avec des fruits, des gâteaux, du pain, et ensuite faire une séance d'activité physique : judo ju-jitsu. Ce sont des disciplines auxquelles les enfants en surpoids peuvent adhérer, et à la fin un goûter est organisé. Les parents qui viennent à la fin de ces séances sont accueillis dans un moment un peu festif, et du coup ne se sentent pas happés par les projets que l'on a mais viennent partager un goûter fait par les enfants, et c'est un moment où l'on peut toucher les parents. C'est à partir de là qu'effectivement on arrive à apporter la notion de plaisir dans l'activité physique et bouger.

Il faut bien se mettre dans l'esprit que bouger, à leur niveau, c'est d'abord le mouvement. On disait : est-ce que le poids est un obstacle au mouvement ? Par exemple, tout ce qui est jeu d'opposition, le poids chez l'enfant qui est un peu en surpoids va être un avantage justement. C'est pour cela que les jeux d'opposition sont de plus en plus utilisés, parce que dans ces conditions-là, l'enfant qui est en surpoids va se rendre compte qu'il a un avantage par rapport à cela, non pas d'être gros pour faire du judo, mais dans cette activité-là, on lui dit : « Tiens, tu as des capacités que les autres n'ont pas ». C'est le lien entre l'activité physique et l'alimentation.



Mme SIMON. - Vous mettez le doigt sur un élément important. Vous insistez sur l'aspect plaisir, estime de soi et les spécificités qui vont permettre de mettre en avant les aspects positifs qui vont permettre de pérenniser probablement l'activité physique.

La table ronde a été vraiment enrichissante. On pourrait continuer, je pense que tous autour de la table ont envie de prendre la parole pour préciser un point qui ne semble pas avoir été spécifié de façon suffisamment détaillée.

On a vraiment, il me semble, beaucoup avancé au cours de cette journée. On voit qu'il y a encore des points importants. Les familles sont un point sur lequel il faut réfléchir de façon collective, parce que ce n'est pas toujours facile de toucher les familles, même quand on a beaucoup de bonne volonté. Je comprends aussi que l'on ait envie de tester différents systèmes pour savoir comment les faire venir ou en tout cas les toucher d'une autre façon.

On voit bien aussi que l'on aura besoin de travailler avec encore plus de fédérations. On en a qui sont très motivées, qui ont franchi un tournant tout à fait intéressant. Il faut s'appuyer sur ces exemples pour montrer l'intérêt de ce type de démarche, y compris pour les fédérations concernées, pas seulement pour nous en tant qu'acteurs de santé ou d'activité physique. Là, nous aurons sûrement à travailler de façon collective.

J'ai entendu aussi qu'un élément important sera de rebondir sur cette journée pour que l'information, la communication soient encore plus larges, pour que l'on puisse toucher encore plus de personnes dans le domaine et que sans vouloir décréter ce qui doit être fait, on donne l'envie à chacun de construire des modèles multi-partenariaux et multi-niveaux, chacun là où il intervient et en essayant de trouver d'autres acteurs qui soient d'accord d'avancer avec lui. Il me semble que c'est très riche et j'espère que nous aurons beaucoup d'autres journées comme cela qui nous montrent que l'on avance dans le domaine.

Mme OTTAVY. - Merci à tous les intervenants de cette table ronde. Nous allons demander à Jean-Charles Basson de nous faire la synthèse et de nous ressortir la substantifique moelle de cette journée.



SYNTHESE DE LA JOURNEE

Par Jean-Charles BASSON, maître de conférences, chercheur au Laboratoire "Sports, organisations, identités", chercheur associé au Laboratoire des Sciences sociales du politique et membre de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires Santé et Société de Toulouse.

Bonjour à tous.

Vous avez beaucoup travaillé, bien travaillé. J'ai pris beaucoup de notes. J'espère ne pas être trop brouillon dans la restitution de ce que vous avez pu dire, tout simplement parce que c'est une honnêteté de ma part de respecter la qualité votre travail et ne pas finalement pervertir par ma lecture ce que vous avez expliqué.

Je voudrais commencer par vous remercier, Madame Ottavy, de me proposer d'être le grand témoin de cette journée régionale suite à la conférence sur le PNNS et ses traductions territoriales que j'ai pu présenter en décembre dernier. Pour information, notre recherche est poursuivie aujourd'hui, et après Midi-Pyrénées, nous travaillons actuellement sur l'Aquitaine et le Nord-Pas-de-Calais, avec des travaux qui apporteront, je l'espère, une certaine plus-value.

C'est effectivement beaucoup d'honneur que de me livrer à ce travail. C'est aussi une mission très difficile, soyons très clairs, parce que la synthèse va devoir tenir dans les 30 minutes et que les propos ont été riches. Je serais d'ailleurs très prétentieux que de penser qu'il est possible de résumer à la fois la richesse de vos expériences, la qualité des échanges, notamment ce débat que l'on vient d'écouter et les expertises diverses que vous avez pu restituer.

C'est pourquoi ayant réfléchi un peu auparavant, avant de venir, sur la façon d'intervenir, je vous propose peut-être dans un premier temps de mettre l'accent sur les points saillants évoqués dans la journée, en respectant le déroulé de la journée, qui a été très dense, et en m'octroyant la liberté de-ci de-là de commenter certains des éléments au regard des recherches que je peux mener actuellement sur le sujet. Dans un deuxième temps, de compléter cette synthèse, en partie impossible, en vous livrant quelques réactions personnelles inspirées du contenu de la journée, mais également de la consultation des sites, puisque j'ai pris le temps de regarder le site *réactivité.net* et le site de l'IREPS avant de venir ici à Lyon.

Voilà le programme que je vous propose. J'entre donc dans le vif du sujet en commençant par la synthèse elle-même, qui est assez longue, je vous l'annonce.

Nous avons été reçus par Mme Larochette, élue au sport de la ville ici, et qui a insisté immédiatement sur la vie sportive qui règne dans sa ville, en mettant en avant le nombre de licenciés, la qualité des équipements et sa sensibilité, nous a-t-elle dit, particulière à la question de la santé. Moi qui viens de la science politique, je trouve intéressant de voir comment les élus ont toujours, de bonne foi, un intérêt particulier à évoquer la question de la santé. Nous sommes là sur quelque chose qui relève du bien commun, et je pense que c'est un levier sur lequel nous pouvons travailler, à nos différents niveaux, envers les élus, car c'est toujours au bout du compte assez intéressant et aussi par ailleurs productif pour la population que d'évoquer la question de la santé.

Monsieur Alain Parodi a insisté sur l'évolution du traitement des questions de santé, en disant que l'on était passé du curatif au préventif. Et d'ailleurs, il appelait de ses vœux un



développement plus net encore du préventif. Et pour lui, il fallait donc développer des modes de vie particuliers, une nutrition particulière, et naturellement des activités physiques plus nombreuses et plus suivies. Il a indiqué que ses services y travaillaient directement, de façon active, avec de nombreux partenaires et notamment l'ARS, qu'il a citée.

Il a mis en avant également l'urgence de lutter contre l'obésité, en insistant sur les nombreuses dimensions sociales du problème, dans la mesure où, d'après lui, un certain nombre de liens sociaux sont éventuellement cassés par ces problèmes d'obésité et qu'il s'agit de travailler sur toutes les formes d'addiction, en particulier auprès des plus jeunes. Il a terminé son propos par une anecdote militaire, en appelant à l'empathie envers les victimes du surpoids.

Monsieur Olivier François a développé pour sa part, du point de vue de l'IREPS et notamment en référence à la charte d'Ottawa, à quel point le sport et les activités physiques appartiennent à une vision globale de la santé. Et il a insisté notamment, sur l'inter-professionnalité absolument nécessaire, voire impérative, pour accompagner les personnes présentant des cas d'obésité.

Il a mis en avant l'importance des motivations individuelles mais également sociales, plus générales, de la pratique sportive. Et il s'est félicité du partenariat ancien qui associe l'IREPS et la DRJSCS « dans la bonne humeur » a-t-il dit. Ce qui ne gâche rien, naturellement.

Madame Maud Ottavy a rendu hommage à son prédécesseur et a souhaité revenir sur l'histoire du traitement de cette question de l'obésité en Rhône-Alpes, a renvoyé également au guide présent sur le site *réactivite.net* et a insisté de son côté sur le large partenariat qu'elle caractérise avec la vitalité du travail engagé depuis quelques années. Elle est ensuite montée en généralités pour situer cette journée locale dans un cadre national plus vaste. Et elle a terminé en cadrant notre réflexion du jour en rappelant le programme et la question principale qui était posée.

Le programme était le suivant : la matinée était consacrée à l'état des connaissances avec deux intervenants majeurs.

Madame Chantal Simon a présenté les preuves et les conséquences pour la pratique de l'activité physique en matière de lutte contre l'obésité. Elle s'est livrée dans un premier temps à une analyse théorique, en revenant sur un certain nombre d'acquis scientifiques, et notamment en insistant sur le fait qu'il fallait parler des obésités et non de l'obésité en tant que telle, et que toutes les obésités avaient ceci de particulier qu'elles étaient socialement perçues, « visibles », a-t-elle dit. Elle a mentionné également qu'il existait une forme de continuum entre les différentes obésités, et qu'il convenait de travailler contre la sédentarité en premier lieu.

Reprenant ensuite les définitions des obésités, elle a précisé un certain nombre de choses : que la première définition fut livrée par les assurances et non par des médecins ; peut-être des médecins travaillant ensuite pour des assurances. Que l'obésité connaissait finalement un seuil assez bas : 80 kg pour une femme de 1,65 m. Que beaucoup d'enfants jeunes connaissent un léger surpoids, qui souvent passe inaperçu. Que le nombre d'adultes en surpoids a augmenté considérablement en dix ans : 50 % de la population active concernée par ce problème. Et que les générations d'obèses sont finalement de plus en plus jeunes. On imagine ainsi les difficultés à venir, surtout si l'on retient dans le même temps l'allongement de la durée de la vie.

Madame le Professeur a insisté également sur la dimension sociale de l'obésité, en relevant que l'obésité est une question socialement visible et que les difficultés étaient les suivantes : il faut développer une action volontariste tout en prenant garde de ne pas



se lancer dans un vaste programme de repérage, de recensement et au bout du compte de stigmatisation.

Vous avez précisé également que l'environnement est un facteur structurant de l'obésité, qui est également par ailleurs, on le sait, une maladie.

Une question se pose, dites-vous alors : Comment devient-on obèse ? Vous avez livré une réponse, que vous avez qualifiée de machiavélique, vous nous avez dit : lentement et sûrement, tout au long de la vie, à travers une somme de petites erreurs : le yaourt trop énergétique, le trop gros pain au chocolat, la voiture plutôt que la bicyclette.

Et au bout du compte, l'obésité est bien un mode de vie socialement construit - c'est en ce sens à mon avis que les sociologues peuvent nous aider sur cette question - et le produit d'une histoire des techniques du quotidien : l'ascenseur, le lave-vaisselle, la voiture, l'ensemble des écrans, etc.

Pour y faire face, l'activité physique est naturellement nécessaire, obligatoirement nécessaire. Il s'agit de lutter contre les maladies chroniques, il s'agit de lutter contre la sédentarité, pour les obèses et pour les autres, avez-vous dit également.

Les recommandations au regard de ce diagnostic, vous les avez qualifiées de raisonnables, adaptées et non normatives, c'est-à-dire au-delà des questions de performance notamment et en valorisant les activités du quotidien. Ainsi vaut-il mieux être poinçonneur que conducteur de bus en Angleterre, postier que téléphoniste dans ce même pays. Ce qui vaut sans aucun doute pour la France également, pays dans lequel, cela ne vous a pas échappé, on tend à supprimer les poinçonneurs et les postiers, sans doute ceux les moins exposés.

Vous avez terminé par les résultats positifs engendrés par l'opération ICAPS et les expériences qui en ont découlé, et mentionné que le Plan national obésité est une opportunité à saisir. Vous nous avez là lancé une perche. Et l'ensemble des variables de l'environnement social sont effectivement à prendre en compte.

Le second intervenant de la matinée, M. Michel Guinot, du CHU de Grenoble, médecin du sport et physiologiste, s'est posé la question suivante : comment franchir les obstacles à la pratique physique de l'enfant en surpoids ?

Il a commencé par un paradoxe très intéressant me semble-t-il, en nous invitant, certes à bouger plus, mais aussi, a-t-il dit, « à dormir plus ». Nous avons perdu deux heures sur une période courte - j'ai oublié quel était le délai -, et je m'inquiète dans la mesure où la nuit prochaine nous perdons une heure encore.

Je reprends ici les éléments complémentaires de ce second intervenant après l'intervention de Chantal Simon. Il a relevé notamment, dans une comparaison européenne, que la France se situe loin par rapport à nos voisins en terme de pratiques physiques. On retiendra - c'est moi qui le dis - que l'engagement physique, l'engagement des corps, on pourrait presque dire plus généralement le gouvernement des corps, en reprenant l'expression de Fassin, obéit à une histoire culturelle nationale au bout du compte. Il faut l'avoir à l'esprit à mon avis.

En effet, on sait qu'en France les acteurs publics nationaux et territoriaux, vous êtes ici un certain nombre de représentants de ces échelons locaux, portent un regard particulier sur le corps des citoyens. Le corps des Français intéresse l'État français et l'ensemble des acteurs publics. Ayons bien à l'esprit que ce n'est pas le cas de toutes les cultures nationales et qu'un certain nombre de pays, notamment de culture libérale, sont peu sensibles à la question de la santé du corps, estimant que c'est exclusivement une affaire



privée, ce qui est sans doute plus compliqué. Soyons satisfaits de l'orientation française, qui peut servir nos objectifs.

En tant que médecin, Michel Guinot a insisté sur les incidences de l'obésité sur la santé, incidences parfois très précoces, a-t-il dit, dont il faut tenir compte dans l'adaptation des pratiques physiques proposées. Ainsi, de nombreux facteurs de l'obésité limitent la pratique physique. Les facteurs sont médicaux, mais aussi, il a insisté sur ce point, psychosociaux. Point sur lequel de notre côté nous travaillons également dans le cadre d'un certain nombre de recherches.

Il a relevé un autre paradoxe - ou plutôt c'est moi qui le qualifie ainsi, il ne l'a pas mentionné comme tel - : l'hyperactivité invite à ne rien faire du point de vue sportif, a-t-il dit. L'hyperactivité professionnelle invite à ne rien faire du point de vue sportif, et si je reprends certaines de ses expressions, on pourrait dire que le burn out commence à 200 % du surbooking. C'est ainsi qu'il nous a expliqué la chose.

L'accent est mis également sur la qualité de la relation éducative, l'ensemble des facteurs déterminants de l'environnement, cet environnement qui caractérise les personnes présentant un risque de surpoids. Il a appelé à une action publique traditionnelle : La mairie et ce ministère, dont le nom change continuellement également, ont des choses à dire, nous a-t-il dit, en la matière. Et il a insisté, ce qui est très intéressant et témoigne de l'ouverture d'un médecin sur d'autres considérations, sur l'importance de l'urbanisme, de l'architecture, illustrée par le cas milanais et la couronne verte qui entourait le centre-ville de Milan. On pourrait citer d'autres exemples en France, je pense à la coulée verte de Grenoble par exemple ou aux zones vertes à Toulouse, pour citer deux villes dans lesquelles j'ai eu la chance de vivre.

Il a insisté également sur la distinction rural/urbain en matière d'offre d'équipements, c'est une dimension qui m'a paru aussi très importante, et sur la nécessité plus classique de favoriser les transports en commun et les déplacements doux.

Il s'est posé ensuite un certain nombre de questions, la première : comment évaluer du point de vue médical les bienfaits des pratiques physiques sur les personnes obèses ? Il nous a dit que les dispositions scientifiques existaient, mais qu'au bout du compte toutes les évaluations n'étaient pas nécessaires, on pouvait dans certains cas s'en passer. Et qu'il fallait ajouter à une évaluation sanitaire, une évaluation sociale, ce qui est très difficile à faire sachant qu'il faut notamment insister sur les processus qualitatifs, qui prennent beaucoup de temps, qui signifient notamment un suivi de cohorte très difficile à mener et très coûteux par ailleurs - c'est moi qui l'ajoute -.

Il faut mentionner également qu'évaluer ne signifie pas seulement viser la performance, mais plutôt chercher à s'améliorer, et alors au moins sur les points suivants, modifier sa composition corporelle, contrôler le poids, renforcer l'estime de soi, stabiliser un certain nombre de conduites alimentaires, réduire les risques médicaux. Et il a dit d'un point de vue très modeste que faire peu, c'est déjà très bien et que l'activité physique durable peut être conjuguée à d'autres modifications nécessaires des modes de vie.

En fin de matinée, le vice-président du CROS, M. Chauvot, nous a offert des DVD consacrés au sport, à la santé et au dopage.

Après un bon repas, qui nous a permis d'échanger, l'après-midi a été consacré à des retours d'expérience, là aussi très, très riches. Je ne vais pas les reprendre dans le détail, sachant qu'il s'agit de témoignages et on ne résume pas à mon avis des témoignages, cela n'a pas de sens, seuls les acteurs de terrain peuvent véritablement les livrer et en parler avec tout le sel, toute la sensibilité qui les a caractérisés.



Peut-être relever quelques points seulement. M. Sylvain Quinart nous a expliqué que le rejet du sport par les jeunes en surpoids était une manière de se protéger envers un certain nombre d'éléments : contre le sentiment de honte intensément ressenti, contre le sentiment de ne pas être normal, de ne pas être capable, contre un certain nombre de craintes profondément ancrées, le sentiment d'avoir un corps déformé, a-t-il dit. Le tout pouvant déboucher dans un premier temps sur des évitements, ensuite une forme d'isolement, et pourquoi pas, c'est le pire, l'exclusion.

Il a proposé des schémas psychosociaux d'intervention selon des prescriptions personnalisées d'un certain nombre d'activités physiques, notamment son atelier Tremplin Pass'Sport Forme contribue à atteindre ces objectifs, en association avec le mouvement sportif et avec le réseau de santé RÉPPOP franc-comtois. Le Jurassien d'origine que je suis reconnaît bien une forme de volontarisme politique et sociale propre à Besançon, et peut-être même à l'ensemble du Doubs. Vous avez mentionné que le Conseil général était derrière vous. Les résultats sont probants, vous les avez expliqués, je ne les reprends pas.

Monsieur Alain Vigneron, de l'Académie de Lyon, nous a expliqué les apports de l'EPS au collège et au lycée pour apprendre à gérer sa vie physique. Il a notamment insisté sur l'évolution des contenus de l'EPS, et notamment tout un travail d'ajustement du programme, qui intègre aujourd'hui « une dimension sociale, citoyenne » avez-vous dit, et plus précisément, qui vise à bien gérer sa vie physique. Au collège, cela signifie acquérir et s'approprier un certain nombre de pratiques. Et au lycée, cela signifie travailler au développement de soi et à l'entretien de soi, un certain nombre de pratiques que l'on pourra ensuite garder tout au long de sa vie.

Des activités ciblées permettent de poursuivre ces objectifs, en tendant vers, et tous les termes là sont à mon avis importants, l'autonomie, l'individualisation, une perspective non compétitive, la recherche du plaisir dans le sport et dans l'activité le physique et les progrès individuels.

Madame Corinne Bernard de la Direction de la santé publique de Villeurbanne, est intervenue sur l'expérience menée dans sa ville. Pour ma part, travaillant actuellement sur le plan municipal de santé de la ville de Toulouse, et notamment sur les ASV (Ateliers santé ville) qui le portent principalement, dans le cadre d'une recherche, je ne suis pas un acteur de terrain, j'ai été très attentif à ce que vous avez expliqué.

Votre action sport, santé et nutrition se déroule dans un quartier prioritaire de la politique de la ville. Les objectifs sont de développer l'activité physique et de prévenir le surpoids et l'obésité.

Le programme associe l'école, la ville, la famille, le RÉPPOP et un certain nombre d'associations. L'activité est gratuite, hebdomadaire et suivie d'un goûter. Les résultats sont satisfaisants sur une période d'un an. C'est à mon sens à relever. Vous avez mentionné également que des améliorations étaient possibles dans un cadre plus général, celui du projet sportif local.

Monsieur Laurent Benitah, du lycée rural de Crémieu, a restitué son expérience avec beaucoup de dynamismes, je trouve, beaucoup d'engagement et de modestie également. Vous vous êtes posé une question toute simple, avez-vous dit : Comment prendre en main son capital santé au sein d'un lycée rural ? Y a-t-il une spécificité ? Comment faire quand on part de rien, au bout du compte ? Telle est la question que vous vous êtes posée. Et vous avez mentionné la démarche suivante : des diagnostics, du suivi, une évaluation, mais le tout pas seul. Vous avez mentionné à quel point l'importance du réseau était effectivement très évidente dans votre cas.

Vous avez mentionné également qu'il était tout à fait possible d'inscrire ce programme, cette initiative, dans les missions de l'établissement et dans son projet lui-même. Vous



nous avez proposé une lecture par le bas, et j'ai trouvé qu'à ce titre votre travail était très complémentaire de l'intervention « par le haut » de M. Vigneron.

Et donc au travail en réseau, s'ajoutent également un certain nombre de points sur lesquels vous avez insisté, qui m'intéressent particulièrement, vous avez dit notamment : « l'expertise de chacun ». En action publique, en science politique, on insiste aujourd'hui sur l'expertise que l'on qualifie de profane, l'expertise de terrain, l'expertise militante, l'expertise associative, l'expertise citoyenne, que sais-je encore, tout un tas de dispositifs qui ne sont pas l'expertise qui vient d'en haut qui nous écrase et qui n'est pas forcément adaptée précisément à ce que l'on veut faire.

Vous avez insisté aussi, et à mon avis c'est un élément très important, sur la proximité, sur l'existant également, sur la nécessité de travailler de façon interdisciplinaire, sur la transversalité et sur l'estime de soi.

À noter la création des nombreux ateliers du matin en internat. Pour connaître un peu la vie d'internat, je suis persuadé que c'est un travail difficile à mettre en place, mais vous nous avez dit à quel point cela suscitait une forme d'engouement et au bout du compte d'habitudes auprès des jeunes.

Monsieur Sébastien Cornette de la Fédération d'athlétisme et Coach Athlé Santé, vous nous avez détaillé votre activité de lutte contre la sédentarité et l'obésité, notamment en évoquant la marche nordique, qui est ainsi bien adaptée aux obèses et/ou aux diabétiques. On notera par cet exemple, l'évolution du mouvement sportif, qui propose effectivement des offres de pratiques très nouvelles, pas forcément très nouvelles du point de vue historique mais au moins dans ce dispositif fédéral, et très originales.

Vous nous avez dit que l'activité était en plein développement en Rhône-Alpes. Je ne doute pas que dans le Haut Jura et le Haut Doubs, chers à M. Quinard, on pratique depuis très, très, très longtemps des choses qui ressemblent à cela, parfois avec des lattes aux pieds et un peu de neige par-dessous.

Au bout du compte, un ensemble d'expériences très riches, relevées par Mme Simon, qui s'est appliquée à rapprocher pendant la table ronde, que je ne peux résumer ici, si ce n'est là aussi en disant que finalement une des lignes de force du débat, une seulement, celle que j'ai retenue par le prisme qui est le mien, qui est la suivante : qui fait quoi au bout du compte ?

Et si on traduit cette affaire-là en science politique, on va dire : quelle est la question de la gouvernance de la santé publique aujourd'hui en France ? Qui fait quoi, à quel niveau, avec quel type de compétence, avec quel budget, avec quelle institution derrière soi, en prenant en compte ou pas les acteurs de terrain ? Vaste chantier, la question de la gouvernance de la santé publique en France. Voyez les ARS, voyez les plans locaux de santé actuellement en construction. Je crois que l'on peut presque dire aujourd'hui, sans être trop désagréable, que personne ne sait réellement qui fait quoi en matière de santé en France, le tout dans une logique de réduction des budgets publics, vous le savez comme moi.

Je vous propose le deuxième point de cette synthèse, qui va un peu au-delà de ce qui a été dit, consacré à des réactions personnelles suite au contenu de cette journée et à la consultation des deux sites dont je vous ai parlé précédemment. Je livre tout cela un peu péle-mêle.

- Premier point, je note du point de vue de votre travail, l'antériorité de votre réflexion sur la question. Depuis 2007, vous travaillez, vous vous attellez à ce problème-là, c'est à noter.



- Deuxième point, le suivi de cette réflexion jusqu'à ce jour. Le tout est effectivement engagé sur une période sans rupture.
- Troisième point, je note également les productions de qualité, et vous nous en annoncez de nouvelles, auxquelles ce travail donne lieu. Je pense notamment à votre guide consultable sur le site et aux nombreuses expériences de terrain restituées ici et là.
- Quatrième point, j'insiste également sur les nombreux niveaux de réflexion, vous êtes à la fois sur une réflexion théorique, empirique et méthodologique, qui vous a été, vous nous l'avez dit, très utile par ailleurs.
- Cinquième point, le caractère interprofessionnel du travail engagé, quand on sait à quel point les cultures professionnelles sont très diverses, sur un secteur par ailleurs en recomposition. Prenons le cas de ce sigle imprononçable : la DRJSCS, on voit à quel point, on le sait tous, c'est très compliqué de faire travailler des gens ensemble, même s'ils ont des objectifs communs.
- Sixième point, l'ensemble des institutions qui sont associées à ce programme : Ministère jeunesse et sport et cohésion sociale, l'IREPS, l'Éducation nationale, les CHU, l'ARS, les associations, les réseaux de santé, et j'en oublie sans doute.
- Septième point, la mise à jour régulière de vos travaux, et ce n'est pas une chose facile, j'en suis persuadé.
- Huitième point, les orientations renouvelées actuellement que vous nous proposez, c'est-à-dire la question de l'engagement durable des publics, et vous le dites très clairement, de tous les publics, que ceux-ci soient qualifiés de spécifiques ou pas. Et l'on sait que c'est une question très importante. J'y reviendrai un peu plus tard.

Tous ces points, et j'en citerai d'autres un peu après, sont à noter, tant toutes les régions ne sont pas aussi avancées sur cette question. J'ose vous le dire, travaillant sur d'autres régions.

J'en viens maintenant à la consultation des sites. Alors que le site *mangerbouger.fr* du PNNS, que vous avez cité, retient quelques obstacles à la question que nous nous sommes posée, quelques obstacles à la pratique sportive, que nous dit-il ? Le manque de temps, le manque de motivation, l'âge, le fait de ne pas supporter les tenues de sport - c'est écrit ainsi. Cela à voir avec l'estime de soi j'imagine, la peur de la blessure, le risque de se lasser, la difficulté de choisir un sport et la distance du lieu de pratique. Nombreux obstacles, sans doute. Mais la question qui nous intéresse ici, la question du poids n'est pas retenue comme obstacle majeur à la pratique sportive, or on sait qu'elle est cruciale pour un certain nombre d'éléments que l'on a mentionnés tout au long de la journée, je ne vais pas y revenir, si ce n'est en mentionnant l'un des points sur lesquels il faut travailler car ce problème est naturellement un problème social et donc un problème politique : les inégalités sociales de santé. C'est aussi en ce sens que la question du surpoids m'intéresse, dans la mesure où tout à la fois il illustre et il renforce-il y a une forme de dialectique, cela joue dans les deux sens- les inégalités sociales de santé.

Il faut donc favoriser le mouvement au quotidien des personnes victimes de surpoids, et ceci de façon adaptée. Toute la question est là au bout du compte, selon quelle adaptation ?

Le site *réactivité.net* fournit quelques éléments de réponse. Ainsi, par exemple, pour n'en citer que quelques-uns :



- Premier point, en prenant en compte, on l'a dit ici, la tranche d'âge particulière constituée par les adolescents, notamment la question de l'estime de soi qui est très importante, et puis dans les conduites à risques et d'autres choses encore que l'on connaît bien.

- Deuxième point, en insistant sur l'émulation provoquée par l'appartenance à un groupe, les gens qui pratiquent collectivement le savent, dans lequel se déroule l'activité sportive.

- Troisième point, en relevant qu'il faut déconstruire, cela me paraît très important, l'idée préconçue selon laquelle l'obésité est associée à un manque de volonté, à un esprit de paresse, à une forme de culpabilisation, et au bout du compte, d'inhibition.

- Quatrième point, en prenant en compte l'environnement et le contexte social général. On l'a beaucoup dit aujourd'hui.

- Cinquième point, en reconnaissant que chaque public a des besoins spécifiques. Et ça, c'est compliqué, surtout quand on a des publics qui ne formulent pas ces besoins. On sait à quel point l'action publique a un mal fou à travailler lorsqu'elle travaille face à un mur, sans avoir d'interlocuteur. Moi qui ai travaillé sur le sport de rue, notamment dans la cuvette grenobloise où j'ai vécu quinze ans, c'est l'une des questions qui se posait. Les élus nous disaient : « On veut faire des choses pour les jeunes, notamment des quartiers, mais on ne les connaît pas ». Ils ne sont pas constitués en tant qu'association, et selon notre modèle démocratique, si on n'est pas constitué en association, on n'existe pas du point de vue public, donc on n'accède pas au réseau, et de fait, on ne peut pas faire valoir son point de vue. Compliqué cette affaire-là !

- Sixième point, les besoins spécifiques de tous les publics en incluant une pratique physique dans un projet de vie globale. C'est sans doute le plus compliqué. Cela signifie la longue durée, le quotidien, le lien avec l'ensemble des acteurs, et ils sont très nombreux, et des contextes qui constituent ce que les sociologues appelleraient : un mode de vie.

Enfin, sur la base d'une expertise collective associant les professionnels de la santé, de l'éducation et du social, et en référence au principe de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé, l'IREPS Rhône-Alpes propose un guide permettant de mieux connaître et de prendre en compte les motivations des publics à la pratique physique. Tout un document est consacré à cette question. Là aussi j'ai relevé quelques éléments qui me paraissent importants :

- Premier point, la sensibilisation massive ne suffit pas à changer les comportements pour le PNNS, et je trouve que ce n'est pas mal vu. Très largement ce programme a insisté sur la labellisation et la communication. On sait tous que cela va beaucoup plus loin que cela, et que les modes de vie sont socialement construits, sont les produits de structures sociales très profondes, culturelles très enfouies, et qu'il ne s'agit pas simplement de labelliser de-ci de-là une action pour s'en sortir aussi facilement. Ce sont les déterminants sociaux de la santé, et vous le savez aussi bien que moi, qu'il faut mettre au jour.

- Deuxième élément relevé sur le site de l'IREPS : motivation vient du latin movere, qui signifie : se mettre en mouvement. Intéressant cette affaire-là : la motivation signifie se mettre en mouvement. On pourrait faire le lien de façon assez évidente avec tout ce que l'on a dit aujourd'hui.

- Troisième point, renforcer l'autonomie individuelle : on en a parlé.

- Quatrième point, développer le sentiment de compétence : on l'a dit également.



- Cinquième point, éviter la tentation normalisatrice et l'injonction au changement. On sait que c'est plus compliqué que cela. Il ne suffit pas d'appeler au changement pour que le changement intervienne comme par magie.

- Sixième point, prendre en compte les savoirs des personnes.

Au bout du compte, et je conclus sur ce point, l'ensemble de l'approche que nous développons ensemble aujourd'hui, je trouve, possède sa traduction en science politique, et donc ma discipline d'appartenance. En effet, en santé comme dans de très nombreux autres domaines, on tente de faire admettre par nos recherches qu'une politique publique ou une action publique, qu'elle soit sanitaire ou qu'elle relève d'un autre domaine, n'a de sens que si elle associe les ressortissants. C'est ainsi que parle la science politique quand elle veut parler des citoyens : les ressortissants. Les ressortissants de l'action publique doivent être associés dès la réflexion sur une politique publique à mettre en avant. On ne peut pas travailler seulement pour les gens, mais aussi avec les gens. La difficulté tient effectivement aux moyens et aux dispositifs à mettre en place, et c'est très compliqué. Comment représenter des gens qui ne sont pas représentés selon le schéma associatif. Un certain nombre de choses existent : des panels, des forums, des échanges, des plateformes communes, mais qui sont difficiles, qui prennent du temps et qui supposent également de respecter son public en étant sûr qu'il a beaucoup à nous apporter.

Donc vous l'avez compris, dans ce domaine beaucoup de travail reste à faire. Cette journée je n'en doute pas travaille en ce sens.

Je terminerai en disant qu'il n'y a sans doute pas de santé sans citoyen. Cela pourrait être notre slogan. Je vous remercie de votre attention.

(Applaudissements).

Mme OTTAVY. - Merci beaucoup, Monsieur Basson, pour cette synthèse de haute qualité. J'en profite pour remercier tous les intervenants de la journée pour la qualité de leur intervention, et tout le monde pour la qualité de l'écoute qui s'est maintenue, un samedi où il fait beau, jusqu'à 17 heures, ce qui est remarquable, et la qualité des échanges. D'un point de vue purement pratique, je voulais vous signaler que les actes de la journée seront prochainement disponibles sur le site, ainsi que les PowerPoint des interventions pour lesquels les intervenants ont accepté qu'ils soient diffusés.

N'hésitez pas à nous faire remonter les choses que vous souhaitez voir apparaître sur la rubrique actualité du site. Il n'y a aucun souci. Vous nous le communiquez.

Remercier encore tous les gens qui ont participé à l'organisation de cette journée de près ou de loin. Merci à Nora et Vincent pour leur présence.

Et je vais laisser le mot de Mme Françoise May Carle, Directrice régionale adjointe de la DRJSCS.

Mme MAY CARLE. - Merci pour cet échange d'expériences et de connaissances. On se dit au revoir mais on se reverra sûrement à l'occasion de nos vies professionnelles, on se croisera.

Je dois remercier vraiment le Dr Ottavy pour l'organisation de cette journée, ainsi que ses collaboratrices puisque Christelle Moura a beaucoup participé également à l'organisation.

Un petit clin d'œil en fin de réunion : nous avons eu quelques émotions car nous avons oublié, quand nous avons fixé la date, qu'elle était entre les deux tours des cantonales et



que l'on était en pleine période de réserve. Je vous laisse penser, quand on s'est aperçu du problème, les difficultés devant lesquelles nous nous sommes trouvés.

Nous avons réussi tout de même à nous rencontrer, nous en sommes très heureux. J'espère que ces travaux seront fructueux et produiront des résultats dans les sujets qui nous occupent, dans la prévention et la lutte contre l'obésité, et plus largement en faveur des jeunes en particulier.

Bon week-end.



ANNEXE

Synthèse de l'enquête sur les freins et leviers à la pratique de l'activité physique

Contexte / Objectif de l'enquête

Le programme Réactivité, soutenu par la DRJSCS avec l'appui de l'IREPS, vise à renforcer les compétences des acteurs qui souhaitent mettre en place des actions de promotion de l'activité physique en Rhône-Alpes. Les actions développées dans les premières années de ce programme¹ ont permis de renforcer les compétences des acteurs accompagnant des jeunes sédentaires en surpoids et ou obèses. Le comité de pilotage de Réactivité qui souhaite étendre ce programme en direction des acteurs accompagnant des publics spécifiques (population en situation de handicap, population atteinte de maladie chronique, population âgée, population en situation de précarité) décide en juillet 2010 de recueillir des éléments lui permettant de mieux connaître la réalité des pratiques d'accueil de ces publics. Ainsi une enquête est réalisée auprès des acteurs du monde sportif et de l'éducation nationale qui se trouvent dans les lieux habituels de pratique d'activité physique et sportive.

Cette enquête a notamment pour objectif **d'identifier les freins et leviers à la pratique d'activité physique de publics spécifiques**. Les résultats de cette enquête devraient ainsi permettre, au comité de pilotage de Réactivité, d'orienter son action pour favoriser l'engagement durable de ces publics.

Méthode

Elaboré dans le cadre d'un groupe de travail restreint et validé par le comité de pilotage, un questionnaire a été réalisé à destination des clubs et associations sportives de la région (7826 structures sportives) ainsi qu'à destination des établissements scolaires de la région Rhône-Alpes (1052 établissements publics et ou privés sous contrat).

Le questionnaire a été adressé par mail le 06/12/10 aux structures sportives et établissements scolaires qui avaient la possibilité de le renseigner et de l'adresser jusqu'au 10/03/11 à l'IREPS (une relance a été effectuée en janvier 2011). La saisie et le traitement des données ont été réalisés par l'IREPS.

Les résultats présentés ci-dessous qui s'appuient sur la base des 737 questionnaires renseignés doivent être lus en tenant compte des limites de cette enquête. Si celle-ci ne peut prétendre être le fidèle reflet de l'ensemble des acteurs engagés sur cette question elle permet cependant, sur la base des réponses obtenues, de repérer des éléments utiles pour envisager des pistes d'action.

Résultats / commentaires

Pour faciliter la présentation des résultats les réponses obtenues ont été regroupés dans quatre parties, pour chaque partie les réponses des établissements scolaires viennent en premiers suivis de ceux des structures sportives. Certains résultats, parce qu'ils soulèvent des interrogations, sont assortis de commentaires au fil de leur présentation.

¹ La réalisation du guide Réactivité, une journée régionale d'échanges le 17 janvier 2008, le site www.reactivite.net



- **Caractéristique des répondants**

Au total **737** questionnaires ont été adressés à l'IREPS avec la répartition suivante : **245** pour les établissements scolaires (147 pour l'académie de Grenoble et 97 pour l'académie de Lyon), **492** pour les clubs et associations sportives de la région avec taux de réponse plus important pour le Rhône et l'Isère (respectivement 23,20 % et 18,28%). Les répondants sont majoritairement les professeurs coordonateurs d'EPS pour les établissements scolaires et les présidents de clubs pour les structures sportives.

Commentaire : *ce sont les établissements et structures sportives qui ont accueilli et /ou qui accueillent encore qui répondent à l'enquête très majoritairement. Cette réalité nous invite à nous interroger sur les raisons de non-réponse à l'enquête : les non-répondants, qu'ils soient issus du milieu sportif ou scolaire, n'ont-ils jamais été confrontés à des demandes d'accueil ou bien ne sont-ils plus impliqués dans ce type d'accueil et de ce fait n'auraient pas jugé pertinent de répondre?*

- **Pratiques d'accueil**

Etablissements scolaires : **83%** des établissements scolaires déclarent avoir accueilli, sur les 5 dernières années, des publics spécifiques et 94% d'entre eux déclarent que cet accueil est toujours à l'œuvre au moment de l'enquête.

21% des publics spécifiques accueillis présentent les difficultés suivantes : surpoids/obésité, handicap physique et maladie chronique, 17% présentent un handicap cognitif, 9% et 7% respectivement pour un handicap auditif et visuel, 5% pour d'autres difficultés où sont citées principalement les dyslexies. Les effectifs accueillis restent cependant très faibles (entre 1 et 5 élèves).

L'adaptation de l'activité se traduit pour 74% d'entre eux par l'adaptation des séances. De manière plus marginale (7,53%) avec l'utilisation de matériel adapté ou le recours à un intervenant extérieur type Auxiliaire de Vie Scolaire. Les réponses obtenues concernant la mise en place de groupes spécifiques (4,74%) ou de groupes réduits (3,21%) reflètent une pratique peu courante.

Commentaire : *Compte tenu de l'obligation faite aux établissements scolaires d'accueillir tous les élèves en EPS, les 17% des établissements disant ne pas accueillir n'ont sans doute pas été confrontés à cette situation. Par ailleurs certains professeurs d'EPS disent ne pas considérer les élèves porteurs de maladie chronique comme des publics spécifiques dans la mesure où la pathologie est bien traitée notamment pour l'asthme et le diabète.*

Structures sportives : 54,79% des structures sportives déclarent avoir accueilli, sur les 5 dernières années, des publics spécifiques et 90,38% de celles-ci déclarent que cet accueil est toujours à l'œuvre au moment de l'enquête.

Les publics spécifiques accueillis présentent les difficultés suivantes : maladie chronique 41,76%, handicap physique 19,20%, handicap cognitif 15,72%, surpoids/obésité 11,08%, précarité 7,35%. Les effectifs accueillis restent également très faibles (entre 1 et 5 personnes).

L'adaptation de l'activité se traduit pour 37,5% d'entre eux par l'adaptation des séances, 21,81% avec l'utilisation de matériel adapté, 15,96% par la création de groupes spécifiques, 15,69% avec la mise en place de groupes réduits. Un même club peut proposer deux types d'adaptation.

- **Freins ressentis et manques repérés**

Etablissements scolaires : Parmi les établissements accueillant des publics spécifiques les freins cités le plus fréquemment concernent le manque de formation des enseignants et le manque de connaissance des spécificités de ces publics (29%), le manque de moyens humains (15%), des lieux de pratique inadaptés (11%) et des difficultés organisationnelles notamment pour gérer l'hétérogénéité des groupes (8%). Certains répondants évoquent leur souci de ne pas stigmatiser davantage des élèves ayant des difficultés de santé ou sociales.



Pour les établissements déclarant ne pas accueillir de publics spécifiques la raison principale est la non-demande des familles (61%) et cette même raison est évoquée pour les établissements qui ont cessé l'accueil.

Structures sportives : Pour les structures sportives accueillant des publics spécifiques les freins rencontrés sont principalement le manque de moyens financiers (23,93%), le manque de moyen humains (21,07%), le manque de connaissance des spécificités de ce public (16,79%), le manque de formation des personnels encadrant (16,07%) et des lieux de pratique inadaptés (13,04%).

Pour les structures sportives déclarants ne pas accueillir de publics spécifiques les raisons principales sont : l'absence de demande (57,23%), le manque de formation des personnels qui encadrent (16,25%) et les locaux /matériels inadaptés (10,32%).

Commentaire : *que ce soit pour les établissements scolaires ou pour les structures sportives, la notion de non-demande soulève plusieurs questions : le niveau d'acceptation de la maladie, du handicap ou de la difficulté n'est-il pas à mettre en lien avec la possibilité d'en parler ? Déclarer une difficulté (de santé ou sociale) ne suppose-t-il pas que la personne se sente suffisamment en confiance pour pouvoir le faire sans craindre la stigmatisation ou l'échec de sa démarche ? Comment se pose la question du droit des personnes à ne pas vouloir divulguer des informations qui les concernent ? Quel niveau d'information possèdent les « non-demandeurs » quant à la possibilité d'accueil et d'adaptation de l'activité en fonction de leurs difficultés ? Les encadrants (enseignants, animateur sportif, ...) possèdent-ils toujours les informations sur les difficultés du public ? Dès lors que les informations portées sur le dossier médical et ou social sont confidentielles, comment dans le respect du secret médical sont-elles transmises à l'encadrant ?*

- **Leviers repérés et bénéfiques ressentis**

Etablissements scolaires : L'obligation faite aux établissements scolaires d'accueillir tous les élèves dans les cours d'EPS constitue le levier majeur à l'inclusion des élèves (41%), l'implication des familles est identifiée comme le second levier important (18%) et l'implication des personnels de l'établissement (12%).

Les bénéfices perçus à cet accueil concernent tout à la fois les élèves présentant des difficultés (développement de la confiance et des compétences, intégration dans le groupe), les élèves « ordinaires » (développement de l'empathie et de l'entraide, acceptation des différences et apprentissage du respect), les enseignants (nouveaux défis pédagogiques, actualisation des pratiques) et l'institution (évolution de la conception de l'EPS, diminution du nombre d'élèves avec une dispense totale).

Structures sportives : les leviers identifiés comme participant à l'accueil des publics spécifiques sont principalement : la volonté de la structure (42,24%), l'implication de la famille et de l'entourage (18,04%) et le fait qu'un encadrant soit directement concerné (12,10%).

Les bénéfices perçus par les structures sportives se situent à quatre niveaux : matériel et financier (achat de matériel, aménagement des locaux subventions supplémentaires accordées), amélioration de l'image de la structure, intérêt pédagogique (approche diversifiée, réflexion pédagogique) et développement de valeurs (solidarité, mixité, respect, esprit d'équipe, ...).

Perspectives

Cette enquête (avec les limites qu'elle comporte comme évoquées en début de document) permet de dégager les éléments suivants :

- **les publics spécifiques accueillis en établissements scolaires et en structures sportives sont assez similaires** (obésité/surpoids, handicap, maladie chronique). Si les personnes porteuses de maladies chroniques sont plus représentées dans les structures sportives cette différence s'explique peut être du fait de l'âge des publics accueillis. En



effet l'apparition des maladies chroniques est plus fréquente dans un public plus âgé et donc ne fréquentant plus les établissements scolaires.

- o **parmi les freins déclarés par les répondants, ceux sur lesquels il est possible d'avoir une action, sont le manque de formation des personnels encadrants et le manque de connaissance des spécificités des publics.** Sur ces aspects des actions de formations pourraient être envisagées.

- o **la notion de non-demande des publics** (cf. commentaire p.3) invite sans doute à imaginer des actions de communication auprès de ces publics sur les possibilités d'accueil qui leur sont accessibles.

Si les éléments dégagés au terme de cette enquête soulignent la nécessité d'une meilleure prise en compte des spécificités de ces publics dans l'offre existante ou celle dans celle à développer, il n'en demeure pas moins que certaines problématiques restent transversales à ces publics : l'accessibilité financière et géographique, le passage des dispositifs particuliers vers des structures type clubs.

Le lancement en juillet 2011 du **Plan National Nutrition Santé 3²** et du **Plan National Obésité³**, qui soulignent tous deux l'enjeu de la pratique de l'activité et proposent des stratégies pour sa mise en œuvre, constituent une opportunité que l'ensemble des acteurs impliqués auprès de ces populations doivent saisir.

² Axe 2 : Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité

Mesure 1 Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous
Mesure 2 Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques

³ AXE 2 : Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique

Mesure 2-1 Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national pour l'alimentation

Mesure 2-2 Actions préventives conduites dans le cadre du Programme national nutrition santé

Mesure 2-3 Actions préventives conduites dans le cadre du Programme éducation santé 2011 - 2015

Mesure 2-4 Actions préventives spécifiques





IREPS Rhône-Alpes

Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

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

www.education-sante-ra.org