



TRANSCRIPTION

Colloque

« Activités physiques et sportives: un enjeu pour la santé »

Mardi 1^{er} avril 2014

Arnaud JEAN, adjoint à la communication du ministère: Bonjour et bienvenue à toutes et à tous, pour ce colloque portant sur les questions de santé organisé par le ministère en charge des sports. Je suis Arnaud Jean, je suis adjoint au bureau de la communication du ministère et j'aurai le plaisir de l'animer cet après-midi avec vous et tous les intervenants qui vont se succéder, nous sommes accueillis aujourd'hui dans un magnifique amphithéâtre, et je vais laisser la parole à Mr Chenu, qui est avec nous cet après midi, qui est vice-président de la MGEN, qui nous accueille cet après-midi. On vous écoute Mr Chenut.

MR CHENUT: Merci beaucoup, bonjour à tous mesdames et messieurs, mesdames et messieurs les présidents de fédérations, c'est avec un grand plaisir que j'ai l'honneur, au nom de Thierry Beudet, le président de la MGEN, de vous accueillir pour ce colloque autour de la santé et du sport, sous l'égide, vous venez de le rappeler, du Ministère des Sports, de l'Éducation Populaire, de la Jeunesse et de la Vie Associative qui sont autant de thématiques qui parlent fort, qui résonnent à la MGEN compte tenu de nos préoccupations, compte tenu des populations que nous protégeons. Les enjeux en terme de sport et de santé, pour nous qui gérons le régime obligatoire, le régime complémentaire santé croyance dépendance, qui sommes acteurs de prévention au quotidien, qui sommes gérants des établissements sanitaires sociaux-médicaux, sont bien évidemment pour les trois millions et demi de personnes que nous protégeons, quelque chose qui nous parle au quotidien, des actions que nous tentons de mener, de développer, de déployer. Et puis, la MGEN, en tant qu'acteur du mouvement social au côté des associations, au côté des coopératives, essaie aussi de faire vivre ces valeurs éthiques du sport, de la santé pour réduire les inégalités en santé, inégalités économiques, inégalités territoriales, inégalités sociales. Quand on voit le nombre de nos concitoyens qui renoncent, qui ferment les soins, cette question des inégalités est extrêmement forte.

Alors je ne citerai pas l'ensemble des activités qui sont menées dans le champ sport et santé, je me contenterai de parler de trois actions en particulier. Le fait que depuis 2012, tous les adhérents de la MGEN peuvent avoir accès au travers de notre site internet à du coaching en sport et santé, la possibilité de disposer d'un certain nombre de conseils, d'un certain nombre d'actions pour pouvoir se remettre au sport, parce qu'il nous semble qu'au travers de la promotion de l'activité sportive, on peut réduire et agir sur les déterminants de santé, agir sur les inégalités de santé, et ce site que nous avons co-élaboré avec l'IMAPS, l'institut mutualiste des activités physiques et sportives, est quelque chose qui donne plein de satisfaction à nos adhérents. Et puis, l'an passé nous avons développé le sporticament, qui est une petite boîte de médicaments qui dispense un certain nombre d'informations, de conseils, et les différents spécialistes du sport santé nous ont souligné l'intérêt de cette démarche qui nous permet de diffuser de

l'information auprès de toute la population protégée, des plus jeunes jusqu'aux plus anciens.

Les plus jeunes, et bien c'est ceux que nous essayons d'intégrer au travers de programmes. Avec les actions des fitdays, nous faisons la promotion du triathlon auprès du public des cinq/douze ans, à la fois bien évidemment la dimension sport/santé, mais aussi les valeurs de la citoyenneté, parce que pour nous, l'activité physique, le sport, c'est bien évidemment un moyen de faire passer un certain nombre d'éléments intéressants sur la pratique sportive, de mieux se connaître, de connaître son corps, de connaître les autres, mais aussi le moyen de faire passer un certain nombre de valeur en terme de citoyenneté, de respect de ses propres droits et des droits des autres. Au travers de toutes ces actions, vous le voyez, la MGEN essaie à la fois, à destination des population que nous protégeons, du champs de la culture, de l'éducation, de la recherche, de la formation, mais aussi à destination de la communauté éducative de transmettre tout l'intérêt que l'on peut avoir autour des activités physiques et sportives. On a noué plusieurs partenariats avec un certain nombre de fédérations, notamment la fédération du sport pour tous, et puis également un certain nombre d'actions que nous décrivions avec des sportifs de haut niveau, de renom, qui portent haut ces valeurs. Pour nous, le sport, les activités physiques, c'est un levier de prévention, c'est-à-dire que nous ne souhaitons pas attendre que les gens soient porteurs de pathologies chroniques pour les engager, les inciter à exercer de l'activité physique, et au travers d'une grande action, d'une grande campagne de dépistage, de prévention, d'accompagnement des pathologies chroniques, autour des maladies cardiovasculaires, autour des cancers, mais utiliser là aussi l'activité physique comme thérapie non médicamenteuse, parce que les techniques médicamenteuses ne pourront pas tout résoudre dans les années à venir, comptes tenus, d'une part du vieillissement de la population, et comptes tenus d'autre part de l'explosion des pathologies chroniques. Il est nécessaire d'œuvrer à un certain nombre d'alternatives, et il nous semble qu'au travers d'un certain nombre d'actions simples, d'hygiène alimentaire, de nutrition, d'actions autour du sommeil, et bien l'activité physique et sportive soit un des tenants pour une bonne santé, le plus longtemps possible, pour tous, à tous les âges de la vie, et c'est ce à quoi nous nous employons au travers de nos actions de prévention, au travers d'actions d'éducation thérapeutique que nous portons au quotidien. Et donc, tout ce que vous allez pouvoir développer cet après-midi nous intéressera particulièrement, parce que ça viendra conforter l'ensemble des programmes que nous entendons déployer pour nos adhérents, pour la communauté éducative, pour l'ensemble des élèves et bien au-delà, au travers de nos établissements pour toute la population, merci à tous, bon travaux, bon après-midi.

Arnaud Jean: Merci à vous Mr Chenut, vous êtes le vice-président de MGEN. Cet après-midi, un sujet principal, c'est placer la pratique des activités physiques et

sportives au cœur de la prévention pour préserver et améliorer la santé. Sujet qui va être traité sous différents angles. Le premier, au travers d'un état des lieux, avec trois intervenants qui vont faire état de leurs travaux de recherche sur ce sujet, puis nous irons voir comment sur le terrain, comme on dit souvent, le lien se fait entre la théorie et la pratique, lors d'une première table ronde, puis une seconde table ronde permettra de faire le point et d'avoir un aperçu de différentes formes de partenariats qui se mettent là aussi au cœur des territoires en place autour de cet enjeu majeur, puis nous concluons cette après-midi au alentour de 18h avec le professeur Martine Duclos.

Je vous propose de commencer cet après-midi avec une introduction du colloque par Thierry Mosimann, Directeur des Sports. Je vous demande de bien vouloir rejoindre le pupitre, pour nous faire part, au travers de votre ouverture, de la place que prend le Ministère sur cette question.

Thierry Mosimann: Mesdames et Messieurs les présidents de fédération, mesdames et messieurs, c'est pour moi un vrai plaisir et un honneur de prendre la parole en ouverture de ce colloque sport/santé. Je suis d'ailleurs très heureux de constater le succès qu'il a, puisque l'affluence est au rendez-vous. Ce colloque a été réuni à l'initiative de Madame Valérie Fourneyron, il est organisé par le Ministère des Sports, et plus particulièrement par le "pôle ressources sport/santé bien-être" qui a été créé il y a un an à la Direction des Sports. Je tiens à remercier tous les organisateurs de cette journée, et j'en profite pour adresser des remerciements à monsieur Beaudet, président de la MGEN, et à Monsieur Chenut, qui nous accueillent aujourd'hui dans ces locaux. Vous le savez tous, le thème que nous abordons aujourd'hui, le sport/santé, et au cœur des priorités du Ministère des Sports. Ces priorités, il y en a cinq: La correction de l'inégalité d'accès au sport; la réussite au plus haut niveau, ou le rayonnement de la France; le développement de l'emploi formation dans le secteur du sport; la préservation de la sincérité des compétitions sportives et il y a enfin la promotion du sport santé comme facteur de santé publique.

Cet affichage est clair. Il est fort et il est durable, ça n'est pas un effet de mode, parce que la légitimité de cette politique est forte et incontestée. C'est le premier point sur lequel j'insisterai donc aujourd'hui. Nous sommes donc aujourd'hui réunis pour un temps d'échange sur les actions engagées depuis 18 mois. Il faudra donc faire un bilan de ce qui a été fait, ce sera le second point de mon propos. Et enfin ces assises doivent être l'occasion d'un échange entre tous les acteurs ici présents, pour pousser plus avant notre réflexion, une réflexion de fond qui est indispensable, et qui sera le fondement de nos initiatives futures. Et ce sera, après le bilan, l'avenir, le troisième temps de mon intervention.

Commençons par le début, la légitimité de cette politique de sport/santé. Les travaux et les publications sur les bienfaits de l'activité physique et sportive sur la santé sont unanimes. Ils confirment tous l'impact positif de l'activité physique et sportive sur la santé. Tous les indicateurs vont dans ce sens. Les publications de l'INSERM, de la haute autorité de santé, les recommandations de l'OMS, celle de l'académie nationale de médecine, au niveau français, je peux encore citer les chiffres de surmortalité liés à l'insuffisance d'activité physique, ou bien les chiffres de l'obésité chez les jeunes, 18% des 5/12 ans sont en surpoids en 2012, alors qu'ils n'étaient que 3% en 1965. Je peux mentionner également l'enquête publiée par "Assureurs Prévention", qui met en évidence le manque d'activité physique grandissant parmi les 15/24 ans, ou encore les travaux de l'INCA sur la diminution des risques de cancer du sein lorsqu'on pratique une activité physique. Les risques de récurrence diminuent alors de 50% avec la pratique d'une activité physique régulière. Cette légitimité scientifique ne fait plus aucun doute, mais elle n'est pas encore suffisamment reconnue, suffisamment assésée. Et c'est pour cela que Madame Fournayon a souhaité auprès d'elle une conseillère scientifique en la personne de Martine Duclos, professeur au CHU de Clermont Ferrand, aux connaissances et aux compétences incontestables en ce domaine, chacun le reconnaît. J'aurai donc en première partie de ce colloque un point sur les fondements scientifiques du sport/santé, en termes de bénéfices pour les malades, et en termes d'économie sur la santé.

On arrive maintenant au second point de mon propos, le bilan de notre action. Il y a dix-huit mois, à l'issue d'une communication au conseil des ministres, le 10 octobre 2012, Marisol Touraine et Valérie Fournayon ont établi une feuille de route pour développer une véritable politique de santé publique basée sur la prévention. Cette feuille de route, c'est le plan national "sport santé bien être", c'est un plan interministériel qui compte 47 mesures et qui est piloté par différents directions et services de l'État. Ce plan s'articule bien évidemment avec d'autres plans nationaux, et notamment avec le plan national nutrition santé. L'alimentation a longtemps été identifiée comme le seul facteur de santé. Ce temps est révolu. L'activité physique et sportive a maintenant toute sa place dans le dernier "PNSS", et c'est tout à fait légitime.

Pour toucher l'ensemble de la population, il faut bien sur une impulsion de, l'État, mais ce n'est pas suffisant. Le rôle des soignants, le rôle des médecins pour éduquer nos citoyens, nos concitoyens, et faire changer les choses, ce rôle-là est déterminant. Rien, vous le savez, n'est plus difficile que de faire évoluer les habitudes de vie et des mentalités.

Pour y parvenir, nous avons donc structuré notre plan autour de deux axes. L'indice de grand public et l'autre, les publics spécifiques.

Commençons par le grand public, et commençons par l'accès au sport du grand public. Il existe des inégalités en matière d'accès à la santé, il en existe aussi en matière d'accès au sport. Le sport est un outil de santé public, il ne peut donc pas être un luxe pour certains d'entre nous et réservé à certain d'entre nous. Dans ces conditions, favoriser l'accès de tous au sport est un devoir, c'est un devoir qui nous concerne tous. Cela concerne en premier chef l'Éducation Nationale, bien évidemment. Les trois heures libérées par la réforme des rythmes scolaires doivent permettre d'accéder plus largement au sport. Cela concerne l'enseignement supérieur, pour que le projet sportif fasse réellement parti de la vie des campus des universités. Cela concerne les transports et l'urbanisme, la réflexion sur les modes alternatifs de transports et le plan qui doit en découler prévoit des actions concrètes pour faciliter l'utilisation du vélo dans les déplacements quotidiens.

Cela concerne les équipements. Il faut progresser par exemple dans la gestion des équipements scolaires à destination des autres publics. Une disposition en ce sens a d'ailleurs été adoptée récemment par le parlement à l'occasion du vote de loi sur la refondation de l'école. Cela concerne l'entreprise, et son organisation du travail, parce que le frein à la pratique sportive est bien souvent, nous le savons tous, le manque de temps, il faut donc pratiquer sur son lieu de travail. Cela concerne l'emploi, les jeunes dans les missions locales ou dans les filières d'apprentissage. Cela concerne enfin, et bien évidemment le mouvement sportif, les fédérations et les clubs. Tout doit être mis en œuvre pour inscrire dès le plus jeune âge l'activité physique et sportive dans le quotidien des Français. Tout doit être fait pour les emmener à pousser la porte des clubs.

Il nous faut donc réfléchir à l'offre proposée dans les fédérations et les clubs. Nous travaillons d'ailleurs déjà à cela avec les fédérations, via les conventions d'objectifs, et les fédérations sont de plus en plus nombreuses à fonder leur développement non plus seulement sur le sport compétition mais sur le sport loisir, qui s'adresse à un public beaucoup plus large.

Le CNOSF et sa commission médicale, sous la direction de d'Alain Calmat va plus loin. Il identifie quelles sont les adaptations à apporter aux pratiques sportives en fonction des différentes pathologies. Il s'agit donc d'adapter la pratique sportive aux différentes motivations et aux différentes capacités des personnes.

Cela me permet de faire le lien avec le deuxième axe du plan "sport santé bien être". Ce deuxième axe, il vise les publics spécifiques. La pratique sportive est alors un outil de prévention secondaire et tertiaire. La prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques nécessite une adaptation des activités, une mise en réseau. On va donc pouvoir s'appuyer sur des projets de territoires partenariaux. C'est ce sujet qui sera principalement débattu aujourd'hui. Le rôle du ministère, il est bien évidemment de donner une impulsion nationale. Mais ce sont en fait les territoires qui doivent s'en

saisir. Tous les territoires ont construit un plan régional "sport santé bien-être", co-piloté par les DRJSCS et les ARS. Des bilans ont été remontés, une présentation de ce bilan vous en sera faite cet après-midi, et des initiatives concrètes vous seront présentées, des initiatives en Midi-Pyrénées, en Champagne-Ardenne, en Lorraine, et en Picardie. Ces échanges sont concrets, ils sont essentiels, car il nous faut aider à entrer dans l'action, il nous faut aider à mutualiser et à déployer ces bonnes pratiques. Je dirais qu'il nous faut tout simplement être pragmatique. Les expériences de mise en réseau fonctionnent, elles doivent donc être dupliquées partout sur le territoire où cela est possible.

Après avoir dressé ce rapide bilan, il nous faut nous projeter dans l'avenir, tracer les perspectives. C'est le troisième temps de mon intervention. Nous devons nous poser deux questions. La première concerne le grand public: comment faire sauter des verrous qui aujourd'hui interdisent l'accès du plus grand nombre aux activités physiques. La deuxième question concerne les publics spécifiques atteints de pathologies particulières. Comment faire en sorte que ce public, à besoins particuliers, soit informé, accueilli, pris en charge de façon durable dans le cadre d'une politique adaptée. J'ai identifié pour ma part cinq axes de réflexion et de progrès. Premier axe, identifier et lever des obstacles à la pratique du sport pour tous. Certains obstacles peuvent tenir à l'absence d'équipement sportif. C'est alors principalement aux collectivités locales d'apporter une réponse. D'autres obstacles peuvent être réglés par le législatif, la future loi sur le sport pourrait être l'occasion de simplifier la réglementation du certificat médical de non contre-indication. D'autres obstacles sont financiers. Il faudrait alors promouvoir et développer un chèque sport, comme il existe des chèques vacances. Des travaux sont d'ailleurs en cours avec l'agence nationale des chèques vacances. Il faudra là encore faire évoluer la loi pour progresser en ce domaine. Au deuxième axe de réflexion, c'est l'inscription de l'activité physique sur l'ordonnance. Ce serait une étape symbolique. Le projet de loi sur le sport peut être l'occasion de franchir cette étape. Cette inscription de l'activité physique sur l'ordonnance participe du développement des thérapies non médicamenteuses. Elle suit en cela les préconisations qui ont été faites en 2011 par le rapport de la Haute Autorité de Santé. Il y a déjà un grand nombre de médecins qui recommandent le sport à leurs patients. La recommandation est un premier pas. Mais l'inscription sur l'ordonnance serait une étape supplémentaire, une étape qu'il nous faudra bien un jour franchir. Il faudra la franchir parce que l'activité physique réduit le coût de la maladie. Elle contribue donc à l'équilibre des comptes sociaux. On évalue le différentiel de dépense de santé annuelle entre un sédentaire et un sportif à 250 euros par an. Cela représente une économie potentielle de six milliards d'euros dans notre pays. Des expériences intéressantes ont d'ores et déjà été faites ici ou là. Je pense par exemple à celle de Strasbourg. Les médecins qui se sont engagés dans le projet prescrivent l'activité

physique et sportive sur l'ordonnance de leurs patients, après une étape d'évaluation de leurs capacités physiques. Mais ce qui différencie cette expérience des autres, c'est que la pratique physique ou sportive est ensuite prise en charge par la mairie et ses partenaires financiers à travers la mise à disposition de vélos, des entrées gratuites à la piscine, ou encore l'adhésion dans l'un des clubs labellisés par le dispositif. C'est tout l'intérêt de cette expérience. Et là, contourner le problème de remboursement par l'assurance maladie. En rendant accessible les activités qui sont prescrites. Il nous faut donc aujourd'hui, au niveau national, nous inspirer de cette expérience strasbourgeoise, parce qu'avec la prescription d'activités physiques et sportives, il nous faut pouvoir répondre aux questions. Où envoyer mon patient? Où sont les lieux labellisés? Où les éducateurs sportifs sont-ils formés, et comment sont-ils formés? J'ai cité Strasbourg, mais je peux citer également le travail qui a été effectué avec les mutuelles et les autres complémentaires de santé. Elles ont déjà engagé des expérimentations sur des publics particuliers ou pour certaines pathologies. Tant sur FOME (*incertitude sur l'acronyme*), avec la fédération nationale des mutuelles de France, par exemple, ou le programme "active", pour le cancer du sein, à l'institut Curie, en partenariat avec AG2R la mondiale. Nous devons à présent aller plus loin. Ça sera l'objet de la table ronde sur les partenariats. Elle doit permettre de tracer des perspectives de déploiement au plan national ou territorial.

Le troisième axe de réflexion porte sur nos partenaires, sur le partenariat, et j'ai évoqué les mutuelles, les autres complémentaires santé, mais nous devons nous ouvrir à de nouveaux partenariats avec des entreprises prêtes à s'engager sur des actions concrètes "sport santé". L'objectif est de sortir du discours. Qu'on acte par le discours académique ou par la démonstration ne suffit plus. Je l'ai déjà dit, il faut aujourd'hui convaincre par les faits et la démonstration concrète. La création d'un fond dédié au sport santé, au sein du CNDS est en passe de se concrétiser. Ce fond permettra de financer des actions d'envergure au plan régional ou national, qui mettront en avant le sport comme pratique de prévention ou de traitement de pathologie.

Quatrième axe de réflexion et de progrès, il nous faut parvenir à garantir un accueil de qualité pour tous ces publics au sein des clubs et des associations éventuellement sur des créneaux réservés. Cela implique de mettre en place des structures spécifiquement destinées à ces publics. Certaines fédérations sont plus en avance que d'autres sur cette offre spécifique. Ces fédérations constituent un partenaire incontournable des réseaux régionaux. Un accueil adapté signifie aussi personnel formé. Formation des professionnels du sport tout d'abord. Il nous faut poursuivre les travaux engagés sur leurs formations à l'accueil de publics à besoins particuliers. Ils doivent pouvoir s'adapter à tous les types de publics, les jeunes, les moins jeunes, les adolescents, les personnes plus âgées, et aux différentes pathologies: le cancer, le diabète, et plus

globalement, l'ensemble des pathologies liées à l'inactivité physique. Une réflexion est déjà en cours sur les compétences nécessaires à l'éducateur sportif pour prendre en charge les pathologies chroniques. Il nous faut adapter la formation des éducateurs sportifs, mais il faut aussi faire évoluer la formation initiale et continue des personnels soignants, pour faire une place aux thérapeutiques non médicamenteuses.

Une convention a été signée entre la conférence des doyens et des directeurs de staps, la C3D et la conférence des doyens des facultés de médecine. Son objet, construire des modules communs de formation, pour d'un côté, améliorer la connaissance des professionnels de santé de l'activité physique, et de l'autre, approfondir la culture médicale des professionnels de l'activité physique. Ce sera une division dévolue au pôle ressources sport santé bien être que de suivre des universités qui ont expérimenté cette convention. Nous aurons donc un bilan à la fin de cette année universitaire.

Bien accueillir tous ces publics au sein ces clubs et des associations, c'est aussi créer des emplois. N'oublions pas que ce secteur "sport santé" est un secteur créateur d'emploi. Au sein des collectivités, au sein des fédérations sportives dans le champ de l'économie sociale et solidaire. En Bretagne, par exemple, sous l'impulsion du référent de la direction régionale, le référent activité physique dans les EHPAD, 70 jeunes ont été formés spécifiquement au maintien de l'autonomie pour les personnes, et plus de cinquante emplois pérennes ont été créé en deux ans.

J'en arrive à ma dernière réflexion, elle porte sur la communication. Nous avons besoin d'une communication plus large auprès du grand public. Ces expérimentations qui foisonnent sont encore trop confidentielles. Pour les sportifs, mais surtout pour la population en générale. La population française n'est malheureusement pas convaincue de la pratique d'une activité physique pour la santé. Le corps médical ne l'est peut-être pas non plus toujours. Pour convaincre, convaincre les médecins, diffuser les informations à l'ensemble de la population, le relais des mutuelles et des autres complémentaires santé est pour nous particulièrement important. Elles ont leurs réseaux de presse, et certains réseaux à large diffusion. Lorsque le ministère communique, il apporte de son côté et par là même, une caution institutionnelle qui donne plus de poids à son message. C'est pourquoi Martine Duclos a été nommée conseillère scientifique auprès du ministre chargé des sports. Ses connaissances et sa compétence sur le sujet, je l'ai dit tout à l'heure, sont reconnues de tous. Elles portent ce message du sport santé avec la conviction qu'on lui connaît et l'autorité académique que personne ne peut lui contester. Je profite donc de cette occasion pour la remercier très chaleureusement en mon nom personnel mais également au nom de Madame Valérie Fournayon d'avoir accepté la mission de conseillère scientifique au sein du pôle "ressources, pôle santé bien être".

J'en arrive donc au terme de mon intervention, à travers le sport santé, c'est en fait d'un projet de société que nous parlons, c'est d'un beau projet de société que nous parlons, et nous pouvons donc être fiers de le porter, être fiers de la dynamique qui a été enclenchée, être fier du travail accompli. Alors bien sûr, il y a encore beaucoup à faire, et ni la communication ni les études scientifiques ne suffiront à elles seules à faire évoluer les représentations et les habitudes de vie. Le véritable enjeu de cette politique volontariste, c'est en fait, ne sous y trompons pas, un changement culturel, dans une société on l'on pense encore trop souvent que le médicament peut tout. Ce changement culturel, on y accédera plus facilement dans les politiques de prévention par un message positif sur les activités physique et sportives que par des interdits. Ce changement culturel, il doit s'appuyer sur tous, nous tous, il doit s'appuyer notamment sur les médecins, ils sont un appui précieux, bien évidemment, lorsqu'il s'agit de rassurer, d'éduquer, d'orienter, de conseiller dans un parcours de santé. Mais ce changement culturel, il ne peut pas n'être que l'affaire des médecins. Il est l'affaire de vous tous, il est l'affaire de nous tous, il indique une action politique globale, notamment institutionnelle, ministérielle, inter ministérielle, mais aussi une action politique globale, partagée, avec tous ceux qui comme vous sont prêts à s'investir, sont prêts à s'engager dans les enjeux de la prévention, ou l'exercice physique à toute sa place.

Merci donc à vous tous, de relayer ce message, merci aux intervenants, pour leur implication à nos côtés et sachez, soyez convaincu, que ce colloque n'est qu'un début, il a vocation à devenir un rendez-vous, relayé par des actes et par le pôle sport santé bien être. Ce site et ce colloque, je les souhaite ouverts à tous, à tous les acteurs, à tous ceux qui œuvrent au quotidien, avec, je le sais, passion pour le développement de la pratique sportive à des fins de prévention, merci à vous.

Arnaud Jean: Merci Thierry Mosimann, directeur des sports. Je vais inviter à me rejoindre Martine Duclos, Madame Duclos je vous en prie. Je vais inviter Jean François Toussaint, à venir s'installer sur la scène, puis monsieur Claude Lepen, également, à rejoindre l'estrade pour nous faire part de vos travaux. Ces trois intervenants vont traiter du sujet des fondements scientifiques du sport santé, et surtout du lien de la théorie à la réalité pratique. On va commencer avec vous, Madame Duclos. Vous avez été citée par Monsieur Mosimann, nous vous écoutons.

Martine Duclos: Merci, bonjour à toutes et à tous, donc je vais continuer avec les messages positifs sur les fondements scientifiques du sport santé. Est-ce-que vous connaissez la première cause de mortalité évitable dans les pays développés, est ce que selon vous c'est la mortalité par accident domestique, la mortalité sur la route, ou la mortalité par tabagisme? Et bien, je vous donne tout de suite la réponse, la première cause de mortalité évitable depuis 2012 dans les pays développés, ce n'est plus le

tabagisme, c'est devenu l'inactivité physique, puisque le tabagisme est responsable de 5,1 millions de décès par an dans le monde, contre 5,3 millions de décès avec l'inactivité physique. Donc première cause de mortalité évitable dans le monde. A l'inverse, l'activité physique peut diminuer significativement la mortalité. De nombreuses études scientifiques le montrent. Et je vous cite cette étude, qui a été réalisée chez des sujets d'âge moyen, cinquante ans, des sujets qui étaient totalement inactifs, qui ont été suivi pendant plus d'une trentaine d'années, et a été mesurée en analyse multi variée, donc vous mettez tous les facteurs de risque au même niveau, et vous faites juste varier le niveau d'activité physique, et a été mesurée donc la survie. Et vous voyez qu'au bout de trente ans, les sujets qui n'ont pas eu d'activité physique, ceux qui sont en bleu, ont un taux de mortalité de 80%. Et ceux qui ont eu une activité physique élevée, donc ceux qui sont en vert, ont une mortalité de 60%. Quand on fait l'analyse globale, on voit que déjà, les effets de l'activité physique sont significatifs au bout de dix ans. Au bout de dix ans, les sujets qui ont démarré une activité physique voient leur taux de mortalité diminuer et globalement, au bout de trente ans, à la fin du suivi en fait, les sujets, par rapport aux sujets inactifs, ceux qui ont eu une activité physique élevée, un petit peu au-dessus des recommandations, ont baissé leur mortalité significativement de 32%. Et ceux, toujours par rapport aux inactifs, qui ont eu une activité physique selon les recommandations, les fameuses 30 minutes cinq fois par semaines ont baissé leur mortalité de 22%. Le deuxième élément intéressant, c'est que cet effet obtenu après une augmentation de l'activité physique est plus important que celui qu'on obtient après une réduction de la cholestérolémie sanguine d'un milli mole par litre, ce qu'on obtient un effet de la mortalité, une diminution de la mortalité totale de 18%, là on est à peu près entre 20 et 30%, ou, quand on donne un traitement anti hyper tenseur, où on obtient une baisse globale de la mortalité de 10%.

Alors, juste un petit rappel de sémantique, qu'est-ce qu'on appelle activité physique? Je suis désolée pour ceux qui savent déjà, mais c'est quelque chose qui est vaste, extrêmement vaste, et qu'on a tendance trop souvent à réduire à l'activité sportive, donc c'est tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques qui va entraîner une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Donc les deux mots importants, c'est la contraction des muscles squelettiques, donc le mouvement de vos muscles qui va induire une dépense au-delà de la dépense de repos, donc en résumé, vous êtes tous là dans une attitude assise, donc vous avez une dépense énergétique de repos. Dès que vous vous levez, et que vous allez commencer à bouger, vous allez avoir une dépense énergétique supérieure à votre dépense énergétique de repos, et à mesure que vous allez vous "agitez", et puis bouger vraiment, c'est à dire marcher, et ceci de plus en plus vite, votre dépense va augmenter, et vous allez avoir une dépense physique dans l'intensité va augmenter. Donc en fait, on peut caractériser l'activité physique en quatre mouvements, ou quatre types d'activités physique dans la vie quotidienne possible, celle que vous

pouvez avoir lors de l'activité professionnelle, ça concerne moins de 10% de la population, si vous êtes maçon, oui, si vous avez une activité professionnelle, à l'inverse si vous êtes derrière un bureau toute la journée, vous n'avez pas d'activité physique professionnelle. Dans le cadre de la vie domestique, on peut avoir une activité physique qui peut être non négligeable, par exemple le ménage qui concerne les deux sexes, je le confirme, ce n'est pas spécifique à certaines, ce n'est pas genre dépendant, et pour vous motiver, passez l'aspirateur, ça coûte de l'énergie, c'est considéré comme une activité physique d'une intensité modérée, voire intense. L'activité physique lors des transports, quand pour aller travailler ou conduire vos enfants, faire vos courses, vous utilisez le vélo, tout l'intérêt de l'urbanisme d'avoir des pistes cyclables, ou que vous marchez, et bien vous avez une activité physique lors des déplacements, et bien vous pouvez utiliser aussi votre vie quotidienne pour vous déplacer, donc là c'est une activité physique, lors des transports par contre, si vous allez au travail en voiture, là vous n'avez aucune activité physique. Et enfin l'activité physique lors des loisirs, lorsque vous faites du sport, lorsque aussi vous jardinez ou vous bricolez, là aussi vous avez une activité physique. Donc l'activité physique c'est un large spectre, et vous voyez que dans votre vie quotidienne, vous pouvez intégrer l'activité physique tous les jours, en dehors du sport. Le sport vous voyez, c'est une activité physique beaucoup plus encadrée, beaucoup plus ludique, mais qu'on ne peut pas forcément faire tous les jours mais déjà dans votre vie quotidienne, vous pouvez regarder votre environnement comme vous permettant de faire de l'activité physique, quotidiennement

Et un autre élément dont je parlerai peu, mais qui est aussi important à considérer dans votre vie quotidienne et contre lequel il faut lutter du fait de notre évolution, qui est positif aussi, c'est la sédentarité, qui est différente de l'activité physique, à l'inverse de l'inactivité physique, c'est à dire, soit vous avez une activité physique quotidienne selon les recommandations, les fameuses trente minutes, et si vous n'avez pas cette activité physique suffisante, vous êtes inactif, et à l'inverse, il y a la sédentarité, qui est le temps passé assis dans la journée entre le lever et le coucher. Et bien la sédentarité, c'est donc cette dépense énergétique de repos, et dans l'idéal on est censé passer moins de huit heures entre le lever et le coucher assis par jour. Alors, l'activité physique diminue la mortalité, et les deux grandes causes de mortalité, dans les pays occidentalisés, ce sont les maladies cardio-vasculaires et les maladies par cancer. Je vous rappelle que les maladies cardio-vasculaires, c'est la première cause de décès en France chez les femmes et la deuxième cause de décès chez les hommes, et quand ça n'induit pas de décès, elles peuvent induire des séquelles invalidantes, une altération importante de la qualité de vie. C'est aussi un enjeu majeur de santé public, c'est 2,2 millions en France de personne en invalidité à 100%, et ça coûte 17,9 milliards d'euros dépensés en 2007. Surtout, c'est un enjeu de prévention important, puisque selon l'OMS, 80% des infarctus du myocarde sont évitables par un changement de style de vie qui inclut activité

physique régulière, nutrition équilibrée et arrêt du tabagisme. Alors, comment l'activité physique peut-elle prévenir la survenue des maladies cardio-vasculaires? On le sait par des études d'interventions. La plus grosse étude est la première remonte à l'étude des infirmières américaines qui remonte à 1999. C'est sur des sujets de femmes ménopausées, donc à risques cardio-vasculaires élevés, c'est plus de 73 000 femmes qui avaient été suivies pendant plus de huit ans, et cette étude avait montré que quand on comparait des femmes en analyse multi variée, ou on met tous les facteurs de risque au même niveau, et on fait juste varié le niveau de marche. Quand on prend les femmes qui marchent moins de 2 heures par semaine, donc à gauche, par rapport à celles qui marchent au moins 3 heures par semaine, ou 30 minutes six fois par semaines, et que vous mesurez le risque de faire un infarctus du myocarde en analyse multi variée, donc celle qui marchent au moins six fois 30 minutes par semaines, le risque de faire un infarctus du myocarde simplement en fonction du nombre d'heures de marche par semaine est diminué de 40%. Donc marcher 30 minutes six fois par semaine diminue le risque de faire un infarctus du myocarde de 40%. Depuis, il y a eu de nombreuses études qui ont confirmés ces données, à la fois chez les hommes et chez les femmes, et après la question a été de se demander si il y avait une relation dose effet, et quelle était la dose minimale. Et donc il y a eu une méta analyse qui a été réalisée il y a deux ans qui porte sur plus de 21 études de cohorte, donc des populations qui suivent leur propre contrôle, qui ont été suivies sur le long terme et ces études ont montré d'abord si les résultats chez les hommes, donc quel est le risque de développer en haut une maladie cardio-vasculaire, une atteinte coronarienne, et en bas un accident vasculaire cérébral en fonction de l'activité physique, alors c'est surtout la marche, alors quel est le risque par rapport à des gens qui ne font rien. Donc ici chez les gens qui marchent entre 1 heure par semaine et moins de 3 heures par semaine, et bien le risque est diminué de 20% en analyse multi variée, donc chez ceux qui marchent plus d'une heure par semaine et moins de trois heures par semaine. Et à droite, entre ceux qui marchent plus de trois heures par semaine, le risque est diminué de plus de 24% chez les hommes. Et chez les femmes, et bien entre celles qui marchent plus d'une heure par semaine et moins de 3 heures par semaine, par rapport aux inactives, le risque est diminué de 18%, et celles qui marchent plus de 3 heures par semaine, le risque est diminué de 27%. Donc, ça confirme toutes les études antérieures, sur des sujets qui sont suivis de façon longitudinale, sur au moins dix ans, c'est plus de 600 000 sujets quand même, donc l'activité physique permet de diminuer significativement le risque de survenue de maladies cardio-vasculaires, en analyse multi variée, donc à peu près avec un effet dose réponse, c'est efficace à partir d'à peu près une heure par semaine, le mieux c'est au moins, toujours ces fameuses trois heures par semaine, avec un risque en moins, à peu près diminué de 30%.

Alors, comment c'est efficace? On le sait, on connaît les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. Premier facteur contre lequel on ne peut rien, les antécédents familiaux, facteur non modifiable, puis les éléments positifs, c'est que tous les autres facteurs sont modifiables. L'obésité, l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabac et le stress chronique. Puis après vous avez deux facteurs de protection, l'activité physique régulière et l'alimentation riche en fruits et légumes. Alors que fait l'activité physique? D'abord ça a un effet en elle-même, l'activité physique agit directement sur la paroi vasculaire en fait, protège la paroi vasculaire, et deuxièmement, vous allez voir, l'activité physique agit sur tous les facteurs de risque modifiables. Le premier facteur de risque modifiable, c'est l'hypertension artérielle, qui est le plus important. Que fait l'activité physique sur l'hypertension artérielle? Et bien ici vous avez donc une méta-analyse qui fait donc la synthèse de toutes les études d'intervention sur le rôle de l'activité physique régulière, donc l'entraînement, une activité physique qui est répétée régulièrement, sur la tension artérielle, et bien vous voyez que l'activité physique, qu'elle soit de type endurance, qu'elle soit de type musculation, ou qu'elle soit mixte, c'est à dire endurance plus musculation, diminue significativement les chiffres de pression artérielle, systolique, diastolique, que les sujets soient hyper-tendus ou normaux tendus, avec un effet important chez les hyper-tendus que chez les normaux tendus. Donc, en conclusion, il est maintenant clairement reconnu que l'activité physique est un traitement préventif et curatif de l'hypertension artérielle, et en fait, on reconnaît actuellement que l'activité physique permet de prévenir l'hypertension, et que si tous les sujets étaient actifs on pourrait prévenir 35% de l'incidence de l'hypertension artérielle, avec un exercice régulier d'intensité modérée.

En ce qui concerne l'obésité, l'activité physique est aussi reconnue comme un facteur de prévention de l'obésité à tous les âges par contre ça permet pas de traiter l'obésité, on ne perd pas de poids en faisant de l'activité physique. Autre effet positif, c'est que ça permet de maintenir la perte de poids après un régime. On sait faire perdre du poids au sujet qui sont en excès de poids, ça c'est pas compliqué, par contre on est extrêmement mauvais pour faire perdurer la perte de poids. Moins de 5% des sujets qui ont perdu du poids maintiennent 10% de leur perte de poids à cinq ans. Le meilleur facteur pronostic de la perte de poids après un régime, c'est l'activité physique démarrée pendant ou après la perte de poids. Enfin l'activité physique permet chez des sujets qui ne peuvent pas ou qui ne veulent pas, mais souvent ils ne peuvent plus perdre de poids après des régimes répétés, le fameux effet yoyo, et bien l'activité physique permet de maintenir, ou d'augmenter la santé des sujets en excès de poids, puisque l'obésité est facteur de risque cardio vasculaire et métabolique.

L'hypercholestérolémie, l'activité physique permet d'améliorer le profil lipidique, ça baisse le cholestérol total, ça baisse le mauvais cholestérol, ça augmente le bon cholestérol. Prévention du diabète de type deux, depuis maintenant quinze ans, on a des études d'intervention où on a des sujets à risques élevés de développer un diabète

de type 2, c'est à dire les sujets qui sont juste avant le diabète de type 2, on les appelle les intolérants au glucose, c'est des études multi ethnique, on a des études avec des sujets caucasiens, chez des asiatiques, chez des finlandais, toute population confondue, qui montrent que quand on met de l'activité physique seule chez le sujet pré diabétique, et bien on diminue l'incidence du diabète de 50%, indépendamment de la diététique. Quand les sujets sont diabétiques de type 2, c'est que l'activité physique permet d'améliorer l'équilibre glycémique et c'est un effet indépendant de la perte de poids. C'est le même effet que si on donne un traitement, améliore l'HB1C de 0,6 à 0,8%, et par rapport à un traitement seul, quand on donne un traitement anti diabétique, contrairement au traitement anti diabétique qui va améliorer la glycémie, l'activité physique n'agit pas seulement sur la glycémie mais sur les autres effets secondaires du diabète, ça diminue la masse grasse viscérale, facteur de risque cardio vasculaire, ça a un effet fait hypo tenseur, baisse de la tension artérielle. Ça améliore le profil lipidique, qui est aussi modifié dans un sens qui favorise l'athérosclérose, facteur diabétique de type 2, et ça améliore la capacité maximale d'exercice, elle-même est un facteur pronostic de mortalité.

Enfin, le stress chronique, qui est un facteur, aussi, de risque cardio vasculaire reconnu, et bien l'activité physique diminue le stress perçu et diminue l'anxiété. Vous comprenez que l'activité physique diminue significativement l'incidence des maladies cardiovasculaires, puisqu'elle agit sur tous les facteurs de risque modifiables. Alors, elle n'a pas un effet direct sur le tabagisme, mais il est clair que quand on commence une activité physique régulière, c'est plus facile après de diminuer le tabac ou la consommation de tabac.

Deuxième cause de mortalité dans les pays développés, le cancer, alors là aussi on a des chiffres très importants, à tel point que compte tenu des publications en 2009, dès 2009, le fond mondial de recherche contre le cancer avait conclu que sur les dix millions de nouveaux cas de cancer par an, entre $\frac{1}{4}$ et $\frac{1}{3}$, dont 30% des cancers du sein et du côlon pourrait être évités avec un mode de vie sain, c'est à dire activité physique régulière et nutrition. En ce qui concerne la prévention primaire du cancer du côlon, quand on prend toutes les études, on considère que quand on compare les sujets les plus actifs au moins actifs en analyse multi-variée, on fait juste varier le degré d'activité physique, et bien les sujets les plus actifs ont un risque diminué de développer un cancer du côlon de 20 à 25%. On considère que le niveau d'évidence scientifique est le plus élevé, c'est à dire que l'activité physique est vraiment un facteur de prévention du cancer du côlon.

Pour le cancer du sein c'est la même chose, quand on compare les femmes les plus actives aux femmes les moins, les femmes plus actives ont un risque significatif moins important de développer un cancer du sein de 20 à 25%. Et il vient de sortir un

troisième cancer, pour lequel le risque est significativement diminué, mais cette fois ci c'est activité physique plus perte de poids. Si toutes les femmes qui sont en excès de poids avaient un poids normal et avaient une activité physique régulière, on pourrait diminuer significativement dans le monde l'incidence des cancers de l'utérus, des cancers de l'endomètre, c'est à dire quatre femmes sur dix, on aurait quatre cancers de l'endomètre prévenu sur dix.

Par ailleurs, chez les sujets qui ont souffert d'un cancer du sein ou du côlon, l'activité physique démarrée après le cancer, indépendamment du niveau d'activité qu'avaient les sujets avant le cancer, l'activité physique démarrée après le cancer, pour le cancer du sein, diminue la mortalité totale de 30% à 40%, diminue la mortalité par cancer du sein de 30 à 40%, et diminue le risque de récurrence de cancer du sein de 30 à 40%, c'est 6 grandes études de suivi de cohorte qui ont été publiées, c'est une méta analyse. Et on vient d'avoir la première méta analyse pour le cancer du côlon, on trouve exactement les mêmes résultats, diminution du risque de récurrence ou de mortalité totale pour l'activité physique démarrée après le diagnostic du cancer du côlon de 30 à 40%.

Enfin, autres effets de l'activités physique sur des choses un peu plus physiologique, comme le vieillissement, que les variations physiologiques liées au vieillissement, on sait que la capacité cardiovasculaire, donc l'activité physique régulière s'associe à des meilleures performances sur les tests cognitifs, quand vous prenez des sujets âgés, et que vous les soumettez à une activité physique régulière, et bien vous observez qu'ils ont des meilleures performances aux tests cognitifs, et quand vous, vous savez que maintenant vous pouvez apprécier l'activité cérébrale sur l'imagerie cérébrale, et bien quand vous appréciez leur imagerie, leur activité cérébrale par imagerie cérébrale, et bien vous vous apercevez que ces sujets se sont entraînés, ont une meilleure activation des zones cérébrales lors des tests cognitifs par rapport aux sujets non entraînés.

Deuxième chose, quand vous faites une méta analyse des sujets âgés qui ont été soumis à un protocole d'entraînement et que vous soumettez ces sujets âgés à des tests cognitifs, et bien vous voyez que tous ces sujets âgés qui ont été soumis, par rapport à un groupe contrôle qui n'a pas été soumis à un protocole d'entraînement, c'est les sujets en blancs, qui ont été soumis à un protocole d'entraînement ont des meilleures performances à tous les tests cognitifs quels que soient les types de fonctions cognitives qui sont étudiées, et surtout sur le contrôle exécutif, qui est celui qui est le plus perturbé, au cours du vieillissement. Et enfin surtout quand on étudie simplement les tests de performance des capacités physiques, que ce soit l'endurance, mais aussi la force et la souplesse, chez les sujets âgés et bien on s'aperçoit ces capacités physiques chez le sujet âgé de 70 ans voire plus prédisent le risque de chute et la dépendance physique dans les activités futures du quotidien. Et enfin pour conclure sur ces aspects positifs, on sait que la France est la championne d'Europe de

l'espérance de vie, puisqu'un sujet qui naît en 2012, son espérance de vie, chez un homme est de 78,7 ans, est pour une femme est de 85 ans, donc ça c'est positif, sauf qu'il va vivre très vieux, on est les meilleurs, mais par contre en Europe, on est au dixième rang européen de l'espérance de vie sans capacité, c'est à dire avant survenue d'une maladie invalidante, puisqu'en fait l'âge auquel surviennent les maladies invalidantes en France pour une femme, c'est 63,5 ans, et pour un homme c'est 61,9 ans, donc on vit vieux, mais on développe relativement jeune une pathologie chronique. Alors à la question, est ce que l'activité physique peut reculer cet âge auquel surviendrait une pathologie chronique, et bien, la réponse est oui. On le sait avec les études européennes, comme cette étude, l'EPIC-Norfolk, qui est une étude de suivi de population, ou en fait ce sont là des anglais qui ont été suivis, quand ils sont entrés dans l'étude ils avaient entre 45 et 79 ans, 20 000 sujets quand même, qui ont été suivis pendant onze ans, et ils ont été caractérisés en score de comportement de santé, quatre scores, codés de 0 à 1, oui non. Est ce qu'ils fument? Oui non. Est ce qu'ils ont une alimentation riche en fruits et légumes? Oui, non. Ce n'était pas du déclaratif, si on leur dosait la vitamine C, en fonction de oui ou non ils avaient un taux s'ils consommaient oui ou non des fruits et légumes. Est ce qu'ils prenaient de l'alcool, oui non, excessivement ou pas, et est ce qu'ils avaient une activité physique, oui non. S'ils avaient tout bon, ils avaient quatre points, s'ils avaient tout mauvais, ils avaient zéro, et puis tout était possible dans les intermédiaires. Les résultats sont là, si vous avez la mortalité par toutes causes confondues, on leur donne un risque relatif de un, donc à droite pour tous ceux qui avaient tous les bons points, et à zéro pour tous ceux qui ont tous les mauvais comportements. Et vous voyez que la mortalité elle est multipliée par quatre pour tous ceux qui ont tous les mauvais comportements: je fume, je n'ai pas d'activité physique, je n'ai pas de consommation de fruits et légumes, et je bois un peu trop, soit la mortalité toutes causes confondues par maladies cardiovasculaires, par cancer et autres causes, et quand on voit la survie, et bien la survie évidemment elle est meilleure pour tous ceux qui ont les bons comportements, et bien moins bonne pour ceux qui n'ont pas ces bons comportements de santé, et intermédiaire pour les autres. Et en terme pratique, ça veut dire quoi? Et bien ça veut dire que le risque de décès dans les onze ans est quatre fois moindre quand vous avez les bons comportements de santé, ça veut dire qu'ils ont gagné quatorze années de vie en bonne santé en plus, quand vous avez quatre comportements de bonne santé, et bien vous gagnez quatorze années de vie en bonne santé, donc avoir une activité physique régulière, bien manger, bien bouger, ne pas fumer et ne pas avoir une consommation d'alcool excessive, permet de retarder la survenue de pathologie chronique. Alors qu'est-ce qu'il faut faire pour ça, vous savez, pas passer trop de temps assis, augmenter l'activité physique de la vie quotidienne, et avoir une activité physique ou sportive structurée, les fameuses 30 minutes six fois par semaines d'activité physique modérée, ou d'activité physique intensive 2 à 3 fois par semaine. Alors la réalité, on va voir où on en est en France

comparé à l'Europe. Juste un petit mot sur les économies qu'on pourrait faire effectivement. C'est vrai que chaque sportif nous fait économiser 250 euros par an, donc avec 37 millions d'inactifs en France, l'économie réalisée atteindrait 500 millions d'euros par an si seulement 5% des inactifs se mettaient à une activité sportive hebdomadaire. Pour le cancer, si on part du principe qu'on pourrait économiser avec l'activité physique 18% de cancer du côlon en moins, et bien ça fait 7000 cancers du côlon qui pourront être évités avec une activité physique régulière, 21% des cancers du sein en moins, ça fait 11000 cancers du sein en moins par an, vous imaginez le coût de santé économisé. Pour le diabète de type 2, 50% de diabète de type 2 en moins, un diabétique de type 2 coûte 6000 euros par an, vous imaginez les économies de santé. Pour la dépendance, on sait que la pratique de l'activité physique pourrait retarder de six à sept ans le début de la dépendance, en France on a un million de personnes dépendantes, ça coûte 34 milliards d'euros. La prévention de la dépendance c'est une économie de dix milliards d'euros. Enfin l'activité physique dans le cadre du travail, on a quelques études qui montrent que pour 1 dollar investi, c'est cinq à six dollars économisé. Voilà, donc, les termes en économie de santé, on a quelques études qui montrent qu'effectivement, on a des économies de santé avec une activité physique régulière. Je vous remercie.

Arnaud Jean : Vous êtes Professeur à l'université de Paris Dauphine, Monsieur Le Pen, vous êtes économiste et Directeur du Master Economie et Gestion de la Santé.

Docteur Claude Le Pen : Contrairement à ce que vous attendez, je ne donnerai pas de chiffres. En général on attend d'un économiste qu'il livre des chiffres, des économies etc. D'abord, cela vient d'être fait, de manière très bien, je ne vais pas reprendre les slides de ma collègue Duclos et ensuite, je voudrais au contraire vous amener à une petite réflexion de fond : est ce que l'activité physique peut être considérée comme un bien et un service de santé ; comment un économiste de la santé ou le monde de la santé pourrait voir l'activité physique ?

Donc, l'activité physique a émergé relativement récemment dans les problématiques de la santé avec tout ce que l'on appelle le « lifestyle », tout ce qui relève un petit peu du mode de vie comme déterminant de la santé. Donc effectivement le tabac, l'exercice physique, la nutrition, l'alcool. L'idée est que la manière dont on vit a une influence sur notre état de santé, notre mortalité et pas simplement une pathologie externe, microbienne par exemple, ou virale ou bien des défaillances d'organes. Nous sommes un petit peu, nous même en quelque sorte, la vie que nous menons, responsables de notre santé. Cette problématique n'existait pas dans les sociétés agricoles ou industrielles d'activités physiques relativement fortes, elle est née avec la société de service et les emplois sédentaires.

La définition est délicate, il y a un continuum entre l'activité quotidienne et les sports de compétition et je suis d'accord avec Martine, le mot sport est connoté « jeune », quand on parle de sport on voit compétition, on voit jeune et si on veut accréditer l'idée que l'activité physique est pour nous tous, peut être disons le mot sport « c'est plus pour moi, j'en ai fait quand j'étais jeune, j'en fais plus ». Donc il y a une espèce de relation peut être un peu négative. Non pas en tant que c'est pas bien le sport mais « c'est pas pour moi le sport », et dire au fond que ce qui est important c'est l'activité physique, bouger ça c'est pour vous quelque soit votre âge. C'est difficile à mesurer, effectivement il y a la nature de l'activité sportive, la durée, la fréquence, l'intensité, le volume et comme on l'a montré ça se mesure en multiple de l'intensité repos, il y a les fameuses recommandation de l'OMS dans ce bouquin

La problématique de la production de santé n'est pas une problématique française, ce sont nos collègues américains et canadiens qui ont imposé cette idée que nous étions des producteurs de santé, c'est à dire que nous devons ou nous voulions passer d'un état de santé perçu à un état de santé désiré. Il y a beaucoup de choses là dedans, il faut d'abord percevoir un état de santé, ce percevoir dans un état de santé négatif, il faut donc avoir la conscience que quelque chose est défaillant, ce n'est pas nécessairement le cas. Il y a des obèses qui ne se perçoivent pas comme obèses, il y a des gens déprimés qui ne se perçoivent pas comme déprimés. Il y a des symptômes manifestes, la douleur est un symptôme qu'il est difficile d'exprimer ou d'ignorer mais il y a d'autres symptômes. La maladie est aussi une représentation et l'état morbide n'est pas nécessairement et exclusivement un état objectif. Il faut avoir aussi l'idée que cet état perçu est améliorable, on peut passer à un état désiré. Donc ce couple est un couple sociologique, ce n'est pas nécessairement un couple physique ou biologique. Et pour passer de l'état perçu à l'état désiré on peut avoir recours aux soins, ces déterminants médicaux de la production de santé mais on peut aussi avoir à faire à des déterminants non-médicaux, les comportements individuels dont l'exercice physique et l'environnement. Pendant très longtemps on a soigné certaines pathologies, la tuberculose par exemple, en faisant changer d'environnement les patients, en les envoyant à la campagne, à la mer, à la montagne. L'environnement était thérapeutique. Aujourd'hui l'environnement est d'ailleurs plus considéré comme pathogène que thérapeutique. En tout cas comme un risque pathogène.

Si on comparait l'exercice physique à une prestation de santé, ce serait d'abord une prestation de santé non médicale, ce n'est pas l'objet, il n'y a pas d'intervention, il n'y a pas de bien de santé, ce n'est pas chirurgical, ce n'est pas pharmaceutique, c'est quelque chose qui est une modification de votre manière de vivre qui ne tient qu'à vous, qui ne tient qu'aux incitations intellectuelles ou matérielles que vous ressentirez. Il n'y a pas d'ingestion de corps étrangers, il n'y a pas d'intervention dans votre métabolisme ou dans votre physique. Il y a la possibilité de prescription et de contrôle médical,

Monsieur le Directeur des Sports a insisté sur cette nature, avec un petit peu ce paradoxe qu'au fond pour accréditer l'idée qu'il y a des prestations de santé non médicale on utilise l'outil de prescription qui est plutôt l'outil de promotion des interventions médicales alors que vos collègues à la DGS essaient de diminuer la prescription et que l'on sait qu'en France 90% des visites médicales se terminent par une ordonnance, alors que c'est le cas de 60% en Hollande. Il y a peut être là un petit hiatus : valider en quelque sorte le modèle que l'on en a envie de diminuer.

Le mécanisme d'action : on y a fait allusion, ce sont des mécanismes d'action naturels, sans apport extérieur, par la mise en œuvre, la simulation de fonctionnements organiques, c'est une proposition domestique et ça c'est inclus. Il y a effectivement une activité physique thérapeutique, il y a aussi et surtout une activité physique préventive, à la fois en prévention primaire : c'est éviter les maladies, et en prévention tertiaire : éviter les complications des maladies. L'activité physique a peu à voir avec la prévention secondaire (c'est à dire le dépistage des pathologies) c'est plutôt éviter soit qu'elles apparaissent soit qu'elles se compliquent.

Il y a des effets secondaires, comme toute intervention de santé, il peut y avoir des blessures, il peut y avoir des décès, il est n'est pas exclu que les gens qui font de l'escalade, qui ont une activité physique intense et extrême subissent quelques aléas de cette activité physique.

Alors si on en vient au domaine des coûts, il y a toutes sortes de coûts, on ne va pas les calculer mais les identifier. Quand on commence à analyser, en professionnel, quand on produit des études sur les points de coûts et efficacité, la première étape dans notre démarche c'est l'identification des coûts. C'est à dire quels sont les coûts pertinents et comment on les classe. Ensuite il y a la définition des instruments de mesure. D'abord, cette identification, il y a des coûts en matière privée qui sont très variables selon le type de pratique. Il y a des pratiques physiques et sportives pratiquement gratuites, on peut marcher, monter des volées d'escaliers : monter deux trois quatre volées d'escaliers est extrêmement consommateur d'énergie, on peut avoir aussi des pratiques d'exercices physiques extrêmement coûteuses : le golf, le polo si vous voulez où vous devez avoir trois ou quatre chevaux plus les palefreniers les trimballer de pays à pays, donc un sport extrêmement coûteux en investissement personnel. Mais enfin tout le monde n'est pas obligé de faire du polo pour aller mieux dans la vie dieu merci.

Vous avez des coûts humains, des coûts d'aide, de cause, de professeurs, des coûts de structures, des droits d'entrées, de cotisations à des clubs, des coûts de services, d'assurances. Il y a donc toute une série de coûts personnels qu'il faut assumer. Ce n'est pas cher mais ce n'est pas gratuit non plus et c'est vrai qu'il peut y avoir des freins au moins pour certains types d'exercices. Ce qui est aussi relativement intéressant avec l'exercice physique c'est qu'il offre une possibilité de s'adapter à tous les moyens,

à tous les moyens il y a une pratique qui peut être cohérente avec les ressources et les modes de vie.

Il y a des coûts monétaires mais ce qui est peut être plus important et qui touche tout le monde de manière plus générale, c'est les coûts non-monétaires. Le temps, c'est le plus souvent dans les enquêtes le motif de non pratique : « j'ai pas le temps ». C'est à la fois en temps direct, c'est à dire la durée de l'exercice et puis en temps indirect d'accès aux installations. Au fond si les Etats-Unis ont développé dans les années 60-70 la pratique du « jogging » c'est parce qu'ils économisaient le temps d'installation, en descendant et en courant dans la rue on économisait le temps d'aller au stade, ce fut à l'époque un scandale. On a regardé les américains comme des êtres bizarres qui mettaient leurs « sneakers » et qui allaient descendre dans la rue, mais ils avaient au moins cette rationalité d'économiser, d'abord le déplacement, plus les coûts d'accès à des structures, c'est aujourd'hui assez généralisé dans l'ensemble des pays développés. Puis les coûts psychologiques, il y a des gens qui aiment la pratique sportive, qui aiment l'exercice, il y a des gens qui n'aiment pas. Churchill était « no sports ». Cela étant, Churchill avec son fameux « no sports » il rendait hommage au sport parce qu'au final c'était un trait d'humour, donc si lui avait finalement survécu en faisant « no sports » c'est que les autres en fait avaient besoin du sport pour survivre, lui était une exception. Au fond c'est un merveilleux hommage au sport que donne Churchill à travers son fameux aphorisme : comment ais-je survécu « sport never ». Il n'y a pas que des coûts personnels il y a surtout des coûts institutionnels, ce sont les coûts bien sur qui sont souvent des coûts publics, des coûts d'infrastructures, des coûts de fonctionnement d'associations sportives, fédérations sportives, des campagnes d'information et d'incitation auprès du public, le coût de ce colloque qui servira à promouvoir en quelque sorte c'est des coûts institutionnels là aussi qui ne sont pas nécessairement aussi importants que les coûts de santé, j'y reviendrai, avec des financements publics ou des financements privés. L'exercice physique pour l'instant et on y a fait allusion il y a un instant, est en dehors du champs de la solidarité nationale, il n'y a pas de prise en charge par la sécurité sociale, c'est des coûts publics mais des coûts publics plus au nom des retombées positives pour l'individu, peu pour la collectivité. C'est vrai qu'on pourrait, et on entrerait certainement dans des problématiques assez complexes, qu'on a connu en santé quand on a voulu commencer à rembourser les soins, si on veut rembourser un soin il faut faire une nomenclature, il faut définir, il y a le C, le CS, le V, le VS, les actes, on ne peut pas rembourser sans nomenclaturer, définir, quantifier le champ que l'on rembourse et c'est assez compliqué et on le voit d'ailleurs en ce moment, j'y reviendrai un petit peu, avec la santé connectée qui pourrait à la fois rendre service mais aussi créer un certain danger pour les libertés individuelles. En tout cas ce n'est pas comptabilisé dans la dépense nationale de santé, la dépense nationale de santé (240 milliards d'euros on y reviendra) n'inclue que les intervention de professionnel de santé, c'est même la

définition : est une dépense de santé un acte ou une prestation effectuée par un professionnel de santé, cela se mord un peu la queue mais c'est disons la manière dont la collectivité reconnaît le champ sanitaire. L'évaluation coût/bénéfices est à mener au cas par cas, on ne peut pas faire une évaluation coût/bénéfices en général, il faut prendre une intervention comme celle qu'a montrée Martine il y a un instant sur les Espagnols et dire dans ces cas là voilà les coûts et voilà les bénéfices. Donc c'est vrai que l'on n'échappe pas à ce côté un peu monographique de montrer les études, et c'est de l'accumulation des études que naît une espèce de conviction que finalement c'est bon en soit, mais la démonstration ne peut être faite que par la multiplication des exercices locaux : une pratique, une pathologie, un résultat. Les bénéfices sont incontestables et démontrés, je ne reviens pas là-dessus et le rapport coût/efficacité est sans doute exceptionnel, parce que ça coûte cher ça rapporte gros donc le rapport coût efficacité doit être mesuré à chaque fois est exceptionnel. Le rapport coût/efficacité c'est le rapport entre ce que vous dépensez et le nombre de vies gagnées, c'est le coût par les vies sauvées. Il est extraordinairement variable dans les sociétés, il y a des domaines où pour sauver une vie dans la sécurité nucléaire ou dans la sécurité aérienne on dépense des fortunes. Et il y a d'autres domaines, par exemple de la vie quotidienne, où on pourrait sauver des vies, par exemple le tabac, où on pourrait sauver des vies pour très peu d'argent, donc il y a une extraordinaire hétérogénéité de la valeur que la société accorde à la vie humaine en fonction des domaines, en fonction des craintes subjectives, en fonction de la capacité que nous avons ou de l'illusion que nous avons de maîtriser les risques. Le risque de la cigarette je le maîtrise, le risques nucléaire je le maîtrise pas, donc il y en un qui ne coûte pas cher parce que je le maîtrise, c'est une illusion, le risque de décès est beaucoup plus important lié à la cigarette que lié à tout ce que l'on peut imaginer, même avec les accidents d'avions récents, donc la capacité, l'idée que l'on a de maîtriser change un peu la perception. Enfin je ne reviens pas là-dessus, ce sont des choses relativement intéressantes, disons que pour le PIB pour l'OMS, les interventions acceptables, rentables, c'est autour de 100 000 euros par année de vie gagnée, trois fois le PIB par tête, les interventions qu'a montré Martine sont largement, mais très largement en deçà de ce chiffre, on est à quelques milliers d'euros à peine, voire gagnant, c'est à dire que l'on fait gagner à la fois de l'argent et à la fois on sauve des vies, on est dominant, on n'a pas besoin d'investir, l'activité physique fait à la fois gagner sur les deux tableaux et c'est la situation la plus confortable.

La dépense de santé en France aujourd'hui c'est 240 milliards d'euros, 240 milliards d'euros c'est absolument considérable. Si vous prenez tout ce qui est le secteur éducatif, si vous ajoutez les écoles primaires, secondaires, les universités, tous les grands organismes d'État, vous n'atteignez pas 90 milliards d'euros ou à peine. Donc la dépense publique ou collective disons, parce que dans les 230 milliards il y a pas que du public (75% est publique et 25% est privée), mais la dépense collective de loin la

plus importante s'accroît de 2,5% et c'est en dépit de plans d'économie d'environnement 2,5 milliards par an. Peut être qu'à partir de l'année prochaine cela sera encore un peu plus. Les stratégies préventives sont maîtrisées comme des stratégies de maîtrise, la prévention médicale (vacciner, dépister), comportementale (exercice physique), environnementale (améliorer la qualité de l'air). Le paradoxe c'est que la prévention on sait que ça marche, on sait que c'est efficace, on sait que c'est pas très cher, on sait que ça rapporte gros mais on en fait encore relativement peu. Il y a un paradoxe disons de la prévention, notamment dans ce pays. Comment l'expliquer, c'est compliqué. C'est vrai qu'il y a une culture curative et réparatrice, on a un système de santé et une protection sociale, qui intervient plutôt ex-post, après, on a une assurance maladie, l'idée c'était que une fois que l'on est malade on a accès aux soins. On a accès aux soins une fois malade. L'idée n'était pas d'empêcher les gens d'être malade. On a essayé de faire en sorte, et l'inégalité première était effectivement une inégalité qui s'est fait à ce niveau là et qu'il fallait réparer vite. Il y a aussi l'idée que le monde de la santé, excusez moi chers collègues, s'est fait approprier par le monde médical, le monde médical qui est plutôt dans une logique de réparation, c'est vrai, et qui a imbibé un petit peu notre système où la santé publique n'a pas eu jusqu'à ces dernières années un rôle déterminant. Il y a aussi des facteurs individuels, il y a une contradiction entre le calcul collectif qui est rentable et calcul individuel qui peut ne pas l'être. Pour l'individu il faut faire des efforts réels et présents pour un bénéfice lointain, arrêter de fumer parce que dans 20 ans t'auras un cancer, dans 20 ans, on a le temps, surtout quand on est un adolescent de 16-17 ans au lycée sous la pression de ses camarades. Les bénéfices sont aléatoires, j'ai fumé toute ma vie je suis encore en vie, Churchill avec son cigare et « no sports » 90 ans, donc on est pas un modèle déterministe, le modèle aléatoire, les modèles stochastiques sont extrêmement compliqués à intégrer dans notre vie quotidienne, nous on aime bien une cause un effet. Une cause et agir sur une probabilité des faits ça pour nous c'est très très compliqué à intégrer et d'ailleurs si on fait du sport c'est aussi parce que ça fait plaisir de faire du sport et donc c'est un des éléments important de ma conclusion.

Le problème c'est d'avoir une prévention bonheur pas une prévention punitive. Il y a en effet, c'est mon dernier point, il y a en France et c'était assez (un peu moins maintenant dieu merci) mais c'était assez fort dans les années 70-80, il y a avait un rapport de la santé publique qui était très punitif, très moralisateur, ne faites pas ça c'est mal, c'est pas bien, voilà je crois que là aussi il faut essayer de faire en sorte que la prévention soit acceptée, intégrée et participe du bien-être et non pas simplement de la bonne conduite par rapport à des règles morales. Il y a enfin des obstacles culturels, le souci du corps, de la santé, ne sont pas également partagés. C'est même des problèmes assez compliqués, la prévention peut d'un certain point de vu être marquée socialement, par exemple, le tabagisme est aujourd'hui une pratique plus populaire, la réaction si vous voulez, j'ai même été devant le Conseil d'Analyses Stratégique jusqu'à

montrer des données qui pouvaient prouver que les attitudes préventives étaient plus facilement adoptées et métabolisées par les milieux aisés que par les milieux les plus populaires et donc il y a en termes de reconnaissance, en termes de dialogue avec le professionnel, il faut faire attention à ce que la prévention ne soit pas aussi, paradoxalement, un élément d'aggravation des inégalités parce que encore une fois elles incluent ce côté comportemental, cette réalisation de soi qui est inégalement distribuée dans la société. J'ajoute aussi là-dessus aussi des idées importantes qui me sont chères, ne pas aussi croire que l'obstacle à l'égalité, toujours sous ce chapitre, est purement tarifaire. Cela a été la grande surprise de nos collègues anglais, le rapport Black dans les années 70, de démontrer qu'après 30 ans de médecine anglaise gratuite il y avait des inégalités d'accès aux soins. Il y a des inégalités d'accès à des ressources gratuites, faites quelque chose de gratuit et il y a des gens qui le consommeront plus que d'autre, parce que le prix n'est pas le seul déterminant de l'acquisition de ce genre de choses. Alors c'est mon collègue ... spécialiste qui a fait le rapport inégalité de santé en Europe, qui le montre très bien, les pays qui ont été très très généreux, la France n'est pas le pays où la santé est le plus gratuit vous le savez bien, surtout Madame Gene, rendre gratuit sans développer sans accompagner la mesure de gratuité d'un accompagnement culturel, d'un accompagnement sur le besoin, la nécessité d'un accès, autrement dit la gratuité est une mission nécessaire mais pas suffisante de l'égalité des soins.

En gros, la politique publique je n'y reviens pas, Monsieur le Directeur l'a décrite de manière très détaillée dans le bilan d'un Ministère dont on espère qu'il va continuer sur la même route, dont on est sûr qu'il va continuer sur la même route. Donc l'idée étant de développer, on a rédigé avec certains collègues notamment de l'Institut d'Etudes de Santé Publique de Paris, l'idée, enfin développer cette idée de la santé, de la prévention plaisir, la prévention qui soit quelque chose d'agréable à faire, peut-être par une fête de la prévention, rompre avec disons l'idée d'une punition pénible. Alors le sport, enfin l'exercice physique, c'est bien parce que cela suscite un réel plaisir à faire l'activité sportive, pas pour tout le monde mais pour la plupart. C'est vrai qu'il y a des gens qui restent distants mais je pense que l'on peut les convaincre, en tout cas je souhaite qu'on les convainque.

Merci de votre attention.

Arnaud Jean : Jean-François Toussaint vous êtes Directeur de l'IRMES, vous êtes médecin et Professeur de physiologie et vous avez beaucoup travaillé sur les bienfaits de la pratique sportive et notamment vous avez exposé cet après-midi les bienfaits de cette pratique des activités sportives pour l'ensemble de la population et en particulier les personnes qui sont atteintes de maladies dites chroniques.

Jean-Philippe Toussaint : Nous allons faire un petit peu le bilan complet de ces, enfin certainement pas complet, du nombre d'actions qui ont pu être menées en France et en Europe dans ce domaine à partir entre autres en France du très gros travail auquel un grand nombre d'entre vous Daniel, Martine, Patrick avez participé, autour de ce constat du bénéfice majeur que l'on pouvait attendre des activités physiques ou sportives, je ne cesserai de répéter ce « ou » entre les deux pour absolument ne pas les opposer mais au contraire bien les unir et de montrer que l'un et l'autre emportent dans tous ces domaines, maladies cardiovasculaires, maladies métaboliques, cancers, des effets qui sont des effets majeurs vous l'avez vu de l'ordre de 20 à 40% et avec des aspects dont on voit sur la partie d'économie, les gains potentiels que ce soit sur là encore les paramètres du cholestérol, que ce soit sur l'obésité ou sur les cancers. Alors à quelle dose finalement, un des points majeurs que Martine a rappelé est celui de cette étude de Chi-Pang Wen publiée il y a trois ans montrant sur huit années de suivi 400 000 sujets. Ce gain qui pour dès le premier quart d'heure d'activité physique, 15 minutes d'activité par jour a amené trois années d'espérance de vie et 14% de réduction de mortalité et donc ce point-là montrait une courbe logarithmique qui à partir de la sédentarité absolue, le zéro définitif qui se prolonge au-delà de cet après-midi sur des heures de fauteuils face à ces écrans, des heures sur ces chaises face à son ordinateur amène finalement à montrer que toute activité est bonne dans l'ensemble et va montrer une croissance progressive que l'on va ensuite dérouler montrant donc les effets sur ces bénéfices et avec une inquiétude néanmoins sur la forme et le bout de cette courbe sur lequel on va avoir en particulier en allant chercher chez les sportifs de haut niveau une des réponses majeures dans ce domaine puisque effectivement, sur cette étude portant sur 785 cyclistes français ayant terminé au moins une fois le tour de France, on a montré qu'on pouvait avoir une diminution des cancers là-haut sur une réduction de 44% avec effectivement la réponse qui était celle qui était posée par Laurent Fignon dans son livre, *Nous étions jeunes et insouciants* sur le cancer dont il est décédé. Non il n'y a pas eu d'effets sur l'ensemble des prises qu'il a pu avoir mais au contraire, il y a bien sur l'ensemble des participants français au Tour de France, une diminution du risque associée à la pratique, pour autant associée à la pratique du haut niveau. On voit aussi que cette diminution vaut pour les maladies cardiovasculaires 33%, sur les maladies du système respiratoire et du système digestif 75% et il ne reste finalement que les effets sur les causes finalement externes qui montrent un effet sur les accidents essentiellement liés à la pratique et au risque lui-même. C'est ce que tu disais Claude tout à l'heure, il y a effectivement avec le polo, un risque lié directement à la pratique de l'équitation et donc on va avoir sur cet aspect une absence de risques constatée donc la courbe continue de monter vers le haut et pour autant alors qu'on a toutes ces démonstrations, on voit bien que l'inactivité physique est importante en Europe puisqu'elle correspond à 40% et en France à 50% de l'ensemble de la population qui reste en totale inactivité donc on voit bien sur cet aspect qu'en Europe comme aux

Etats-Unis, toutes les interventions qui ont été faites n'ont été suivies d'aucun effet et on a pas vu cette pratique ré-augmenter depuis 1986 sur le continent américain. La sédentarité sur l'ensemble du monde, c'est 21,4% des 7 milliards et demi de citoyens donc on voit que cette part est considérable et ne cesse d'augmenter avec le développement. Cette activité, elle a été réalisée avec une enquête d'assureur-prévention l'année dernière à laquelle nous avons contribué et montre que finalement, le nombre de pas en témoignant d'une activité quotidienne, ne cesse de diminuer avec le nombre d'heures que l'on passe effectivement face à nos écrans à préparer nos conférences, à réaliser nos études ou à transmettre nos sempiternels e-mails à 7 heures du matin. De là finalement, vient la notion dans laquelle cette importance de la recommandation autour des 10 000 pas par jour va être celui finalement Richard, j'espère que tu le reconnaîtras, d'une autre conception du sport collectif. On est plus là à déléguer mais il est important de progressivement se remuer et passer sur une activité réelle et tenir compte également du risque. Ce risque-là par exemple sur le vélo, pour l'étude qui a été menée à Odense montre que le risque (en bleu) ne cesse finalement de diminuer par le nombre de cyclistes mis sur les voies cyclables alors que celui-ci donc ne cesse d'augmenter avec le temps. Cette étude a bien montré que finalement on avait là une diminution par individu du risque d'accident et ça on le retrouve sur l'ensemble des pays. On voit en Espagne, ici en France pour les pays latins les plus à gauche et donc avec les risques les plus élevés et puis les pays scandinaves et les pays du nord comme les Pays-Bas (en bas et à droite) qui montrent cette diminution constante qui veut que lorsqu'on a énormément de cyclistes sur les voies et bien finalement le risque ne cesse de descendre et on l'a retrouvé également en France pour l'ensemble des villes qui ont eu ce week-end des devenirs divers on va dire, en fonction de ses politiques et Grenoble qui a décidé de finalement élire un maire cycliste montre qu'on a là encore un gain considérable à attendre de ces politiques parce que la sécurité en fait, on le voit bien est dans le nombre. Il n'y a pas une attitude d'opposition de la part de chacun des citoyens et surtout en particulier les automobilistes. Le fait simplement de voir des concitoyens autour de soi à des vitesses filantes finalement va donner une importante réduction de la vitesse moyenne du trafic et c'est sur ce biais-là finalement que l'on peut compter.

Ce gain on peut le mesurer, Claude en a parlé et finalement lorsque l'on fait un report modal dans des politiques environnementales, des politiques urbaines qui permettent d'augmenter le nombre de voies cyclistes, qui permettent progressivement de déplacer cette orientation et passer de « tout voiture » à « tout vélo », finalement ce gain-là malgré les petites augmentations qu'on peut avoir liées à l'exposition en particulier aux polluants finalement, le gain sur la santé est tel que l'a montré Martine, est tel qu'on va gagner jusqu'à 1000 euros par an, 1000 euros par an donc un gain, un bénéfice qui est là encore tu en parlais tout à l'heure dix fois supérieur au coût, au risque de santé que

l'on peut avoir et ce point-là, on peut le mesurer lorsque l'on va regarder dans le domaine à nouveau des décès évités, un gain qui est de 149 décès alors que l'on va avoir une accidentalité cycliste de 2,5 et une exposition à la pollution qui peut entraîner 1,7 décès, en calcul on voit bien alors qu'on est sur un ou deux ordres de grandeur d'écart dans ce domaine.

Alors Strasbourg en a fait sa politique avec Alexandre Feltz qui a mis en place l'ensemble de ces points là et qui veut développer maintenant l'ensemble d'un réseau routier spécifique tout autour de Strasbourg, vous le voyez en bas à gauche et qui va progressivement amener dans ce domaine, une possibilité locale pour pouvoir lancer l'ensemble de ses concitoyens sur des réseaux qui seront à la fois sécurisés et qui permettront d'avoir une pratique extrêmement importante. Alors on peut toujours se poser la question effectivement de ce que vont être les impacts sur l'ensemble de nos critères économiques durs ; PIB, consommation, utilisation de la voiture et finalement cette question-là est de savoir si l'augmentation de la santé passe par une réduction des critères économiques. C'est un beau paradoxe et il revient finalement à se poser la question de ce que sont dans les aspects potentiellement qui peuvent concerner l'Europe et la France, celles des impacts économiques et sur cet aspect-là, l'expérience de Cuba est extrêmement intéressante puisque lorsqu'on la reprend entre 91 et 95 c'est-à-dire au moment de l'effondrement et de la chute du mur et de l'apport totalement bloqué de tout matériel de la part de l'Union Soviétique, on va voir Cuba passer finalement d'une courbe assez intéressante de distribution de l'indice de masse corporelle pour sa population totale c'est-à-dire globalement, la distribution du poids et de l'obésité ici et on voit qu'en 91, on est sur une distribution assez normale entre 20 et 25. En 95, au cœur de la crise, tout le monde perd trois points d'IMC, c'est à dire 6 à 7 kilos, et pour au moment, en 2001, de sortir de la crise, revenir à ce qu'elle était et dix ans après trouver des évolutions qui sont très comparables à celles des pays des BRIC, des pays en développement qui nous rattrapent progressivement sur cet impact de l'obésité et sur cet aspect-là, on voit que tant sur les dépenses en rouge, que les dépenses en vert on va avoir un effet exactement opposé sur lequel lorsque cette récession économique s'installe et bien l'impact est majeur, considérable et va se traduire par une augmentation à la fois de l'obésité en vert et du pourcentage de diabétiques dans la population. On le sait très bien, les deux sont liés. Donc on voit qu'on aura des aspects aussi qui seront importants mais dans lesquels il faut pouvoir prévenir en amont de ces impacts je dirai, une orientation qui serait une orientation politique volontariste et sur ces aspects il convient de voir ce qu'ont été les outils proposés dans les politiques françaises. Alors le PNAPS en a été un, on avait cité l'ensemble des conditions environnementales vous l'avez vu, la mobilité active, les plans de déplacement et des offres partagées par l'ensemble des domaines pour aller sur l'évocation déjà d'un check sport dont on entend parler depuis finalement plus de vingt ans et là il sera important progressivement de les mettre en place, d'avoir une

ouverture sur l'entreprise, sur les maisons de retraite, là encore Michel Triguero a été un des excellents piliers de cette condition en France et puis de développer, y compris les actions sur le certificat médical de non contre-indication qui est en soit également parfois un des freins à cette mise en pratique et donc ça a été une réflexion qui va se traduire je pense dans la loi sport cette année pour aller sur le bilan maintenant réalisé qui, en avril 2014 fait état de plus de 200 actions nationales, régionales, territoriales qui montrent que l'ensemble des Ministère de la santé, Ministère des Sports sont effectivement engagés dans ce domaine : la création du pôle national ressource sport-santé, l'intégration dans le PNNS, les commissions obésités l'INPES se sont mis progressivement à le voir, de nombreux acteurs institutionnels et des partenaires dans le plan cancer dans les villes actives du PNNS, le CNOSF et sa journée sport-santé sont des points sur lesquels -et la mutualité française évidemment ainsi que la MGEN- sont des points importants qui ont vu ces aspects. Tous les acteurs publics et privés également s'y sont mis Peugeot Sa par exemple a fait l'objet d'une étude qu'on avait pu mener sur place dans le cadre de la lutte contre les troubles musculo-squelettiques et qui montrait que lorsqu'on mettait directement en place à côté des chaînes de montage à Mulhouse des activités physiques et des possibilités de kinésithérapie et bien on avait une diminution des douleurs lombaires et une diminution du passage à l'infirmerie avec donc un état de santé, qui était bien meilleur sur l'ensemble de ces aspects. Autre réalisation, celle des tests de conditions physiques, que ce soit le Diagnoform, que ce soit les différents tests qui ont été mis en place par l'ensemble des acteurs dans ce domaine, l'intégration dans le plan national nutrition santé, Thierry Mosimann en a parlé puisqu'on est passé de 5% des objectifs seulement dans le plan numéro 1 et le plan numéro 2 à 25% des objectifs donc une augmentation d'un facteur 5 montrant bien que là progressivement, cette idée de la nutrition est importante mais elle doit trouver un équilibre dans les apports et les dépenses, un équilibre qui ne peut être fourni que par la pratique finalement d'une dépense énergétique, par le biais de l'activité physique ou sportive. Cet aspect avait aussi bénéficié de la disposition de signalétiques urbaines montrant qu'on pouvait au quotidien, trouver toutes ces conditions-là de façon beaucoup plus facile ; cette fameuse incitation à monter les escaliers telle que Quin au Québec l'avait montré également au Canada en 2011 pour faciliter là aussi l'utilisation du vélo dans les déplacements quotidien et puis les recommandations. Alors dans l'ordre, la chaise pour les thérapeutiques non pas médicamenteuses non-validées puisqu'on est en train de rétro-pédaler en prévention quaternaire maintenant avec des excès dans un grand nombre de domaines mais pour des thérapeutiques non-médicamenteuses qui se valident progressivement avec le nombre d'études que l'on peut voir. Le centre d'analyse stratégique l'a également fait sur sa recommandation de 2011, l'académie de Médecine et c'était là encore la participation de Daniel Rivière avec Jean Vasex, l'INCA l'avait fait et puis la déclaration donc en octobre 2012 de la part conjointe de Marisol

Touraine, ministre de la santé ministre et de Valérie Fourneyron, ministre des Sports au Conseil des ministres pour pouvoir amener cette recommandation à un niveau national et une déclinaison régionale en particulier avec les agences régionales de santé Et puis je terminerai donc avec les impacts de la Commission Européenne qui depuis dix ans maintenant ont montré cet effort de la part de la Commission, de la part du Conseil Européen qui finalement aboutit en novembre 2013 tout récemment à la première recommandation depuis finalement que le sport est une compétence européenne, depuis le Traité de Lisbonne avec un impact assurant et développant la promotion des pratiques bienfaisantes pour la santé, d'activités physiques et sur cet aspect montrant la déclinaison de l'ensemble des groupes experts qui ont travaillé notamment les critères de suivi, la déclinaison d'un nouvel euro-baromètre qu'on va avoir normalement dans les jours qui viennent et puis également sur le plan de travail 2014, la dimension économique, les économies de santé seront un objectif majeur par le biais de l'activité physique et sportive dans le cadre d'un développement économique, social et environnemental.

Donc voilà un petit peu les plans qui sont mis en place à l'échelle européenne pour pouvoir mettre en œuvre et décliner totalement la recommandation adoptée en 2013. Sur ces aspects-là, je ne peux que conclure en vous rappelant donc que le mouvement qu'il soit actif, physique est une condition de notre survie et je voudrais terminer en remerciant Julien Schipman et Alain Nassif notamment pour l'ensemble des travaux qu'ils ont contribué à publier dans ce domaine et vous remercier de votre attention.

Arnaud Jean : Merci beaucoup Jean-François Toussaint pour ces apports. Avant d'engager une table ronde je vais, tout à l'heure Thierry Mosimann a évoqué la mise en place des plans régions, des plans régionaux sport santé et donc je vais inviter Véronique Lebar. Véronique vous êtes docteur, vous êtes médecin du sport pardon et vous êtes responsable du pôle ressources sport santé bien être, un pôle qu'on évoque depuis le début de l'après-midi et donc vous allez nous faire un état des plans régionaux aujourd'hui.

Docteur Véronique Lebas : Merci beaucoup. Donc en effet alors, juste une petite remarque comme ça selon les préconisations de Martine, je pense que c'est le moment de se lever tous et de marcher pendant une minute...C'était une petite remarque comme ça, voilà donc bon, personne n'est ok.

Donc je vais vous parler des plans régionaux sport santé bien être comme vient de vous en parler quelques secondes Jean-François Toussaint. Donc le 10 octobre 2012, la ministre en charge des sports et la ministre de la santé présentent en Conseil, une communication relative à la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique. Ce jour-là, ce 10 octobre 2012 il est annoncé la mise en place d'un

plan d'action national interministériel sport santé bien-être de 47 actions. Le pôle sport santé bien-être fait partie de ces 47 actions. L'instruction du 24 décembre 2012 donc a annoncé la déclinaison régionale de ce plan national sport santé bien-être et c'est ce dont je vais vous parler plus précisément.

La mise en œuvre du plan d'action sport santé bien être au niveau local. Cette mise en œuvre est déclinée donc au niveau régional autour des lignes stratégiques suivantes :

D'abord et essentiellement, la promotion et le développement de la pratique des activités physiques et sportives particulièrement de loisirs premièrement pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles. Nous allons voir les chiffres après, y'a des camemberts ça sera plus parlant. Puis pour les personnes avançant en âge quel que soit le lieu de vie, quel que soit le degré de perte de leur capacité. Nous allons avoir dans une table ronde une représentation de l'un de ces réseaux.

Pour les personnes aussi en situation de handicap, toujours quel que soit le lieu de vie il faudra intégrer donc les APS, les activités physiques et sportives dans des plans personnalisés et dans les projets d'établissement. Après la promotion et le développement de la pratique des APS, ce plan d'action sport santé bien-être au niveau local se veut de généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives au sein des EHPAD, donc pour les personnes âgées. De plus il implique un renforcement de la prise en compte de la promotion de ces APS comme facteur de santé au sein de la politique de la ville et ça c'est un aspect très très important qui vous sera développé peut être sûrement tout à l'heure.

Après ce renforcement de la prise en compte des APS en politique de la ville, ce plan se veut développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux et là on est en plein dans le travail des régions des ARS des DRJSCS avec ces réseaux régionaux sport-santé qui mobilisent et qui se doivent de mobiliser tous les acteurs de la santé, du sport, des collectivités territoriales etc Il y a d'ailleurs une mise en place d'un COPIL co-organisé donc comme je viens de vous le dire par les DRJSCS et les ARS donc sport et santé, un comité de pilotage et à l'intérieur de ces COPILS, il y a une représentation des différents acteurs du sport, santé, collectivités, mouvements sportifs etc etc et bien entendu pour certaines régions et on invite les régions qui ne s'y sont pas mises, à s'y mettre pour à des représentants privés. Après la mise en place d'un COPIL, ces plans se doivent d'adopter un plan d'action pluriannuel en adéquation avec le plan régional de santé qu'il a pour vocation à compléter et à renforcer sur bien entendu la thématique du sport santé bien-être.

Quels sont les moyens ?

Les moyens sont la mobilisation des acteurs concernés au travers des commissions de coordination des politiques publiques et de toutes les instances déjà en place sur la thématique. Bien entendu, je vous dis toutes les instances déjà mises en place car il y

a, on a pas entendu la création du pôle pour parler de sport-santé en France et heureusement.

Au niveau de la politique de la ville, les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé, les ateliers santé-ville, les contrats de villes sont très importants et ont toute leur place. Au plan financier puisque c'est aussi le nerf de la guerre, 1, 5 million d'euros ont été mobilisés par le CNDS, le niveau national et niveau territorial plus les crédits du fond d'intervention régional. Les moyens enfin. Il faut initier de nouveaux partenariats publics et privés sur les projets, c'est pour ça qu'à la suite de mon intervention, nous allons avoir deux tables rondes, la première qui va nous proposer, qui va vous présenter certains réseaux, quatre réseaux en France et une deuxième, qui va inviter donc certains de nos partenaires privés.

L'analyse des plans, je vais vous les déterminer, je vais vous les montrer. Donc au niveau de ces plans, au jour d'aujourd'hui, nous avons un retour des plans d'action 2013/2016. Sur 27 régions, les 27 nous ont renvoyé leur plan d'action 2013/2016. Au niveau des bilans, des bilans de ces plans d'action 2013, 23 régions, métropoles : 20, DOM : 3, nous ont renvoyé au jour d'aujourd'hui les bilans, on attend les autres, je passe une annonce.

Au niveau de la méthodologie qui a été employée pour le retour de ces plans, ça été vraiment du déclaratif et de l'auto-évaluation. C'est pour ça que je vais vous passer quelques chiffres qui devront être revus à la hausse, je pense. La méthodologie a été élaborée à partir d'un document type à renseigner, évidemment commun à tous les régions. Donc il y a eu au niveau de la méthodo, un recueil de données chiffrées par objectif, les appréciations des points forts et enfin, les difficultés rencontrées, les freins rencontrés.

Le financement des actions.

Comme vous le voyez 5 960 171 euros. Le Ministère des Sports avec le CNDS donc vous voyez le chiffre 2 117 688 qui sont nettement supérieurs aux 1, 5 millions fléchés dont je vous ai parlé tout à l'heure ce qui veut dire qu'il y a un investissement des régions puisque les directions régionales ont donné plus que ce qu'elles ne devaient. Donc il y a une vraie motivation, il y a un vrai impact et volonté de faire quelque chose en sport-santé et il faut que cette action et que ce désir continuent et perdurent. Au niveau du bob-sport, 320 540 euros, ce sont les crédits d'intervention des DR. Vous voyez la part des ARS 41,4% alors que le Ministère des Sports c'est 41 donc c'est à peu près la même chose. Autre qu'est-ce que c'est ? Autre c'est donc 17,6%. Ce peut être les collectivités locales, les financements complémentaires de l'État, les Conseils généraux et bien entendu, les privés. Le nombre d'actions répertoriées, 678 et le public mais ça je pense qu'il faut augmenter le chiffre a priori puisque c'est en déclaratif, 189 126 personnes.

La répartition des actions en pourcentage de ces 678 actions répertoriées. En top one, on a tout public, les actions tout public, en gros la prévention primaire avec

23% de ces actions répertoriées. Médaille d'argent, maladies chroniques avec 21%. Le handicap est en troisième position comme vous le voyez. Et en quatrième position, les personnes avancées en âge donc à domicile et en EHPAD donc avec 16,7%. En top 5, les dispositifs de proximité via les contrats locaux de santé, les ateliers santé-ville, les contrats de ville. Alors les contrats de ville c'est surtout les plans nutrition-santé, et en dernier lieu, au niveau de ces actions répertoriées il y a la formation et l'information avec 8,8%.

Les APS pour les personnes avancées en âge, les activités physiques et sport donc pour les personnes avancées en âge.

Sont concernées par ces actions 33 221 personnes pour 112 actions. Elles sont répertoriées en 47,6% pour les personnes avancées en âge qui sont en EHPAD avec 40 actions et 626 établissements répertoriés et 52,4% en dehors de ces EHPAD avec 72 actions.

Les APS, les activités physiques et sportives et les pathologies chroniques ont pourcentage des 37 067 personnes ayant participé aux actions. En premier lieu et Martine nous en parlé tout à l'heure, les cancers, les cancers avec 35%. En deuxième lieu, toute pathologie, en gros les maladies chroniques avec 34,6% donc on a à peu près une égalité là. En troisième lieu, l'obésité avec 18,2, les maladies cardio-vasculaires avec 6,4 et enfin le diabète avec 5,8.

Les APS comme facteur de santé, au cœur des dispositifs existants. Les APS et les dispositifs de proximité. Nous avons donc les ateliers santé-ville 42, les contrats locaux de santé 17 et enfin les contrats de ville, 20. Et les APS, les activités physiques et sportives au sein de ces réseaux, avec 44 réseaux identifiés sport-santé donc on va en avoir quatre exemples à la table ronde suivante. Maladies chroniques, alors ça peut être oncologie, diabète, hypertension etc et enfin réseaux associatifs qui sont essentiellement portés par le mouvement sportif ou les associations.

En conclusion, les plans permettent comme vous l'a dit Thierry Mosimann tout à l'heure, d'impulser une dynamique et une réflexion nouvelle au sein des territoires, d'identifier, d'organiser, coordonner et renforcer les différents les réseaux existants. Bien sûr coordonner l'action de l'État, valoriser l'action sur le terrain. Alors ça j'insiste car le pôle est créé et le pôle n'initiera pas d'actions à proprement parler. Il sera là pour être le liant, pour coordonner, pour soutenir, pour permettre l'information, le lien, entre ces différents projets, pour valoriser les actions du terrain et là juste un clin d'œil pour les médecins et conseillers qui travaillent énormément sur le terrain à ces réseaux qui travaillent aussi depuis longtemps, aux ARS aussi qui travaillent maintenant avec le sport. Ce sont des acteurs de terrain qui mouillent la chemise et sans lesquels on ne pourrait pas exister.

Et enfin, ces plans permettent de favoriser les échanges d'expériences. On remarque donc très souvent, on reprend les actions des plans existants, « Bien vieillir », PNNS, Plan obésité, etc. Certaines des actions existantes ne sont pas encore répertoriées au

travers des plans mais là on va s'y employer hein on est encore au début du pôle et nous devons et nous allons travailler en prospective, on va construire ensemble et le mot ensemble est très important. On va évidemment finaliser le bilan des régions manquantes, coucou hein celles qui nous ont rien envoyé ! On va enfin mener une réflexion avec des partenaires institutionnels et légitimes pour affiner l'analyse de ce plan donc bien-sûr la DGS, la DGCS, la politique de la ville et encore d'autres partenaires.

Enfin il y a une nécessité et une obligation de développer les réseaux afin de mutualiser et échanger l'information et les expériences. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, je pense que ça sera le rôle du pôle d'être là en soutien pour essayer de coordonner, pour essayer d'être un catalyseur d'idées et pour essayer de travailler en prospective. Voilà je pense que j'en ai fini avec mon intervention et vous allez avoir deux tables rondes qui vont être, je pense, très intéressantes.

Première table ronde

Arnaud Jean : Je vais maintenant inviter à la première table ronde de l'après-midi. Je vais appeler le Professeur Daniel Rivière, si vous voulez rejoindre la tribune. M. Claude Fauquet et le Dr Allal, pour l'expérience de Picardie en forme. Véronique, vous restez avec nous puisque vous allez être la modératrice de cette table ronde. Je vais appeler Jean Luc Grillon pour l'expérience Sport Santé, menée en Champagne-Ardenne et Patrick Laure pour le réseau SAPHYR dont une illustration figure sur la scène et qui va pouvoir nous éclairer sur ce qui est mené en région Lorraine. Voilà Véronique, je vous laisse arbitrer cette séquence.

Docteur Véronique Lebas : Alors on va recevoir en tout premier lieu l'accent toulousain, oui c'est toi, Daniel, le réseau EffORMip, donc la santé par l'effort et la forme en Midi-Pyrénées.

Professeur Daniel Rivière : Quelques mots, très courts, ce réseau est né en 2005 à l'initiative du médecin conseiller de la DRJSCS et du chef de service de la médecine du sport du CHU de Toulouse, donc Daniel Rivière.

Il fonctionne selon le principe d'une association type loi 1901 et a été reconnu opérateur santé par la RS de Midi-Pyrénées. Voilà je te donne la parole Daniel.

Merci beaucoup. Merci aux organisateurs. Je peux faire très court et dire que c'est le meilleur réseau et m'arrêter là mais je vais quand même vous présenter quelques diapositives.

Je vais parler de EffORMip, la santé par l'effort et la forme en Midi-Pyrénées. Si je parle en premier c'est le privilège de l'âge, puisque je suis le plus âgé des quatre intervenants, le deuxième c'est parce que EffORMip est le premier réseau qui a été

formé, la troisième, c'est parce que Midi-Pyrénées que vous voyez ici est la première région de France en terme de superficie avec huit départements et bien entendu la première région de France pour le rugby, sport roi, puisque les connaisseurs savent bien que ça fait 3 ans entre le stade toulousain et Castres que nous avons le bouclier de Brennus

Dans un premier temps nous allons présenter rapidement le réseau, puis présenter la façon dont il fonctionne avec quelques chiffres. Puis on dira un mot des perspectives et une conclusion avec les mots-clés que nous a demandé Véronique Lebar.

Pourquoi « réseau » est entre guillemets, vous allez le voir rapidement tout à l'heure.

Comme vous l'a dit Véronique, c'est une association type loi 1901.

Sur cette fiche de présentation vous avez en rouge les mots-clés : c'est que nous nous occupons uniquement de porteurs de pathologies donc prévention tertiaire.

Le deuxième mot-clés : nous assurons la formation des professionnels de santé et sportifs du réseau. Vous avez bien noté que c'est professionnel de santé, il n'y a pas écrit médecins.

Ensuite, notre travail se fait essentiellement, voire exclusivement avec le milieu associatif et sportif, c'est-à-dire avec le monde des fédérations et le monde du sport.

Autre mot-clé : l'activité physique que nous faisons est une activité adaptée, individualisée et sécurisée, c'est-à-dire qu'elle est prescrite.

Le but et le seul, c'est que la démarche soit pérenne. Parfois l'éducation thérapeutique ça dure une semaine et puis après c'est terminé. Nous, nous essayons d'accompagner le patient, par un coaching santé.

Et puis le troisième point c'est d'évaluer l'efficacité de la prise en charge pour s'améliorer en permanence.

Les partenaires, comme d'habitude c'est la Direction régionale Midi-Pyrénées Jeunesse et Sport et de la cohésion sociale et l'agence régionale de santé. Et notre adresse : nous sommes actuellement hébergés par la Direction Régionale Jeunesse et Sport.

Nous avons une aide avec un emploi mutualisé avec la Fédération Française du sport adapté, c'est la Fédération qui s'occupe des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique, de plus en plus et/ou cognitif. Et bien entendu au point de vue logistique, le Conseil Régional, le CROS et l'Union Régionale des professionnels de santé nous aident à faire fonctionner le réseau.

Pourquoi réseau entre guillemets parce que l'ARS nous a décrété un nouveau titre qui est opérateur régional sport santé pour les porteurs de pathologies chroniques, c'est-à-dire que nous sommes en théorie la référence en Midi Pyrénées et le Président est content de savoir que nous avons un contrat pluri objectifs de moyenne de 5 ans maintenant. Ce qui fait qu'on est tranquille pour le financement pendant 5 ans. Et comme l'a dit Véronique, nous sommes une des premières fiches – c'est-à-dire - renforcement de l'action EffORMip du plan sport santé bien-être. Je pense que tous les réseaux doivent bien entendu participer à ces plans sport santé bien-être.

Le mode opératoire avec quelques chiffres.

La première étape qui est fondamentale, c'est le recrutement et la formation de santé et des professionnels sportifs qui souhaitent participer à cette action.

Pour cela EfFORMip est devenu organisme formateur et donc peut délivrer un certain nombre d'attestations et ces formations concernent donc les professionnels de santé, vous avez la répartition par département. On va pas faire chiffre par chiffre, on n'aura pas trop le temps.

Pourquoi deux fois plus d'éducateurs sportifs que de professionnels de santé ?

C'est pour donner la foi aux patients porteurs d'une pathologie chronique d'avoir plusieurs activités possibles en essayant, un mot qui a été prononcé tout à l'heure, qu'ils trouvent du plaisir et que ce soit pas comme un médicament qu'on lui impose.

Donc voici la carte avec tous les endroits où nous nous sommes baladés en Midi Pyrénées, avec une quarantaine de formations, des formations initiales ou des formations continues. Avec ici les professionnels de santé qui ne sont pas des médecins qui sont concernés, diététiciennes, infirmières, masseurs kinésithérapeutes, pharmaciens et podologues.

Et le mot-clé de cette diapositive, c'est qu'ils sont formés ensemble, professionnels de santé et professionnels du sport, pour parler le même langage auprès du patient porteur de pathologie chronique.

Voici les types de structures sportives. On reconnaît le PGV, le PMM qu'on connaît bien, mais on voit qu'il y a beaucoup de fédérations, en particulier les arts martiaux et les sports de combat qui sont allés vers le sport de loisir, on voit le sport adapté. Je ne vais pas détailler. Par contre je vous préciserai que de plus en plus des municipalités comme Blagnac, Colomiers, Millau, nous demandent de former tous les éducateurs sportifs territoriaux qu'ils utilisent, de façon à pouvoir répondre aux demandes de leurs concitoyens et après Strasbourg, Blagnac est la 2^{ème} ville française à avoir monté sport sur ordonnance, avec comme pré requis que les éducateurs qui prennent en charge les patients aient été formés par EfFORMip.

Alors nous avons également des formations spécifiques, je sais qu'il y a ici des escrimeurs. En tant qu'organisme formateur, depuis 3 ans, nous formons les maîtres d'armes de France et de Navarre, c'est le cas de le dire, à une formation particulière qui est escrime et cancer du sein puisque l'on sait que l'escrime par le mouvement de parade haute du sabre favorise le combat contre les adhérences superficielles liées à l'intervention dans ce cadre de maladie.

La deuxième étape, c'est l'inclusion des patients.

Qu'est ce que c'est le patient EfFORMip ?

C'est un patient qui, sous prescription du médecin, est confié à un éducateur formé EfFORMip.

Ils ont été formés ensemble.

On a parlé tout à l'heure des inégalités sociales de santé, de façon à ce que la prise de licence, puisque nous fonctionnons avec le monde fédératif et associatif, ne soit pas un frein à la pratique. EfFORMip prend pour la première année en compte la licence jusqu'à un maximum de 120 euros par personne. Et la personne est accompagnée tout le long de l'année par un coaching santé.

Nous fonctionnons comme un réseau. Un réseau place la personne au centre du réseau entre le professionnel de santé, ici le médecin, l'éducateur sportif et une coordination. Deux à trois séances par semaine sont données à cette personne porteuse de pathologie chronique. Bien entendu nous travaillons tous ensemble avec un dossier de suivi.

Que fait la coordination administrative ?

Elle va faire l'adhésion et l'orientation, elle met en place des tests de condition physique trimestriels. Retenez le pour tout à l'heure. Elle assure le coaching santé et comme beaucoup de fédérations et de clubs s'interrompent pendant les vacances, pendant les mois de juillet août, elle met en place des stages d'activité physique et santé pour que l'activité soit pérenne.

Quelques chiffres :

Depuis 2006 à 2014, à peu près 1175 patients inclus, avec une absence totalement anormale de parité entre les femmes et les hommes, puisqu'il y a 903 femmes pour 272 hommes.

Est-ce c'est parce que les femmes allant plus loin en âge ont davantage de pathologies chroniques ? Je ne crois pas. Je crois qu'elles prennent beaucoup plus soin de leur santé que les hommes.

Vous pourriez être surpris dans les pathologies chroniques que l'on ait 142 personnes de moins de 20 ans. C'est parce que nous avons un partenariat avec le réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique, avec lequel nous travaillons.

Et vous retenez ce mot-clé de partenariat.

Et puisque j'en parle, je reviens au partenariat avec le sport adapté, puisque nous avons créé quelque chose de particulier pour les tests de condition physique pour des personnes en situation de handicap mental léger, on fait passer les tests avec les autres usagers EfFORMip,

pour ceux en situation de handicap sévère, on les fait passer à l'intérieur des établissements. Mais on a mis en place ce que l'on appelle l'intégration inversée. C'est quand on doit faire passer les tests à des personnes en établissement, on invite des personnes dites valides, c'est-à-dire non en situation de handicap, à venir passer les tests à l'intérieur des établissements pour qu'ils voient ce que c'est que le handicap mental.

La dernière étape, c'est l'évaluation.

Ça pourrait être l'IMC, le cholestérol, l'hémoglobine glyquée. Nous avons vu avec Martine, avec Jean François que tout le monde sait que l'activité physique ça fait du

bien à la santé. On a pu le démontrer. La seule chose que nous avons à démontrer, c'est que les gens font de l'activité physique. Donc notre critère c'est la reprise de la licence dans un club le même ou un autre ou le maintien en autonomie. Et on a trois quarts des personnes qui continuent en sachant que nous n'incluons dans les formules que les personnes difficiles, celles qui sans nous ne feraient pas d'activité physique.

Alors pourquoi des perdus de vue ?

Eh bien il y en a toujours obligatoirement. Il y a des raisons professionnelles, des déménagements, il y en a qui font l'erreur de quitter notre merveilleuse région. Et puis n'oublions pas qu'il s'agit de malades, de pathologies et parfois l'évolution de la pathologie ne permet plus de les suivre.

Les perspectives ? On l'a dit tout à l'heure, il faut aller vers les EHPAD, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap. C'est la mission que nous a confiée l'ARS.

La dernière diapositive, ce sont les mots-clés que voulait Véronique.

Ce qu'il faut retenir c'est qu'il faut former ensemble les intervenants pour qu'ils parlent le même langage, il faut personnaliser et adapter la pratique, il faut accompagner le patient avec un seul but présent à l'esprit : pérenniser la pratique. Il faut travailler en partenariat avec les autres réseaux. Il faut évaluer pour progresser et surtout il ne faut pas oublier les personnes en situation de handicap.

Docteur Véronique Lebas : Merci Daniel. On va entendre Aziz Allal et Claude Fauquet par la suite, qui vont nous présenter le réseau Picardie en forme, c'est un projet qui a été mis en place en 2011 qui est porté par le CROS Picardie et qui est chargé d'animer et d'animer le réseau. Aziz, je te passe la parole

Docteur Aziz Allal : Merci. M. le Directeur, Mesdames, Messieurs, Bonjour.

Comme on est deux à partager l'expérience, je vais être très synthétique quant à ma présentation. Comme vous le savez avant de faire de l'activité physique un outil de prévention et de maintien de la santé pour les personnes éloignées de la pratique, la Région Picardie et ses partenaires institutionnels ont convenu de fonder autour d'une charte régionale sport santé un dispositif qu'on a appelé Picardie en forme.

Ce dispositif a développé un parcours de reprises d'activités physiques référentielles. Notre idée d'un réseau sport santé est de faire le lien et de créer une synergie entre 3 acteurs, la santé, le sport et l'usager. Les acteurs de la santé représentés par les partenaires institutionnels, l'Agence de santé, les collectivités, les professionnels de santé, structures hospitalières et les réseaux de santé.

Le deuxième acteur, c'est les usagers, les associations de patients et usagers, sans oublier l'engagement et l'implication du milieu sportif par la DRACS, le mouvement

sportif, les comités régionaux, les clubs et associations sportives, les offices municipaux des sports.

Donc l'objectif général c'est de faciliter la réalisation d'une activité physique adaptée, régulière et sécurisée pour toute personne insuffisamment active et en pathologie avérée ou non, en situation de handicap ou rupture de lien social.

Le réseau Sport Santé Picardie en forme est structuré de la manière suivante :

La coordination est faite par le Comité Régional Olympique sportif et la Direction Régionale Jeunesse et Sport, avec la création du comité de pilotage, on a intégré par rapport à l'instruction, l'Agence Régionale de Santé (ARS), les collectivités, les commissions régionales stratégie et autonomie, les réseaux de santé en cancer, coordination des réseaux de prévention, les réseaux de diabète, l'union régionale des médecins libéraux et des partenaires privés, mutuelles et Sanofi.

Avec des groupes de travail, des commissions, on a identifié 3 groupes de travail, un groupe de travail sur le parcours, pour définir le parcours de reprise de l'activité physique. Le deuxième groupe s'occupe de tout ce qui est formation et labellisation. Et le troisième groupe, c'est l'évaluation, avec une répartition sur les territoires par rapport au bassin de déploiement. Il y a donc implication du mouvement sportif, les ligues, les GDOS (incertitude sur l'acronyme). On s'appuie sur les centres de rééducation pour le privé, centre de rééducation cardiaque et centre de réadaptation fonctionnelle et les médecins libéraux, le parcours usager, tout ce qui est réseau usager et l'implication des collectivités par l'affichage de l'activité physique dans les contrats locaux santé.

On voit bien que la coordination est entre le sport et la santé sans épargner le secteur public et privé.

Les trois axes stratégiques autour de notre expérimentation qui a débuté 2011/2014 :

Notre première stratégie, c'est la formation des éducateurs et des encadrants. Donc on a pu mettre en place des formations qualifiantes de qualité, en mettant en place des week-ends de formation à destination des encadrants sur des week-ends avec un temps de théorie et de pratique et avec l'élaboration d'un cahier des charges pour labellisation, un label régional pour les clubs qui souhaitent s'investir dans la démarche sport santé avec un montage du projet. On voit bien les critères pour cette PO d'expérimentation. On s'est limité aux associations agréées Jeunesse et Sport. Il y a des pré-requis qui répondent au cahier des charges établi localement.

Le deuxième axe, c'est faire de ce réseau un outil de ressource et un espace de travail pour pouvoir démontrer les bienfaits de l'activité physique et créer une synergie entre les différents champs d'application.

Enfin le troisième axe, c'est le parcours. C'est à peu près identique à celui qu'a cité le Pr. Daniel Rivière, on s'appuie sur les médecins libéraux qui identifient l'utilisateur et l'orientent vers notre dispositif où on met à disposition un bilan d'évaluation de condition physique et en fonction du bilan, on l'orientent vers une association labellisée Picardie en forme avec une orientation vers une discipline adaptée à son profil.

Le troisième axe, c'est l'accompagnement de l'utilisateur vers un retour à l'activité physique sportive adaptée à son profil.

A la demande de Véronique, on a identifié les points forts de notre dispositif.

C'est la création d'un maillage des acteurs de sport santé par les représentants usagers en Picardie. On a pu rassembler une soixantaine de partenaires entre institutionnels, mouvements sportifs et collectivités. 42 animateurs formés sur trois sessions en 2013, c'est déjà pas mal.

Sur 2015, avec un plan de théorie pratique, avec 25 associations à labelliser et la mise en place d'un parcours d'accompagnement, on a pu intégrer sur 2013, 131 usagers qui ont pu intégrer une association ou un club dont 70% ont pu intégrer un club.

On a sensibilisé 67 médecins pour les professionnels de santé. On est reconnu comme experts sport santé par le réseau santé et représentants d'usagers, que ce soient les réseaux nutrition, cancer, diabète, pour pouvoir orienter et créer un mariage par rapport à la reprise d'activité physique.

La condition dans la suite du réseau, On a plusieurs facteurs :

Des partenaires institutionnels impliqués qui souhaitent développer une dynamique locale, que ce soit des services de sports, prévention au niveau des collectivités.

La mise en place d'un comité de pilotage régional et territorial coordonné rassemblant les acteurs impliqués, que ce soit les ARS, les mouvements sportifs ou les usagers.

Un mouvement sportif qui est très impliqué dans le sport santé et dans le déploiement territorial par une offre diversifiée d'activités physiques accessibles à tous. On essaie de diversifier les disciplines pour pouvoir répondre à la demande de l'utilisateur et lui permettre faire une activité physique adaptée à son profil. Les professionnels de santé sensibilisés impliqués dans le sport santé ont permis de mettre en place des séances de sensibilisation à travers la formation continue des médecins libéraux, à travers un partenaire et des communications à travers le regroupement des médecins pour les sensibiliser à cette démarche. Une bonne sensibilisation et motivation et un bon suivi de l'utilisateur. Et on a un retour positif par rapport à l'utilisateur : au bien-être, à l'estime de soi et l'amélioration de la qualité de vie.

Comme vous le savez pour la coordination et la continuité de ce dispositif et la pérennité, il faut mettre à disposition des moyens humains et financiers conséquents aux objectifs fixés.

Je vous remercie de votre attention.

Je cède la parole à Claude Fauquet, le Président du CROS pour démontrer son implication du mouvement sportif.

Claude Fauquet : Merci. Bonjour à tous. Très heureux de me retrouver parmi vous.

Jean-Luc, quand on a créé une AGEFORM santé, il y a 10 ans, plus peut-être, on imaginait pas l'ampleur que prendrait ce phénomène. Je suis vraiment heureux de voir à quel point cette dimension est importante maintenant.

Les hasards de la vie font que je suis maintenant président du CROS. Mon témoignage va être très court. Quelle que soient les fonctions que j'ai empruntées par le passé, j'ai une véritable obsession, c'est l'efficacité des organisations, c'est-à-dire, le directeur des Sports l'a dit tout à l'heure, au-delà des idées, des concepts, de la volonté des uns et des autres, ce qui fait la réalité de quelque chose, c'est ce qui se passe sur le terrain. J'y vois toujours trois niveaux d'implication importants, qui souvent se confondent et ne sont jamais vraiment clarifiés. Ce qui m'intéresse, vous avez vu cela date de 2011. Je suis arrivé à la Présidence en 2013, donc je suis plutôt aujourd'hui un observateur et un contributeur de cette opération, vraiment convaincu de son utilité.

Donc ces trois niveaux en général sont confondus et je trouve que dans cette région, on a fait des choix qui sont intéressants.

Le premier niveau c'est un niveau stratégique. Il est mis en place par le COPIL et dans ce COPIL l'ensemble des acteurs sont là, y compris le secteur privé. C'était important de le rappeler tout à l'heure. On définit régulièrement les orientations du réseau son évolution, les bilans, les changements, les bifurcations que nous devons prendre. Il y a là de vraies orientations stratégiques qui sont prises de manière collégiale.

Le deuxième niveau, c'est toujours quelquefois ce qui pose problème, c'est le niveau de l'opérationnalité d'une organisation. Il s'avère que c'est le CROS qui met en place ces lignes stratégiques et qui les rend opérationnelles. Ça semble tout à fait naturel dans la mesure où le CROS est finalement l'interlocuteur privilégié du mouvement sportif, on a créé un emploi. Un étudiant brillant s'occupe de ce domaine. Ça fait à la fois une organisation qui met en œuvre quelque chose et qui s'ouvre sur l'avenir. Je trouve que c'est parfait.

La question du troisième point me semble importante. C'est la question de l'évaluation. On a souvent peur de ce mot et pourtant c'est tellement important d'évaluer nos actions. Je crois qu'on le fait intelligemment dans cette structure et je peux en témoigner, chacun est à sa place et bien à sa place. On démontre puisque notre COPIL auquel a assisté Isabelle dernièrement montre à quel point on peut travailler ensemble entre le mouvement sportif, l'État, la collectivité territoriale, les partenaires privés, les usagers. Et on démontre que quand tous ces gens là sont capables de se parler, de mettre en place des actions, c'est très efficace et c'est très intéressant. Bien sûr on est pas au bout de notre expérience et en tous cas, la volonté du CROS, c'est peut-être d'essayer de sortir d'une habitude assez ancrée dans le mouvement sportif, c'est-à-dire de répondre à des sollicitations parce qu'il y a des subventions. Vous savez ce réflexe habituel : tiens, on va faire ça parce qu'il y a de l'argent. Je préfère qu'on travaille maintenant la conviction que ce qu'on a engagé a du sens pour nos organisations. Et c'est vrai qu'on a un vrai travail de conviction à faire auprès des ligues de Picardie. Aujourd'hui on n'a pas signé beaucoup de conventions. Je ne vous dirai pas le chiffre. Je peux vous dire qu'il y a une grande majorité avec lesquelles nous avons encore à en signer. C'est là notre principal travail. Quelqu'un qui est dans la salle

et pour j'ai une profonde estime avait l'habitude de dire que le seul pouvoir qui est le nôtre, c'est notre pouvoir de conviction. On va s'y attacher. Merci.

Docteur Véronique Lebas : Merci Claude. On va vous présenter maintenant le réseau sport santé bien-être en Champagne-Ardenne, présenté par le Dr Jean-Luc Grillon. C'est un projet qui a été mis en place à l'initiative de Jean Luc médecin conseiller de la DRDJS Champagne-Ardenne. En mai 2009, une association type loi 1901 a été créée afin de porter le réseau. La phase opérationnelle de ce projet, recrutement des futurs pratiquants a commencé en 2011. A toi Jean-Luc.

Docteur Jean-Luc Grillon : Merci. Merci beaucoup. Je voudrais remercier le Ministère de me permettre de présenter ce réseau, vous dire que Marie Duval, inspectrice de la Jeunesse et Sport à la Direction Régionale, pourra répondre à vos questions sur l'aspect administratif et le lien avec l'Agence Régionale de Santé et Lydia Cusse la chef de projet du réseau pour répondre à toutes la questions par rapport à ça.

Nous avons un cœur de réseau qui est le réseau sport santé bien-être avec ses 3 branches. L'union régionale des professionnels de santé, et j'en profite pour saluer le président du syndicat des médecins libéraux, je sais pas s'il y a d'autres représentants des syndicats de médecins, mais c'est quand même bien pour cette réunion d'avoir le Président d'un des principaux syndicats de médecins libéraux ; le collectif inter associatif sur la santé parce que l'utilisateur est au cœur de ce parcours et il est très important que nous nous appuyons sur les usagers et ils le font, de manière remarquable et le comité régional olympique et sportif qui fédère l'ensemble des disciplines sportives.

Nous avons étendu à l'Education Populaire et à la Jeunesse également les associations et ça marche très bien. J'en profite pour remercier l'ensemble des Fédérations avec lesquelles j'ai eu la chance et le privilège de travailler, la Fédération française de natation, l'aviron, l'athlétisme, etc. Nous avons la chance en France d'avoir des directions techniques nationales, des présidents de Fédérations et des commissions médicales des Fédérations qui ont compris l'intérêt et qui s'engagent dedans de manière volontariste et c'est extrêmement important.

Alors le sport santé en Champagne-Ardenne, nous avons commencé assez fort en 2003 en essayant de rassembler les partenaires dans le stand du Conseil Régional avec une organisation Direction Régionale et départementale Jeunesse et Sport et le Conseil Régional et le CROS.

Ensuite en 2007, toujours sur la Foire de Chalons en Champagne, le stand de l'État dans la Marne et maintenant c'est le stand de l'État en Champagne-Ardenne. Ensuite en 2007 la création d'un premier réseau Sport Santé par un cardiologue d'une clinique de Reims en lien avec l'Union Régionale des médecins libéraux et c'est le premier contact avec les médecins libéraux, très intéressant.

Et en 2009, la forme définitive, en tout cas la forme actuelle du réseau avec ses 3 vice-présidents, représentant chacune des branches qui le compose l'ESIS, l'URPS médecins libéraux et le CROS, parce qu'il nous semblait extrêmement important de faire travailler ensemble, comme le dit très bien Lydia, ça a pris un ou deux ans avant que les gens comprennent ce qu'on attendait les uns des autres, pour que ça puisse bien fonctionner.

La convention Agence Régionale de Santé et les Préfets région départements a été signée en octobre 2012. Ce qui nous a permis de faciliter la mise en place des plans priorité Jeunesse, pauvreté et sport santé. Le sport santé essaie d'être un peu le moteur de cette transversalité qui existe entre l'ARS et les préfets.

L'instruction du 24 décembre a été vraiment pour nous un souffle extrêmement important, extrêmement intéressant et nous assurons un co-pilotage avec l'ARS, installée au cœur de la commission de coordination de prévention, élargie au réseau sport santé, à ces 3 branches et aux villes actives du plan national nutrition santé. Ce qui donne une cohérence entre les politiques de santé et les politiques sportives.

Fédérer et coordonner les acteurs.

Donc la convention d'objectifs et de moyens que nous avons actuellement avec l'Agence Régionale de Santé et la Direction Régionale et Marie était en réunion avec l'ARS il y a deux jours, pour préparer cette convention d'objectifs, va se transformer très rapidement en convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens, parce que vous savez que les crédits prévention dans les ARS, c'est compliqué d'aller les chercher par rapport aux soins extrêmement majoritaires.

La prolongation et l'amplification territoriale se fait avec le contrat local de santé, l'exemple typique que nous avons, c'est la Ville de Reims avec laquelle nous travaillons avec une convention Direction Régionale Jeunesse et Sport Cohésion sociale, Ville de Reims, Office des Sports, réseau sport santé bien-être et qui va étendu en 2014 avec le Conseil Général qui va motiver les communes de l'ensemble du département de la Marne et également l'Agence Régionale de Santé au travers de ces contrats. Et le contrat local de santé de Reims a un aspect, un volet sport santé.

Les objectifs opérationnels du réseau :

C'est mettre en place les parcours sport santé et les parcours de soins sport santé coordonnés, participer à la démarche sécurité qualité, avec labellisation du créneau sport santé et former les professionnels.

Mettre en place les parcours sport santé coordonnés :

C'est animer le réseau des éducateurs médicaux sportifs ou enseignants en activités physiques adaptées santé, en lien avec les unités transversales d'éducation thérapeutique, puisque la coordination entre les offres autorisées des Agences Régionales de Santé en éducation thérapeutique du patient et le sport santé, est nécessaire et évidente et donc on peut réaliser les bilans médicaux sportifs qui sont opérationnels à Reims, à Chalons en Champagne, à Charleville Mézières, à Epernay et

à Chaumont et Troyes. Et en 2014 ce sera présent à Reims à Saint Dizier et à Vitry le François.

Nos bilans sont réalisés essentiellement dans les centres de médecine du sport et quand il n'y a pas de centre de médecine du sport opérationnel, c'est dans une unité transversale d'éducation hospitalière. Et maintenant les médecins généralistes ont très bien compris l'intérêt et ne perdent pas les patients. Ils ont la main du parcours de A à Z, parce qu'ils vont en milieu hospitalier.

Ces bilans médicaux sportifs permettent d'évaluer, d'accompagner, d'orienter et de suivre, comme le dit très bien la convention entre le STAPS et les doyens de médecine, à la demande des médecins traitants, qui demandent cette prise en charge pour les personnes fragiles éloignées de la pratique sportive.

Comme nous l'avait demandé le Ministère des Sports et de la Santé à l'époque, on a démarré sur pathologies chroniques : diabète, obésité, cancer et fragilités de type 2 et 3, en s'appuyant sur l'expertise particulière des plateaux techniques de médecine du sport.

C'est un point très fort de notre réseau, c'est vraiment cette expertise qu'on a par les médecins du sport, et Roger pourra en parler puisqu'il est médecin du sport. C'est très important de pouvoir s'appuyer sur cette expertise qui fait le lien avec la pratique sportive.

Mettre en place les parcours spécifiques.

Avec la Caisse primaire d'Assurance Maladie, le réseau prend en charge 100 personnes et les évalue.

La Protection judiciaire de la Jeunesse avec un financement Conseil Régional, un projet de prise en charge par l'activité physique pour la santé et le soin des enfants sous main de justice. Le syndrome de Prader Willy avec des personnes atteintes de ce syndrome pris en charge avec Prader Willy France et alliance Maladies Rares, et des enfants atteints d'obésité au CH de Chalons en Champagne.

C'est l'outil de liaison que Lydia pourra vous présenter entre les professionnels de santé, dans lequel il y a un certificat d'inaptitude partielle, on a repris la méthode de l'éducation nationale, qui donne des indications par rapport à l'éducateur médicaux sportif et surtout à l'éducateur sportif

La mise en œuvre de la démarche sécurité qualité. C'est un point extrêmement fort.

La labellisation des créneaux pour la prise en charge des personnes éloignées de la pratique avec pathologie chronique, fragilités, obésité, c'est le premier niveau que l'on a mis en place.

Et bientôt maintien et renforcement du capital santé en prévention primaire et prévention secondaire. Elle est mise en œuvre, coordonnée et suivie par la Direction Régionale Jeunesse et Sport, Cohésion sociale. Pauline Gauthier qui s'occupe de cet aspect chez nous et qui le fait extrêmement bien. Les DDCSPP règlent les aspects administratifs sur l'agrément de la structure, etc. L'ARS soutient complètement la

démarche. Le réseau sport santé s'assure du respect du cahier des charges avec la formation des acteurs, le groupe de 8 à 12 et les défibrillateurs automatiques externes. Et Pierre Oudot qui n'est plus directeur chez nous mais qui a vraiment suivi cette démarche de très près avec Jean Luc Gauthier et l'équipe de l'ADR avec Emmanuel, a travaillé d'arrache-pied sur ce plan là et considérait ce plan comme prioritaire, c'était pas facile au départ.

L'équipe technique régionale de prévention qui est composée de tous ces éléments visite également ces créneaux. C'est-à-dire que nous allons visiter sur place les créneaux, ce qui nous permet d'engager des discussions, des échanges avec les éducateurs sportifs, sur leurs besoins et faire remonter ça en terme de formation. Voilà le label créneau sport santé que Pauline a concocté avec un partenaire. Alors voyez à gauche sur la photo, il y a Fédération Française de natation à Chalons en Champagne et le Président, le PMM Sport pour tous à Reims, un club multi sports, handisports en Haute Marne près de Chaumont, un club de canoë kayak sur Reims, le club d'aviron sur Reims et à droite le club d'athlétisme à Reims également. On a une deuxième vague, il va y avoir d'autres clubs, d'autres structures qui vont venir dans cette deuxième labellisation. Et ça se faisait devant le directeur de la santé publique de l'ARS et le directeur régional jeunesse et Sports et les représentants du réseau avec les 3 branches.

Les Fédérations sportives, j'en ai parlé. Et on a, avec le CROS et le DOS mis en place une formation spécifique avec des blocs 1 et 3 théoriques et des blocs 2 et 4 spécifiques transdisciplinaires. Et l'aspect transdisciplinarité est à mon avis, quelque chose de très important.

Le réseau Sport Santé travaille à une convention avec la Mutualité Française et je salue Olivier Blot qui est le directeur de la MGEN de la Marne, qui est vice président de l'union de la mutualité française, sur un programme de formation des profs d'EPS. Le réseau travaille avec les autres réseaux de santé. Voyez dans le cadre de la formation des professionnels de santé maintenant, puisque le réseau partage ses locaux, ses personnels et les outils, notamment le système d'information avec les autres systèmes de santé. La formation médicale continue : 231 professionnels de santé formés en 2012.

Les financements : Ce sont nos financements, nos partenaires historiques. On les appelle partenaires historiques parce que ce sont eux qui ont permis au réseau d'exister. Le Ministère de la Santé et des Sports au départ, relayé par la Direction Régionale, l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Général de la Marne avec un appui très fort pendant 3 années et qui continue et Sanofi également pendant 3 années avec un partenariat très fort, et qui continue également à être partenaire de notre réseau.

Pour financer les créneaux, le CNDS, l'ARS, le conseil Régional sur la formation avec une aide du CROS et les collectivités territoriales, on fait partie du contrat de santé de Reims avec un financement CNDS, ARS et Ville de Reims.

La conférence à la foire de Chalons en Champagne, comment favoriser les comportements favorables à la santé et l'exemple du sport santé en 2012, qui permet toujours de fédérer et de réunir les acteurs. Un projet de visite de prévention en milieu scolaire avec dépistage et orientation cardiologique. Le rectorat, avec François Caret, Gilbert Pérez qui est ici, avec d'autres partenaires et le projet Démarches, Olivier Dahan est ici, démarré à la DDCS.

En conclusion, il s'agit de mettre en place une politique conjointe Sport Santé mené par une équipe DRGJS, ARS et franchement c'est un régal de travailler au quotidien puisqu'on a la chance d'être à proximité immédiate de l'Agence Régionale de Santé. Le réseau Sport Santé Bien-être, c'est un opérateur dont la performance sera reconnue et évaluée au sein d'un contrat pluriel annuel d'objectifs et de moyens conjoints entre l'ARS et l'ADR, étendu à d'autres partenaires, parce que si ces partenaires s'inscrivent dans cette dynamique, ils seront partenaires également de ceux de CCCOM. Une multiplicité d'acteurs qui s'engagent et que l'on retrouve autour de la table. Et je remercie tous les acteurs ici qui sont là et qui ont contribué à la mise en place de ce plan régional et à sa mise en place. Et un tryptique autour du contrat de santé de la Ville de Reims, avec État, ARS et RJS, la Ville de Reims avec son office des Sports et le Conseil Général de la Marne.

Voilà je vous remercie.

Docteur Véronique Lebas : Enfin, on finit par le plus éloquent, le réseau SAPHYR Lorraine, la santé par l'activité physique régulière avec le docteur Patrick Laure médecin conseiller. SAPHYR est un dispositif passerelle d'accompagnement, né fin 2009, et mis en œuvre, en ce qui concerne la première inclusion des patients en septembre 2010. Le projet est porté par le CROS Lorraine qui assure la coordination du dispositif.

Docteur Patrick Laure : Mesdames, Messieurs, je remercie Véronique d'avoir dit ce que je n'aurais pas osé dire, c'est que si je parle en dernier, c'est que c'est le meilleur et que ça a été gardé pour la fin. La Lorraine est une région magnifique, autant que Midi-Pyrénées, vraisemblablement, bien que plus fraîche et malheureusement depuis un certain nombre d'années on a fait le constat d'une surmortalité dans cette région, liée à différentes pathologies comme les cancers, les maladies cardio-vasculaires, etc. Et en même temps qu'on faisait ce constat, on faisait en même temps le constat d'une certaine forme de demande sanitaire et médico-sociale dans le champ de la pratique d'une activité physique et sportive, et parallèlement il y avait une offre physique et sportive émanant du mouvement sportif principalement par exemple avec un maillage territorial particulièrement fin en clubs sportifs : voyez 6500 clubs et associations sportives en Lorraine. Autre exemple : un taux d'équipements sportifs par habitant qui

est largement au dessus de la moyenne nationale. Toutefois, ce que l'on constatait et ce que l'on déplorait, c'est que cette demande et cette offre ne se rencontrait que très rarement, voire pas du tout, c'est la raison pour laquelle, fin 2009 a été créé le dispositif SAPHYR. SAPHYR étant l'acronyme de Santé par l'activité physique régulière, ce qui explique le petit y que vous voyez pour faire référence à l'activité physique.

Le public qui est visé par SAPHYR c'est toutes les personnes qui vont voir leur médecin, leur médecin traitant, leur médecin de famille et qui sont encouragées pour aller bouger pour leur santé, qu'elles soient atteintes ou non de pathologies chroniques, en général elles le sont et vous allez comprendre pourquoi. Mais ces personnes déclinent systématiquement ces bons conseils pour toutes les raisons qui ont été évoquées déjà par Daniel, Martine et Jean François, à savoir : je n'ai pas le temps, ça coûte cher, je ne sais pas où aller, ça n'est pas de mon âge,, laissons ça aux jeunes, etc. Et surtout : je ne sais pas faire. Dès lors l'objectif de SAPHYR a été de prendre en main ces personnes, les chouchouter, les dorloter et surtout essayer de leur redonner confiance dans leur propre capacité à avoir une activité physique et de contribuer à inscrire ces pratiques physiques et sportives dans la durée et la régularité.

Voici un résumé de l'activité 2013. Ce sont quelques 450 bénéficiaires, tous atteints de pathologies chroniques qui ont été pris en charge par une trentaine d'intervenants dans des petits groupes en général de 6 à 8 personnes et vous voyez que essentiellement c'est une population féminine, peut-être parce que les plus sensibles à la notion de bien-être, d'activité physique, de corps tout simplement. Peut-être que les hommes ont d'autres occupations mais j'ignore lesquelles. On fera une conférence avec Daniel pour essayer de savoir. Et c'est une population qui bien que très jeune dans sa tête est un peu vieillissante puisque nous sommes autour de 63 ans d'âge moyen.

Si on devait résumer le dispositif SAPHYR en trois mots qui pourraient vous donner envie de développer un dispositif similaire dans vos propres régions, on pourrait dire accessible, efficace et à coût maîtrisé.

Accessible parce qu'il est relativement simple. En effet, nous avons avant sa création été voir les réseaux existants et notamment celui de Daniel Rivière et de Jean Luc Grillon et nous avons tenté de notre côté de valoriser l'existant. Et c'est vrai qu'en Lorraine il y avait une très forte demande du champ médico-social mais également une très forte offre. Il nous a semblé qu'il suffisait de les faire se rencontrer pour que ça fonctionne, c'est du moins le pari un peu osé qu'on avait pris à l'époque. Et c'est la raison pour laquelle on s'était tourné vers le mouvement sportif comme porteur de ce dispositif, mouvement sportif représenté par le comité régional olympique et sportif. C'est une première à l'époque, et comme vous l'avez noté, la Picardie a copié entre temps.

Comment ça se passe pour des bénéficiaires ?

Ça se passe dans un établissement de santé, une maison de santé, bref c'est un médecin qui est la pierre angulaire du dispositif et qui va inciter les patients à rejoindre

le dispositif, un fois le dispositif rejoint, les patients sont pris en main par un intervenant, en général un éducateur sportif, qui va, dans un premier temps faire un entretien individualisé avec ces personnes pour voir un peu qu'est-ce qu'elles ont déjà fait comme activité physique, qu'est-ce qu'elles aimeraient bien faire, qu'est-ce qu'elles ne peuvent pas faire, etc.

Puis proposer en groupe 9 séances d'activités physiques en général, c'est de la gymnastique d'entretien mais nous avons également des groupes de taïzu, de marche nordique, de randonnée pédestre, de natation et nous bénéficions d'ailleurs du programme de nage et forme santé qui s'applique très bien, en particulier dans les Vosges pour des jeunes femmes atteintes de cancer du sein. Et à l'issue de ce module d'accompagnement, les personnes sont orientées vers un club sportif, une association sportive de proximité pour qu'elles prennent une licence et continuent leur activité.

Voilà donc un dispositif relativement simple qui ne fait que valoriser l'existant.

Efficace ?

Eh bien, nous évaluons bien sûr le dispositif et nous avons beaucoup appris de Daniel à l'époque. Il nous avait bien dit que l'activité physique, les effets sur la santé sont largement démontrés comme ça a été dit précédemment, donc il nous fallait simplement vérifié que nos objectifs étaient atteints. C'est la raison pour laquelle nous avons péché dans la littérature scientifique un certain nombre d'indicateurs préexistants, nous ne les avons pas inventés bien entendu, pour voir si le dispositif était efficace. En voici quatre.

Et comment faisons-nous ? Eh bien nous comparons simplement, chaque personne étant son propre témoin, les personnes à l'entrée du dispositif et à la sortie de la période d'accompagnement, sur un à deux mois. Eh bien significativement, la quantité d'activité physique augmente. Cette quantité est mesurée par un score de Marshall, destiné aux médecins mais que nous utilisons très bien nous-même. Le sentiment d'efficacité de ces personnes augmente également. Et nous sommes là vraiment au cœur des objectifs puisque cette auto efficacité, c'est le sentiment de compétences de la personne à faire une activité. Et il semblerait que ce soit un déterminant fort d'une pratique pérenne.

L'effort perçu, mesuré par l'échelle de Borg, bien connu, quant à lui diminue. Vous voyez qu'il est compris à l'entrée entre 12 et 13 ce qui correspond à un effort modéré en terme d'intensité. Et il diminue sensiblement, c'est-à-dire que les personnes s'adaptent très bien à ce qui leur est proposé en matière d'activité physique.

Enfin, tout cela a des répercussions, notamment sur l'estime de soi, le jugement de valeur que l'on porte à soi-même et qui augmente significativement. Et les psychologues nous ont expliqué à l'époque que c'était un des moteurs principaux de l'action, action humaine, sous toutes ses formes.

Voici quelques paroles de bénéficiaires. J'attire votre attention sur les propos d'Irène, 71 ans et ses haltères, ce qui m'avait un peu surpris à l'époque. Et quand on suit ces

personnes un an plus tard, avec des difficultés parce qu'il y a des perdus de vue, parce qu'il y a des relances qui ne fonctionnent pas, etc. C'est vraiment un travail considérable que fait notre coordinatrice. Eh bien, on s'aperçoit, pour l'instant en tous cas, que 64 % continuent l'activité physique dans le club où ils étaient inscrits initialement. Ils ont repris une licence sportive. Ça, pour nous, on aime bien, parce que c'est le mouvement sportif, et en plus de ça, c'est facile à vérifier, c'est la prise de licence.

Il y a 26 % qui nous disent : oui, on continue, on fait de la marche, un peu de vélo, on va à la piscine. Ça, pour nous, c'est plus difficile à vérifier parce qu'il n'y a pas de prise de licence. En revanche quand on fait passer les tests de Marshal, par exemple, pour voir si la quantité d'activité physique continue à être élevée, et bien c'est le cas. Ça nous rassure un petit peu. Et il y a 10% de personnes qui ne pratiquent plus, notamment en raison d'une aggravation de leur état de santé.

Enfin, un dispositif à coûts maîtrisés :

Tant que le bénéficiaire est pris en charge lors du module d'accompagnement, c'est gratuit pour lui, bien entendu. Et lorsque l'on regarde, par exemple pour 2013 comme j'ai fait le calcul ici, le budget total du dispositif, c'est-à-dire le salaire de la coordinatrice, le salaire des intervenants, les frais de déplacements, de téléphone, de chauffage, parce que en Lorraine, il fait un peu froid en ce moment, eh bien, on obtient rapporté au bénéficiaire un coût de 209 € par bénéficiaire. C'est encore relativement élevé, je vous l'accorde et on y travaille, on a depuis le début divisé ce coût par quasiment 2, on est sur des pistes pour le diviser encore. Cela dit, c'est toujours moins que fumer un paquet de tabac tous les jours pendant un mois et c'est nettement meilleur pour la santé. Et je suis très rassuré puisque avec les intervenants précédents qui nous ont expliqué que faire de l'activité physique, ça rapporte des sous !

Vous voyez, c'est une petite dépense tout à fait négligeable.

Les financeurs de ce dispositif en région que vous avez listés ici, ne s'y trompent pas, et nous suivent dès le départ.

En conclusion, SAPHYR, un dispositif simple, qui valorise l'existant, qui nécessite un poste de coordinatrice qui travaille à 80 % de son temps pour essayer de faire le lien dans tout cela et qui au final se trouve atteindre ses objectifs : accessible, efficace, à coûts maîtrisés.

Merci de votre attention.

Docteur Véronique Lebas : Merci Patrick. Nous venons de vous présenter 4 exemples de réseaux. On aurait pu en prendre d'autres mais il faut bien faire un choix. Ce sont des réseaux qui marchent, essentiellement parce que après s'être coordonnés, renseignés, réunis, etc. Ce qu'on a vu surtout, c'est qu'il n'y avait pas de recette précise pour qu'un réseau marche, car chaque réseau était adapté aux spécificités humaines et locales de sa région. On a essayé de faire une espèce de vaste modus vivendi pour

avoir une petite ligne de conduite au niveau de ces réseaux. Dénomination commune : la formation des intervenants et de tous les intervenants. Evidemment la personnalisation de la pratique et l'accompagnement spécifique du patient.

Comme toujours, comme dans toute aventure humaine, l'engagement humain et institutionnel fort. L'importance ici d'un mouvement sportif et de professionnels de santé véritablement impliqués, qui soient d'accord pour travailler ensemble et pour travailler vraiment.

Enfin la véritable construction d'un réseau ciment entre les différents acteurs, personnalisé par un comité de pilotage qui travaille en commun. Evidemment c'est ce que nous a dit Patrick : les coûts maîtrisés.

Maintenant si vous voulez poser vos questions, c'est avec plaisir que nous y répondrons.

Bonjour, vous avez tous parlé d'une personne qui était coordinatrice au sein du réseau, d'un emploi qui était dédié. Je voulais savoir quel type de formation a cette personne ? Ce qu'elle gère exactement ? Comment ça s'est organisé autour de cet emploi et quelle est sa fonction propre.

Docteur Véronique Lebas : Vous pouvez passer le micro juste derrière vous, il y a la chef de réseau Champagne-Ardenne, elle vous dira quelle formation elle a.

Bonjour. En tant que coordinatrice du réseau sport santé de Champagne-Ardenne, je viens du monde de la promotion de la santé et prévention, avec un diplôme en sciences humaines appliquées et stratégie de prévention. Je pense que c'est vraiment très important et ça m'a beaucoup aidée pour mettre en place ce réseau. On n'est plus sur des postes de direction, en tout cas en ce qui concerne la Champagne-Ardenne, puisqu'on a la gestion financière, budgétaire, les ressources humaines et les partenariats. Notamment l'établissement des conventions avec les financeurs et avec les partenaires. Je crois qu'en Lorraine c'était quelqu'un qui venait du même réseau que moi, le réseau d'éducation national pour la santé.

Patrick Laure : En Lorraine, nous avons débauché en quelque sorte, l'ancienne directrice départementale du réseau des CODEF, elle vient de la promotion de la santé.

Docteur Aziz Allal : Pour la Picardie, c'est un STAPS à part, activité physique adaptée, financé par le CNDS emploi sur 4 ans, on l'a accompagné pour la démarche Picardie en forme.

Professeur Daniel Rivière : En ce qui concerne Midi-Pyrénées, nous avons actuellement 3 coordinatrices : 2 qui sont des CDI et une en CDD qui va devenir CDI,

qui sont toutes au niveau master Staps que ce soit APA ou management, avec en plus des formations complémentaires de diplômes d'université d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé.

Jean-Luc Grillon : Je rajoute simplement que avec Lydia Cusse, il y a un éducateur médico-sportif, coordinateur de l'ensemble des éducateurs médico-sportifs de la région, il travaille à 20%, on espère le passer à 50%. Et vous avez les chargés de projet sport santé du CROS, de l'ERPS et du SIS, bien sûr.

Patrick Magaloff, directeur sport santé de la commission médicale du comité olympique. J'ai vu, Véronique, la première où tu mets formation des intervenants.

Je crois qu'il y a une démarche qu'il faut absolument faire et il n'y a que le Ministère qui peut la faire, avec les Fédérations, c'est de mettre en place cette réflexion sur les pré requis des compétences de ces encadrants qui vont accueillir ce nouveau public. C'est absolument indispensable. Quand un encadrant aura en face de lui une dame qui a un cancer du sein et qui est encore en phase de chimiothérapie, c'est sûr qu'il devra y avoir des compétences et que ces pré requis là, on ne les connaît pas. Il y a suffisamment de compétences même dans cette salle pour que vous réunissiez tous les gens qui ont cette compétence pour définir véritablement les pré-requis nécessaires par rapport à ces encadrants. Ça serait trop grave que tout ce nouveau public qui va arriver soit déçu et se rende compte qu'au niveau des associations sportives, y aura pas de gens suffisamment compétents pour les accueillir. Ça a été dit au niveau de la commission médicale, on travaille avec les Fédérations sur ce dictionnaire à visée médicale des disciplines sportives. Et très vite dans les contacts que l'on a avec les référents sport santé dans les Fédérations, ce sujet revient sur le tapis et nos Fédérations s'inquiètent parce qu'il est absolument nécessaire d'avoir les gens les plus compétents possibles. Je ne vois pas plus que le Ministère pour faire ce travail. Je n'en n'ai pas encore entendu parler, c'est pour ça que je pose cette question. Ça me paraît indispensable que cette démarche soit faite le plus vite possible.

Docteur Véronique Lebas : Patrick, je voulais juste te répondre, ce qui n'est pas une réponse, mais vous ne serez pas déçu, on est là pour faire du travail, du travail efficace, du travail concret, en toute sécurité évidemment pour ces personnes qui viendront dans ces réseaux.

Je veux réagir. Cette formation elle existe déjà. Les UFR Staps sont des formations à part. Par rapport à tout ce que vous venez de décrire, on est totalement dans le domaine donc, je voulais savoir justement par rapport aux formations que vous avez décrites dans vos différents réseaux, quelles sont ces formations, combien de temps ? Pour répondre à la question du monsieur sur la sécurité par rapport à la santé.

Professeur Daniel Rivière : Si je réponds dans un premier temps, pour Midi-Pyrénées, nous raisonnons comme Patrick Magaloff sur la notion de référentiel de compétences et il est évident que ce n'est pas le réseau qui va former les éducateurs animateurs sportifs ou professeurs enseignants APA. Nous partons d'un seuil de connaissances et nous allons rajouter des compétences spécifiques sur les publics qui seront pris en charge. Ce sont des gens qui sont capables de prendre en charge un certain nombre de pathologies et on leur explique en fonction des pathologies. Je vais pas vous faire un détail des formations mais il y a évidemment une formation cancer, formation fibromialgie, etc. spécifiquement en compagnie des professionnels de santé, pour que la prescription pour que le prescripteur et l'éducateur se comprennent parfaitement. On part déjà d'une base et on rajoute dans le cadre du réseau. On ne forme pas des nouveaux.

Thierry Mosimann : Je voulais simplement répondre à M. Magaloff. Vous avez parfaitement raison. Il faut que, au niveau de la direction des sports, on réfléchisse et on mette en place des formations qui soient validées et que dans le domaine du sport santé, nous attendions simplement que le rapport de l'IDJS soit rendu sur l'ensemble du dispositif dans le domaine du sport et de l'animation. Le rapport vient d'être rendu, nous allons maintenant pouvoir nous mettre au travail. L'idée que nous avons à l'esprit, c'était de travailler à un certificat de spécialisation. Je peux vous dire que c'est inscrit dans le plan d'action 2014.

Jean-Luc Grillon : Je voudrais rassurer par rapport à la prise en charge par les associations sportives, on a une enquête qualité faite par les usagers, les représentants des usagers. Et le retour qu'on a d'une façon générale, Lydia pourra vous préciser. Le retour, c'est très positif, c'est-à-dire que les gens sont très heureux, les sportifs comme les autres. Parce que souvent on leur a dit : vous êtes malade, vous n'avez pas droit au sport, alors que là on leur dit : vous avez droit au sport. On a besoin des enseignants APA, bien évidemment pour emmener ces gens vers les clubs sportifs, c'est fondamental, et pour accompagner les premières étapes, mais derrière, et d'avoir travaillé avec la Fédération de natation, la fédération de PME sport pour tous, l'AGV, l'aviron maintenant, ça se fait de manière remarquable. On va chercher les compétences des professionnels, on met en place des aspects théoriques, des aspects pratiques et derrière, c'est la labellisation. On évalue le parcours de la personne, si elle a déjà 20 ans de bouteille, si elle déjà pris en charge des seniors, elle a déjà plein de compétences par rapport à ces personnes là. Soyez rassuré, je pense qu'on fera l'épidémiologie.

Claude Foquet : Une remarque un peu générale là-dessus. Vous savez sur les territoires, il y a des potentiels absolument extraordinaires de compétences qui existent. Donc faites un peu confiance aux gens qui ont pris en charge des responsabilités pour s'assurer des conditions que la pratique se met en place de manière efficaces et efficaces. Ça se passe très bien comme ça. A toujours vouloir tout contrôler, avoir la certitude que ce que l'on a décidé était bien, etc. J'ai toujours le sentiment que ça met en cause des initiatives et la volonté des responsables puisque c'est leur responsabilité de faire les choses correctement.

Oui bonjour, Anne Sophie Joly, du collectif national des associations d'obèses, axe santé mais bientôt et sport. Juste pour vous dire, il faut effectivement travailler ensemble entre la santé et le côté sportif, faire tomber les clivages, faire rentrer le sport dans la santé. Le côté santé est trop anxigène, quand un patient sait qu'il est effectivement atteint d'une pathologie, y a activité, moins humain, mort à terme, etc. Ça passe par de la communication, ça passe par du bien-être, du plaisir, par des choses simples à disposition immédiate du patient. Et les associations de patients de santé que je peux représenter sont à votre service.

Bonjour je l'appelle Nicolas Machuèche, je suis kinésithérapeute libéral, et dans la présentation, à part le Dr Rivière, moi aussi je suis à Toulouse, donc je suis complètement d'accord avec votre discours. Au-delà de cela, j'ai vu une faible implication des kinésithérapeutes, alors je sais pas si c'est parce que la communication et la labellisation de ces réseaux n'ont pas été faites ou si c'est eux qui ont refusé d'adhérer à ce type de réseau. Il faut savoir que les kinésithérapeutes, il y a toujours une perception de tous ceux qui sont issus des masters activités physiques et sportives, il y a toujours une sorte de concurrence indirecte ou en tout cas, les mentalités sont en train de changer. On essaie d'y travailler. On essaie d'avoir une coopération inter professionnelle pour justement prendre au mieux le patient. Mais voilà, j'aimerais bien savoir si c'est une non implication de mes confrères ou un oubli tout simplement.

Jean-Luc Grillon : Alors, je peux vous rassurer, ils sont complètement impliqués. Le réseau sport santé en Champagne-Ardenne, avec le réseau diabète, addiction et cancer, etc., ont mis en place des formations sensibilisation sur territoire dans lesquelles viennent les masseurs kinésithérapeutes et tout le monde est invité. Alors effectivement dans le comité de pilotage y a pas...Avant ça s'appelait URML, union régionale des médecins libéraux, maintenant il y a URPS général, donc maintenant je pense qu'on va s'associer avec vous dans le comité de pilotage, c'est simplement une question de forme plus que de fond, sur le fond ils sont complètement associés, bien évidemment.

Docteur Véronique Lebas : On va passer maintenant à la deuxième table ronde.

Deuxième Table Ronde

Arnaud Jean : Je vous invite à rejoindre la scène, pour cette seconde table ronde. Pour la Mutualité Française, Annabelle Dunbavant, s'il vous plaît. J'invite pour Michelin, l'entreprise Michelin, Gilles Cherasse, Philippe Aziz pour l'AG2R. Si vous voulez rejoindre la scène. Richard Dacoury, pour Coca-cola. Roland Krzentowski pour ClinicProSport. Monsieur Clémenton, Jean-Paul, pour La Fondation du Sport Français. Je vous en prie, rejoignez-nous. Vous êtes ici aujourd'hui avec nous pour évoquer l'action de la Fondation du sport. Et puis pour animer, modérer, réguler cette table ronde, Thierry Fauchard. Bienvenue à vous. (histoire de micros).

Chaque intervenant dispose de 6 minutes pour son témoignage, afin de respecter le temps de clôture de ces assises, suivi d'un temps d'échange avec la salle. Merci à vous d'être présents. Je cède la parole maintenant à Thierry Fauchard pour cette animation.

Thierry Fauchard : Bonjour à tous et je remercie le Ministère des Sports de m'avoir donné le micro pour animer cette table ronde. Une table ronde qui a pour sujet : quel nouveau partenariat pour accompagner les initiatives en faveur de la pratique des activités sportives comme facteur de santé. Autour de la table, un certain nombre d'acteurs présents. Rapidement, je vais leur donner la parole pour que vous puissiez mesurer les implications de chacun. L'objectif étant de montrer l'intérêt pour le monde de l'entreprise et des acteurs économiques de s'inscrire dans une démarche de prévention pour le sport. Sans plus attendre, je vais donner la parole à des acteurs qui se sont impliqués depuis quelques années dans le sport santé. Les questions vont se porter sur ce que vous faites dans votre entreprise, votre environnement, à l'extérieur. L'idée de départ est de poser les clés de cette réussite, de ce qui est fait par les acteurs, ici présents, depuis déjà quelques années. Je vous demanderai, avant de vous donner la parole, de respecter le temps de parole, 6 minutes chacun. Je vous rappellerai à l'ordre si besoin est. On a des power-point et un vidéoprojecteur. Je vais donner la parole dans un premier temps à Monsieur Gilles Cherasse, qui est responsable qualité chez Michelin pour qu'il puisse nous expliquer les actions concrètes au sein de son milieu.

Gilles Cherasse : L'approche prévention-santé, chez Michelin, s'inscrit dans une démarche plus globale que nous appelons : « Avancer ensemble » et qui concerne l'ensemble du personnel du groupe. Cette démarche s'articule autour de six leviers, dont un qui concerne la préservation du capital santé : physique et psychologique. Clermont-Ferrand, pour un bref rappel, est le siège social de l'entreprise, le centre de recherche Europe, une division commerciale, un centre logistique et trois sites de

fabrication. Cela concerne environ douze mille personnes. Sur Clermont Ferrand, nous avons mis en place un dispositif. La partie Préservation Capital Santé, physique et psychologique, s'articule autour de trois dispositifs. Le premier, qu'on appelle Oxygène, concerne les personnes dites actives, sans contre-indication à la pratique de l'activité sportive. Vous le verrez dans le petit film, qui est plus parlant. Pour ces personnes actives, en dehors de leur temps de travail, entre midi et deux et en soirée, l'ensemble du personnel peut pratiquer des activités en salle comme dans beaucoup de clubs sportifs mais aussi en extérieur. Le deuxième dispositif concerne ce qui serait la cible de notre prévention : les personnes très peu attirées par l'activité physique. Ce dispositif s'appelle Second souffle et s'adresse aux personnes en reprise d'activité, qui sont aussi identifiées par notre service médical comme étant des personnes sédentaires. Ce dispositif concerne aussi des personnes avec des pathologies. Il est moins ambitieux, se veut attractif et surtout sur une petite période. Faire venir des personnes qui ne sont pas acquises à l'activité physique, il faut leur proposer un dispositif très spécifique. C'est ce que nous avons fait avec un dispositif sur douze semaines qui comprend un bilan de forme. Le bilan de forme que nous avons choisi c'est un bilan de forme qui donne la définition d'un âge physiologique parce que cet âge physiologique peut à un moment donné être un déclencheur. J'ai 40 ans, mon cœur en a 55. Il pourrait en avoir 38, ça peut parler. Les personnes qui, au travers du service médical, se portent volontaire à rejoindre ce dispositif ont accès à des activités et à un planning très spécifique, complètement en dehors d'Oxygène qui lui concerne les personnes actives. Enfin, notre troisième dispositif concerne plus la prévention des TMS (Troubles, Musculo-Squelettiques). Il a pour cible les populations d'atelier, les gens postés et qui sont soumis à du travail répétitif. Ce dispositif des trois P, de prévention, de préparation préventive, est à deux vitesses. Pour tout le monde des protocoles d'échauffement à la prise de poste et d'étirement pendant la durée du travail sur l'apparition de tensions physiques et puis un protocole de deuxième vitesse, qui lui s'adresse plus particulièrement à des postes identifiés à pénibilité. Par exemple les pilotes, essayeurs sur circuits, les freineurs, soumis à de fortes contraintes physiques et en atelier aussi, les personnes qui font de l'alimentation boudineuse en pain de gomme. Pour ces personnes, nous avons un dispositif qui comprend, en plus de la préparation par l'échauffement et les étirements, un programme que nous appelons PPG, Préparation Physique Générale. Quelques chiffres pour finir et avant le petit film.

Oxygène en 2012-2013, c'était 1260 personnes sur Clermont-Ferrand. Ça représente 15% des effectifs tertiaires. Nous avons dans ces 1260 personnes, 50% qui déclarent être actifs dans le système associatif et sportif mais aussi 50% qui déclarent ne pas faire d'activité en dehors de ce dispositif Oxygène. 53% d'hommes pour 47% de femmes. Un taux de renouvellement depuis 2009 qui est de 66%. Et je vous propose maintenant ce petit film qui vous montrera en image l'ensemble des activités puis des témoignages de participants.

Allons y. Allons chez Michelin.

(Diffusion d'un film Michelin avec commentaires de Gilles Cherasse suite à un problème de son)

Qui voit-on ? Le directeur des services France qui explique l'approche Prévention. Vous pouvez voir les salles que nous avons sur Clermont : quatre salles intra-muros sur quatre sites différents. Nous travaillons avec un club partenaire historique de Michelin, l'ASM omnisport qui, au travers de ses seize sections, nous donne l'accès à des infrastructures nous permettant de faire des activités ludiques, de la natation, de la course à pieds.

(fin du film Michelin)

Thierry Fauchard : On évoquera tout à l'heure les freins, les obstacles à la pratique. La deuxième personne que j'aimerais interroger est Roland Krzentowski sur le concept de la ClinicProSport que tu diriges et sur Mon stade, un nouveau concept. On est vraiment dans l'innovation. Tu as un power-point pour présenter tout ça.

Roland Krzentowski : Oui, quelques diapositives. D'abord merci de me permettre d'illustrer la place que peut prendre une entreprise dans une offre sport-santé. ClinicProSport est une entreprise privée qui est née il y a douze ans et dont l'activité est entièrement dédiée à cette thématique. Quand on parlait tout à l'heure des enjeux de la santé, c'est aussi un enjeu économique parce si l'activité physique a le développement auquel on croit, elle peut aussi permettre à des entreprises privées de se développer autour de ce thème. Nous sommes une toute petite entreprise par rapport à Michelin, étant partis à deux et nous sommes aujourd'hui quatorze et nous sommes en pleine croissance. Voilà sur l'introduction sur notre activité. Très concrètement, qu'est ce qu'on fait depuis douze ans ? On a une activité non praticienne à travers quatre activités qui sont la formation, donc on forme les professionnels à l'incitation, à la prescription de l'activité physique dans la prise en charge des maladies chroniques. Ces formations, ces incitations se font la plupart du temps à côté de la mise en avant de molécules innovantes que les laboratoires sortent de leurs laboratoires de recherche et donc on incite à la co-prescription et les thèmes qu'on traite vis à vis des médecins s'appellent activité physique et diabète, activité physique et cancer...des pathologies où l'activité physique est reconnue comme une thérapeutique médicamenteuse validée. A titre d'exemple : on parle à peu près à 2000 ou 3000 médecins par an sur ces sujets là. La deuxième activité est l'éducation à la santé donc on parle au grand public et on est accompagné par des partenaires variés qui sont des collectivités locales, des partenaires privés, mon voisin en est un, Richard, mais aussi par le monde de la mutualité. La troisième activité est la santé au travail. On propose des programmes de

santé au travail par l'activité physique. La quatrième est le conseil et on a eu la chance d'être conseil du monde sportif qui se posait la question, qui se la pose toujours, de la place qu'il doit avoir dans le développement d'une activité physique pour la santé. Mais aussi du monde de la santé, et je peux citer MGEN qui se posait la question de savoir si en tant qu'offreur de soins, si à côté du médicament et de la chirurgie pour faire simple, l'activité physique n'aurait pas toute sa place. Deuxième activité qui vient de naître, Mon stade. Le nom dit déjà que nous souhaitons accueillir des gens quelque soit leur stade pour les amener à un stade meilleur. Plus concrètement, ça pourrait aller du malade le plus déconditionné jusqu'au sportif le plus abouti et en ce sens, je rejoins aussi quelques intervenants dont Jean François Toussaint qui disait qu'il faut réconcilier le sport et l'activité physique et ne pas, au contraire les dissocier. C'est dans ce sens que nous agissons. Très factuellement, je réponds aux questions. On n'est que quatorze, ça n'est pas un exploit mais 100% de nos salariés suivent un programme d'activité physique et ont des horaires aménagés pendant les temps de travail. On a aussi un métier où les choses qui ne se font pas à quatre heures de l'après midi peuvent se faire entre midi et deux, le soir ou le matin donc c'est assez facile et les programmes sont les mêmes que ceux qu'on propose à nos adhérents privés. Ce sont des programmes qui sont, dans notre cas, très santé et sport puisque le préalable à l'adhésion à un de nos programmes c'est un bilan des capacités à bouger, à travers plusieurs ateliers : épreuve d'efforts, tests musculaires entre autres. Et aussi l'ouverture d'un dossier médico-sportif personnalisé dont la personne pourra avoir la jouissance tout au long de sa vie. Dossier à la fois qui contient les informations médico-sportives et dossier aussi qui décrit les séances qui, après un passage chez nous, peuvent être continuées, on l'espère, dans un autre lieu. Clairement, on s'inscrit comme une passerelle dans l'activité physique vers d'autres lieux. Notre programme le plus complet, c'est une adhésion d'un an, 39 séances pendant 3 mois donc on retrouve les fréquences qui permettent de se remettre en forme, ce que la science dit aujourd'hui. 3 fois par semaine c'est ce que cela impose. Si on veut optimiser les effets de l'activité physique, il faut la répéter de façon adaptée. Trois mois, c'est pour nous le temps de la conviction, c'est pas facile de changer de comportement et les périodes d'abandon où le risque d'abandon est le plus fréquent dans cette période initiale, donc on souhaite accompagner les gens. Trois mois c'est aussi le temps des résultats qui est souvent le meilleur argument pour continuer. Trois mois c'est aussi le temps de l'éducation puisque nous apprenons aux gens à devenir autonomes. Partenariat public-privé, on est soutenu par l'agence régionale en tant qu'entreprise privée et je remercie l'agence régionale de santé. On a aussi des collaborations avec d'autres acteurs institutionnels ou publics. On a aussi quatre médecins et quatre professionnels de l'activité physique pour l'instant et on a des gens en école de commerce ou chefs de projet. Voilà. Et quelles actions permettent de nous identifier ? Mon stade et puis les actions qu'on fait pour le compte de tiers puisque qu'on est à la MGEN. Merci et désolé du temps passé.

Thierry Fauchard : C'est très clair, merci. Donc on est parti d'un modèle d'entreprise avec une qualité de vie des installations, quatre salles de sport qui sont à une agence qui au delà du métier de promotion d'activités l'implique directement, l'utilise pour ses propres salariés et en suite met ça en boîte pour la MGEN. Je vous propose de laisser la parole à Richard, qui représente Coca Cola, qui est un partenaire privé pour Roland mais qui l'est pour d'autres et on a hâte ce que proposez en matière de promotion de l'activité physique.

Richard Dacoury : Bonjour à tous, merci de nous recevoir, l'entreprise Coca Cola, merci au ministère de nous avoir fait cette invitation. C'est vrai que je suis un partenaire de Roland à plusieurs titres, on traite très étroitement avec son agence. Je suis heureux d'être à ses côtés aujourd'hui. Je vais vous parler tout simplement de ce que Coca Cola fait avec le sport. Il faut savoir que Coca Cola est un partenaire historique du sport, partenaire des grands événements internationaux et nationaux depuis 1928. Ce partenariat vit et vit très très bien encore aujourd'hui puisqu'on est toujours partenaire des plus grands événements mondiaux. Ce que l'on sait moins c'est qu'on est partenaire, au niveau local. Localement, on utilise le sport comme lien avec la population et on utilise notamment cette année une nouvelle plateforme de communication qui permet de relayer ce que l'on veut exprimer à nos consommateurs, notre association avec les valeurs pour le sport que l'on chérie à savoir le partage, l'émotion, la convivialité et bien nous avons mis en place une plateforme cette année Le mouvement c'est le bonheur. Ça dépasse la cadre du sport, de l'activité physique. On est plus dans l'expression d'un mouvement qui est un mode de vie actif qui créer du plaisir en rapport avec ce que nos marques transmettent comme élément. Cette plateforme s'appuie sur trois piliers dont le premier est d'informer les consommateurs autour de la composition de nos boissons. On offre aussi le choix, avec des boissons multiples et variées, sucrées, moins sucrées, sans sucre. Ce qui m'amène aujourd'hui à prendre la parole, c'est aussi notre engagement à encourager la pratique d'une activité physique. Je fais aussi la distinction entre le sport et l'activité physique parce je partage le fait que le sport a ce côté particulier, repoussant pour le tout un chacun parce qu'on s'imagine qu'il faut être un grand athlète pour le pratiquer alors que l'activité physique a une approche beaucoup plus facile et beaucoup aisée pour le consommateur ou le Français moyen. Cette plateforme a été développée cette année et elle nous permet d'exprimer à l'externe ainsi qu'à l'interne cette idée du mouvement c'est le bonheur. Coca Cola a mis en place grâce à l'implication de son top management. Tout le succès de ce sport-entreprise tient par l'implication du top management, qu'il puisse convaincre ses salariés que le sport c'est bon pour la santé et qu'il les déculpabilise en les incitant à pratiquer du sport, ça c'est très important. Coca Cola, comme d'autres, comme Michelin, a mis en place un système d'initiative avec notamment une salle de sport qui

permet aux salariés de pratiquer avant le travail, entre midi et deux et après une activité physique assez variée avec des cours de cardio, des machines, des cours en groupe encadré par le Club Med gym. On a vraiment une qualité assez exceptionnelle. On exprime aussi notre engagement à développer l'activité physique à l'externe avec un programme qui me tient particulièrement à cœur puisque je l'ai développé en 2008. Bientôt sept ans qu'il existe et c'est un véritable succès qui incite les jeunes partout en France à se bouger tout simplement en utilisant un kit, un outil que l'on a construit de zéro en s'appuyant sur les discours et les échanges qu'on a pu avoir avec les animateurs, les éducateurs sur place qui nous ont fait part de leur besoin. Donc on a mis en place ce cube, d'environ un mètre cube, qui contient tout le matériel nécessaire à la mise en place des animations sportives et on l'a mis en place en partenariat avec le CNOSF et bientôt avec le Ministère des Sports. Il est gratuit et ouvert à tous, c'est important. Ce qu'on veut c'est vraiment inciter les jeunes à se bouger. Et quand je dis les jeunes, je pense aux ados de 12 à 18 ans, cette cible là qui est particulièrement en souffrance aujourd'hui, qui est en rupture de la pratique sportive. Alors comment ça se passe : c'est Coca Cola qui prend à sa charge 75% du prix total du cube et comme on considère que tout ce qui n'a pas de prix n'a pas de valeur, on veut absolument impliquer les municipalités et on leur demande de nous rejoindre et de participer à hauteur de 25% du prix total du cube par an. Ca correspond à peu près à 590 € que l'on demande comme investissement de la part des villes et en contrepartie, on leur offre ce cube qu'ils mettent en place à une fréquence et sur des lieux qu'il leur appartient de définir, à proximité des jeunes. On peut très bien le mettre en bas d'une barre d'immeuble, sur une place de la mairie ou sur une place de marché. Et aujourd'hui, le programme est un vrai succès puisque près de 800 villes nous ont rejoints, des villes de 1500 habitants aux villes de 250 000 habitants. Ca leur permet, et ça nous permet, d'adresser cette problématique à cette cible particulièrement en souffrance autour de la pratique de l'activité physique. Il faut conclure. Voilà en gros en quoi notre programme consiste, la mise en place de ce dispositif, il se met en place très rapidement. A l'intérieur de ce cube, il y a du matériel, du baume de marquage, les T-shirts pour les animateurs, le guide d'animateur, le mode d'emploi. C'est une animation très accessible et on ne veut surtout pas que les jeunes soient rebutés par la pratique des activités sportives donc on propose du tir à l'arc, du hockey sur gazon. Les activités depuis le début ont évolué. Cette année, on essaie de faire évoluer le contenu du cube en proposant des activités toujours aussi différentes et attractives. Voilà la progression depuis 2008, la date de création de ce programme. 15000 participants en 2008, près de 1 million aujourd'hui. C'est pour nous une vraie réussite, on a vraiment cette volonté de s'impliquer dans la durée et on vise en 2020 plus de 5 millions d'ados donc c'est assez gourmand. On espère, bien sûr avec l'aide d'autres partenaires, atteindre cet objectif qui nous tient à cœur.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup Richard Dacoury. J'imagine que ça soulève pas mal de questions. On vous laissera tout à l'heure un temps d'échange, on a prévu 15/20 minutes avant la conclusion de Martine Duclos. Donc on était sur un partenariat privé qui permettait d'atteindre un certain nombre d'objectifs. Je tenais à vous présenter ces trois partenaires là pour déjà rentrer dans le vif du sujet : une entreprise, une agence qui aide à la promotion mais qui l'applique aussi pour ses salariés et une firme qui utilise le sport comme un levier de communication interne, externe, marketing également. On pourra échanger tout à l'heure, pour voir un petit peu si c'est ça le modèle français. Alors le modèle français, j'y viens dans cette seconde partie en questionnant la mutualité française, l'AG2R et aussi la fondation du sport à la suite. On est ici dans une table ronde où on doit parler de la promotion de l'activité physique et s'inscrire dans des axes qui sont précisés par le Ministère des Sports : de quel engagement sociétal parle-t-on ? J'aimerais vous entendre là-dessus dans cette deuxième partie, sur les actions que vous menez, et bien sûr, du fait que vous soyez mutualité, que vous soyez les applicateurs du secteur de l'économie solidaire et sociale et de votre vision là dessus.

Annabelle Dunbavant : Bonjour et merci de me passer la parole. Je suis très heureuse d'être ici et merci au Ministère des Sports de nous avoir invité la Mutualité Française. C'est très important pour nous de montrer l'implication de la Mutualité Française dans l'activité physique. En deux mots, je vais présenter la Mutualité Française. C'est une fédération qui fédère toutes les mutuelles et dans cette fédération, on a une organisation régionale. Je vais vous présenter le plan des actions qui se passent au niveau national, des actions qui se passent au niveau régional, des actions qui se passent au sein des mutuelles. Trois niveaux d'actions sur lesquels on peut agir. La place de l'activité physique et sportive en mutualité est d'abord dans ses unions régionales. Il y en a 25 sur tout le territoire et juste pour donner une idée de ce qu'on fait, puisque l'activité physique et sportive fait vraiment partie intégrante de l'offre de prévention dans le réseau de prévention et promotion de la santé dans les unions régionales. Je vais insister sur 5 exemples qui montrent la diversité d'actions. D'abord dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie, les régions mettent en œuvre des ateliers équilibre qui se déclinent dans la plupart des unions régionales de France et avec différents opérateurs selon les régions. On a un programme qui se décline dans toutes les régions « Bouge : une priorité pour ta santé » qui a été conçu avec l'aide de ClinicProSport à l'époque, qui est un programme pour favoriser l'activité physique et sportive auprès des collégiens. Dans certaines régions, ce programme est appelé à évoluer vers une offre de type ICAPS en lien avec l'INPES. On a d'autres régions qui ont développé des actions autour de la prise en charge des jeunes seniors, notamment avec l'université de Montpellier, une action qui s'appelle « Résolution 50 », des ateliers d'activité physique mais aussi d'équilibre alimentaire. On a avec Lyon-régional

Champagne-Ardenne un programme plus du type éducation thérapeutique sur les maladies cardiovasculaires dans lequel on retrouve des ateliers d'activité physique mais une prise en charge plus globale. Et puis, cinquième type d'exemple, on a une union régionale, la mutualité régionale de la Réunion qui développe un programme spécifique sur le diabète, qui met tous ses moyens sur une pathologie chronique qui est le diabète et qui développe une offre sport-santé pour accompagner les patients diabétiques. Voilà les actions au niveau du réseau régional. On a aussi des actions au plan national notamment au travers du service multicanal qui est Priorité Santé Mutualiste qui est un service à la fois décliné sur internet, sur du téléphone et sur des rencontres santé en proximité, où là, on met à la disposition de la population un certain nombre de services et de l'ensemble des mutualistes pour des services plus avancés. On dispose notamment d'un dossier sur l'activité physique et d'actions qui peuvent être relayées ensuite dans les unions régionales. Enfin au niveau national, on a mis en place une expérimentation dans le cadre des maladies cardiovasculaires qui s'appelle « Tension-forme » qui est un programme de prise en charge du risque d'hypertension artérielle et qui a développé toute une partie sur l'activité physique adaptée pour les 600 personnes qui ont participé au programme. Voilà vraiment l'offre purement mutualité française au sens de la fédération. Et puis après, dans l'environnement mutualiste, on a aussi une société qui est l'IMAPS, créée en octobre 2010, qui a plusieurs programmes qui visent à améliorer, accompagner, les entreprises notamment, qui visent aussi à rapprocher les adhérents mutualistes à l'offre de santé. Cet aspect là a été décrit précédemment. Et aussi une offre spécifique dans les entreprises avec des programmes développés dans les entreprises.. Pour conclure, ça c'était la partie Mutualité Française. Après, certaines mutuelles, comme la MGEN, développent des actions pour réduire le nombre de sédentaires de leur population d'adhérents. Là encore ce qui compte c'est une approche globale. J'ai repris l'exemple de la MGEN qui dans son plan triennal d'action développe une approche promotion de l'activité physique mais aussi hygiène alimentaire et bien être. Voilà un mot-clé pour les mutuelles, l'approche globale : le sport, l'activité physique pour la santé mais dans le cadre d'une approche santé en générale. En conclusion, les mutuelles font effectivement de nombreuses actions pour favoriser la pratique de l'activité physique mais elles se posent bien sûr une question, une question que je pense vous vous posez tous dans la salle, c'est de savoir quel est le niveau de prise en charge d'un point de vue financier que doivent développer les mutuelles sur ces activités de loisir. Et là je rajouterai une dimension à cette question, je n'ai pas la réponse : comment favoriser l'activité sans solvabiliser le marché ? Et créer par exemple comme pour les lunettes une inflation des prix ? parce que vous savez qu'après c'est la course à l'échalote, les mutuelles font des offres de plus en plus importantes et les offres de services s'adaptent aux prix, c'est une inflation sans cesse croissante des prix du marché. Évidemment, c'est ce que l'on souhaite absolument éviter.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup Annabelle de la Mutualité Française. On a pris un peu de recul par rapport aux actions de terrain tout à l'heure, on est véritablement dans l'engagement sociétal, à la fois sur du travail sur les différents territoires avec les exemples qui ont été donnée par la Mutualité Française et également sur la prévention, on dépasse largement la prévention primaire. On citait à l'instant des programmes d'intervention thérapeutique comme « Tension-forme ». On est vraiment dans du lourd. Je vous cède la parole Philippe Aziz de AG2R.

Philippe Aziz : Bonjour, merci de nous accueillir. Il y a beaucoup de choses passionnantes, intelligentes qui viennent d'être dites, ça va être dur de ne pas être redondant. Je vais prendre un angle par rapport à ma présentation et puis je serai disponible à toutes les questions pour ce qui suit. Juste, pourquoi un groupe, un groupe de protection sociale comme AG2R la Mondiale s'intéresse à ces questions, juste un chiffre intéressant : quelque part, on s'adresse à 9 millions d'assurés. Ce sont des personnes. Quelque part, il y a une entreprise sur quatre qui a des rentes en France à l'AG2R Mondiale. Ce sont aussi des clients et des gens avec qui on peut discuter autrement que du produit santé, c'est à dire la garantie mutuelle ou voir les garanties de prévoyance. Vous voyez que dans nos métiers effectivement vous avez la retraite, la prévoyance, la santé, l'épargne et puis vous avez une signature en bas à droite qui est celle d'un engagement social. On parlait de sociétal, nous on essaie de faire que nos approches soient des approches d'un assureur de la personne que nous sommes et que cet assureur de la personne que nous sommes s'intéresse au bien-être de la personne. D'où cette signature, cet engagement social et, modestement, quelques actions que nous essayons de mettre en place. Les chiffres, vous en avez vu, il y en a qui ont été dit donc je ne vais pas revenir dessus. Moi ce qui m'avait terrorisé, c'était l'absence d'exercice physique, le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial et puis quelque part ce qui m'avait intéressé en tant que professionnel, c'est que plus de 60% des employés aimeraient que leur employeur leur donne la possibilité de faire de l'exercice ou de mieux entretenir leur santé. Alors effectivement, pour nous voilà, les défis que nous retrouvons autour de cette AG2R la Mondiale, de cet environnement qui est celui de la personne, c'est qu'à la fois au sein du groupe, nous sommes une entreprise comme les autres avec plus de 7000 salariés, 10000 bientôt. La question nous est posée, c'est pas tout de raconter aux autres que c'est bien mais que fait-on chez nous, de proposer des actions effectivement aux entreprises, de les accompagner. La réponse est surtout sur du sur-mesure. Toute entreprise a son existence, son expérience et c'est de la co-construction. Et puis, des actions de sensibilisation à la fois sur le territoire puis n'oublions pas aussi de financer les programmes de recherche parce que nous sommes dans un grand pays mais de temps en temps, la recherche est un peu oubliée. Par rapport aux groupes, nous sommes

beaucoup moins avancés que Michelin, je le regrette mais j'espère qu'on y sera bientôt. Effectivement, on a deux approches. Une approche qui est autour d'action de sensibilisation, faire bouger sa tête, son corps, son cœur. Une fois par an, on fait des actions sur l'ensemble de nos sites, les grands sites évidemment, là où il y a quelques centaines de salariés, des conférences. Et puis, ce qu'on essaie de faire aussi, par la suite, ce sont des rencontres de la forme où on travaille avec des partenaires : l'Institut Pasteur de Lille, le groupe Ciel Bleu, la fondation pour la recherche pour l'hypertension artérielle et bien d'autres. Et là on se retrouve avec des actions très pratico-pratiques autour d'un diagno-forme. Les gens passent à l'acte, j'ai envie de dire en famille, avec les collègues, on s'essaie à quelques exercices. Tout ça évidemment bien contrôlé et puis on regarde un peu où on en est. Ca donne différents niveaux. Nous, pour l'instant, on oriente les personnes, on essaie de travailler avec nos partenaires territoriaux et de faire qu'une fois que ces actions de sensibilisation sont faites, voire de prise en compte, et bien de travailler avec les acteurs qui sont sur les territoires parce que c'est aussi bien compliqué. Il y a beaucoup de monde et beaucoup de réalités différentes. Alors autant coller à la réalité de ce pays qui est faite de beaucoup d'actions éminemment performantes mais souvent locales. Je veux faire juste un petit focus qui est justement l'angle d'attaque pour nous, effectivement, qui est celui du groupe. Nous travaillons beaucoup à travers la mise en place de branches professionnelles, une soixantaine de branches professionnelles sont clientes du groupe et puis des entreprises, des grandes entreprises. La branche professionnelle a un intérêt majeur, c'est que quelque part, elle a des problématiques, des thématiques bien spécifiques, quand on parle par exemple des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) et à la fois, une branche professionnelle permet de travailler avec des PME, des TPE, des grandes entreprises. Souvent les grandes entreprises ont fait ces choix, sont acteurs, font beaucoup d'actions mais comment toucher le plus grand nombre. Là, on se dit qu'il y a quelque chose qui tourne autour des négociations. Quand on met en place un contrat, on négocie aussi avec l'ensemble, les représentants des employeurs qu'ils soient MEDEF, CGPME mais également des centrales syndicales des salariés aujourd'hui et que quelque part c'est un peu la même logique. Alors mettons en place des contrats dans lesquels on puisse induire, inclure une partie qui touche à cette activité physique, à ce bien être au travail et qui, effectivement peut avoir, va avoir un impact tout simplement sur la garantie et faire qu'on ne soit pas dans la boucle infernale de toujours plus d'augmentation de prix parce que, parce que, parce que. Voilà. Donc ça, c'est quelque chose sur lequel on pourra parler tout à l'heure. C'est un peu la marque du groupe, c'est là dessus qu'on veut travailler. Ensuite vous retrouvez certains dispositifs qu'on a pu voir. Que ce soit sur les territoires, j'entendais tout à l'heure Picardie en forme, nous sommes partenaires d'un certain nombre d'actions que vous connaissez : de villages bien être, de trains bien être. On essaie de soutenir, nous, beaucoup d'initiatives territoriales, locales, d'acteurs de terrain. Le groupe soutient le développement de ces actions et essaie de faire ce

mixte, que j'évoque toujours, entre une aide financière mais surtout aussi un montage qui va faire que quelque part, ces actions vont aussi être portées dans le monde de l'entreprise, dans le grand public et dans le monde de l'entreprise quelque chose qui tourne aussi autour d'une tarification parce qu'il faut aussi parler d'argent. Tout ça n'est pas gratuit. Il y a un moment où les fonds publics ne suffisent pas, les fonds privés non plus parce que quelque part, on se met un peu en risque, ça coûte plus cher, ça nous permet à la fois d'avoir une mécanique vertueuse. Donc les programmes, vous avez vu tout à l'heure, je n'y reviendrai pas. Moi, je trouve intéressant le chiffre de 39 millions. Alors ça c'est des choses qu'on sait appliquer. Donc à un moment les collaborateurs du groupe avaient tous un podomètre, ne prenaient plus l'ascenseur, prenaient l'escalier et à chaque fois qu'ils se rencontraient « Tu en es à combien de pas ? ». Et puis des choses qui tournent autour de la recherche médicale. On a parlé beaucoup, je suis désolé pour toutes les femmes dans cette salle, on a parlé beaucoup de cancer du sein. En tout cas, il y a une chose qui est évidente, on a soutenu un programme de l'Institut Curie et il est clair qu'une activité physique avec un régime alimentaire équilibré permet de réduire le taux de récurrence de 50%, ça veut dire que nous sommes aussi très sensibles à ces approches dites non médicamenteuses au niveau aujourd'hui de la santé. Voilà un peu le cercle vertueux de tout ça. Alors ce que je voulais vous dire c'est que, pour nous, quand on dit activité physique, sport, faire du sport, pour nous c'est rester en mouvement. Rester en mouvement dans son corps mais aussi dans sa tête. Et quelque part, c'est aussi aller vers les autres et maintenir un réseau social. Voilà très rapidement ce que je voulais vous dire.

Thierry Fauchard : Merci Philippe Aziz de l'AG2R la Mondiale. On a fait un tour complet de votre action comme partenaire, comme financeur. J'ai vu sur le diaporama des chiffres assez impressionnants, assez intéressants lorsqu'on les rajoute aux chiffres qu'on nous a présentés tout à l'heure sur les financements nécessaires pour mettre en place des actions partenariales en sport-santé. Donc on essaiera de prendre votre train. Comment s'appelle le train de l'AG2R ? On va prendre le train du bien être. Et je propose à Jean-Paul Cléménçon de la Fondation du sport de parler aussi de ces actions à titre de fondation et particulièrement en terme d'innovation. On est sur un sujet : qu'est ce qu'il se passe de neuf dans l'innovation sociale ? Qu'est ce que vous proposez ?

Jean-Paul Cléménçon : Oui, donc bonjour, je représente la Fondation du sport français, présidée par Edwige Avice, ancienne ministre, très ancienne présidente du CNAPS, qui est une des premières à avoir promu un certain nombre d'études sur, justement, les moindres dépenses en creux de santé. Notre mission, c'est l'innovation sociale par et avec le sport, sur cinq grandes directions d'objectifs dont une essentielle sur laquelle nous sommes de plus en plus sollicités, ça concerne la prévention de la

santé par le sport. La grande majorité des projets qui nous sont soumis portent sur cette question. L'autre majorité portant sur l'accès au sport pour les personnes handicapées et l'insertion ou l'éducation. On mêle d'ailleurs souvent des projets où l'éducation et la promotion de la santé par le sport vont de paire. Plutôt que de vous présenter longuement la Fondation vous trouverez une plaquette à droite et le rendu d'une activité qu'on a menée sur une opération avec l'USEP et le support d'une entreprise également engagée dans le sport, « Aidons nos enfants à bien grandir ». Parmi toutes les opérations que nous recevons, nous agissons préférentiellement dans un co-financement, c'est à dire que soutenons, nous dépensons quand même pas mal d'argent à l'année, sur des projets motivés par la prévention de la santé par le sport mais nous préférons dans toute la mesure du possible, même si on a un comité de sélection qui est particulièrement bien documenté, nous préférons travailler dans le co-financement, c'est à dire, faire notre métier premier, travailler dans la synergie et rendre la réalisation de certains projets possible. Notre métier à nous c'est de rendre les choses possibles, de participer à l'intérêt général et surtout le faire en relation avec les instances publiques puisque le ministère avec lequel nous avons choisi d'avoir une relation, c'est le ministère chargé des sports, ce qui est la moindre des choses pour une fondation dite du sport français. Évidemment nos acteurs sont des acteurs du sport français. Parmi les projets que nous soutenons, nous avons soutenu beaucoup d'actions en faveur du sport et cancer. Nous soutenons l'établissement de la pharmacopée menée par Alain Calmat sur le Vidal du sport, quelle posologie, quelle activité faire en fonction des affections longues durées. Cela mobilise l'ensemble des commissions sport santé des commissions sport-santé, des différentes fédérations et c'est un travail encore une fois de synergie. On travaille aussi à des actions de sensibilisation comme par exemple la Caravane sport-santé en Nouvelle Calédonie qui va entre les territoires du sud et du nord porter la bonne parole. On travaille aussi et on va commencer une nouvelle action au bénéfice des enfants du premier degré. Les chiffres annoncés nous montrent qu'il y a un effort très particulier à faire en direction des jeunes générations, qu'ils prennent de bonnes habitudes le plus tôt possible avant que ça ne devienne lourd et compliqué. Sur sport santé et citoyenneté, on soutient aussi une action, les As de cœur pour les maladies cardio-vasculaires. Un grand nombre d'activités qui nous sont proposées, que nous retenons, que nous finançons ou que nous labélisons – généralement quand on finance, on labélise, un de nos métiers second c'est d'essayer de réunir, et c'est aussi une des raisons de notre présence ici, c'est de travailler à la capitalisation des enseignements qu'on a pu tirer de toutes les actions qui ont été réalisées. Qu'est ce qu'on peut en retirer, comment on peut les diffuser et comment on peut convaincre du bienfait de l'activité sportive pour l'équilibre de santé et promouvoir une attitude responsable à l'égard de ce capital extraordinaire qu'est la santé. J'ai été assez rapide.

Thierry Fauchard : C'est parfait Jean-Paul. Bravo. On m'avait dit faire attention, Jean-Paul parle beaucoup mais c'était excellent. Donc un rôle de catalyseur, la fondation. Vous mettez des appels à projets, vous évaluez, vous êtes également sur une approche qualitative. Par contre, tu n'as pas parlé de Jean-Luc Loiseau, c'est pas un projet que vous soutenez ?

Jean-Paul Cléménçon : Mille excuses Jean-Luc, on soutient la démarche de Jean-Luc Loiseau, Dans la Foulée de Jean-Luc Loiseau. On s'est inscrit dans cette opération tout à fait intéressante sur le plan humain et sur le plan de la santé. Lutter contre le surpoids, d'aller au devant et c'est cela qui nous a beaucoup séduit, outre le fait de se miser soit même dans cette opération d'être accompagner, c'est d'aller au devant des populations qui pourront tout au long de l'été, du mois de mai, le 4 mai et ça se terminera à Strasbourg à la rentrée, 20 kilomètres par jour, le fait de rencontrer des gens, de pouvoir échanger et on travaille avec eux à la mise au point d'un certain nombre de communications possibles pour faire partager les valeurs de cette opération et convaincre d'avantage de monde de l'intérêt et du bienfait de l'exercice physique pour ce patrimoine de santé.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup. Et donc c'est le temps de l'échange avec la salle. Il nous reste 5 ou 10 minutes pour échanger avec vous. S'il y a un micro qui circule. Allez y. Sinon, il y a des mains de levées ? Sinon, je peux laisser la parole à Jean-Luc Loiseau, vous pouvez nous préciser ce que vous allez faire ? On a la chance de vous avoir aujourd'hui.

Jean-Luc Loiseau : Bonjour à tous. Ecoutez, c'est assez simple. Il y a quelques années en avril 2011, je pesais pas loin de 211 kilos, trois fois 70 kilos, c'est trois personnes et l'idée, c'est de partir à partir du 4 mai à Lille pour faire un parcours autour d'un tour de France de 50 étapes de 20 kilomètres. Et au delà du défi personnel, puisque je pèse aujourd'hui 130 kilos, l'idée, c'est d'inciter tout le monde à venir me rejoindre même si c'est pour faire quelques pas. L'idée, c'est d'initier le processus du sport, de l'activité physique et je pense que comme toute décision, tout commence par un premier pas.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup. Belle initiative. Est ce que des mains se sont levées ? Allez y.

Bonjour, Frédéric B. de la Fondation du sport d'entreprise. Je voulais profiter de cette occasion pour faire le lien entre la première et la deuxième table ronde. Dans la première table ronde a été beaucoup soulevée la question de la pérennisation de la pratique dans un club. J'ai trouvé que globalement, dans les présentations qu'on a eu,

mis à part Michelin, la relation avec le mouvement sportif était peu établie. Vous ne l'avez pas beaucoup citée. Est-ce que vous êtes en partenariat avec des fédérations, est-ce que vous travaillez en lien avec les fédérations sportives dans les actions que vous menez ?

Annabelle Dunbavant : Nous, oui on travaille en lien avec les fédérations sportives. Par exemple dans le programme Tension-forme, il y a des fédérations, la fédération française de randonnée, le PGV qui était partenaire. Après localement, dans les unions régionales, les programmes se font en lien avec les fédérations sportives mais plus sous le plan local.

Roland Krzentowski : Au plan très local, on est assez dans le 13^e et donc pendant cette adhésion d'un an de nos adhérents, on propose des conférences et on a proposé à toutes les offres associatives ou privées d'activité physique de venir montrer ce qu'elles peuvent offrir justement puisque nous nous inscrivons comme une passerelle de mise à l'action vers une action qui se pérenniserait. Donc, c'est pas des partenariats au niveau national mais des partenariats locaux.

Philippe Aziz : Juste deux mots. Au niveau d'AG2R la Mondiale, on a impliqué sur deux sports, le cyclisme et la voile, dont la transat' part dans quelques jours pour ceux que ça intéresse. Simplement l'idée c'est de dire qu'on ne peut pas aller sur tous les sports parce qu'on est très sollicité mais ce qu'on a commencé à travailler c'est autour de ces deux sports sur lesquels on est engagé sur le plan sportif, de les décliner, notamment en travaillant avec la fédération française de la voile sur l'accès des clubs à des personnes en situation de handicap, aujourd'hui. Des choses qui vont être très concrètes par rapport à ce choix.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup. Quelques illustrations. Est-ce que ça répond à vos questions ? Y a-t-il quelques questions ou on vous a endormi ? Non ? Je vais aller voir Olivier Dailly parce que ce monsieur était cité tout à l'heure dans un de vos projets avec des podomètres. Vous travaillez sur ce principe de podomètre. Donc on voit bien, il y a un enjeu, mis dès le départ en début de journée qui est la lutte contre la sédentarité. Les chiffres que donnait Martine Duclos sont éloquentes. La lutte contre le tabagisme, c'est important mais la lutte contre la sédentarité c'est essentiel également. Et la sédentarité, ne faire qu'un pas, je pense que la logique est là. On n'a pas juste à offrir de nouvelles activités innovantes par le milieu sportif mais on a à inciter le plus la population à bouger et donc à sortir de sa chaise. Olivier Dailly, pouvez-vous nous dire, vous êtes dans les actions dans le milieu associatif mais par contre avec un concept assez différent que l'offre associative traditionnelle.

Olivier Dailly : bonjour, donc je représente l'association ADAL qui a mis en place un programme de motivation à la marche au quotidien et qui a pour objectif très simple d'inciter chacun à augmenter sa quantité de pas au quotidien. C'est lié à une formation, à un outil effectivement, un podomètre qu'on transforme comme outil de santé qui n'est plus seulement un outil de mesure de performance et un site internet sachant que ce type de matériel est en vente libre mais on sait qu'un podomètre seul ne suffit pas à motiver chacun à augmenter sa quantité de pas au quotidien. Et on est en complémentarité totale avec le monde sportif puisqu'il y a l'événement du dimanche si on prend la fédération de randonnée pédestre. Il y a aussi tous les jours, si on parle de santé, c'est tous les jours, les trente minutes de marche par jour on en a parlé tout à l'heure en début d'après midi. On est plutôt sur ce modèle. On travaille en particularité de près avec les fédérations sportives puisque l'objectif, c'est qu'une fois qu'on a motivé les gens à marcher plus au quotidien, c'est de rejoindre une organisation encadrée, un club par exemple. On a plusieurs fédérations avec lesquelles on travaille pour justement proposer ce continuum.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup Olivier Dailly. Dernière question ? Sinon, autour de la table.

Question pour monsieur Dacoury, Coca Cola. Est-ce que vous savez s'il y a d'autres sociétés de l'agroalimentaire qui vont partir dans le même principe de démarche de l'activité physique que ce que vous faites vous ?

Richard Dacoury : C'est une bonne question. Je pense que oui, d'autres entreprises déploient d'autres programmes. Je n'en pas exactement les détails.

Philippe Aziz : Oui si vous me permettez, il se trouve que l'agroalimentaire est un des clients du groupe donc on connaît quelques entreprises. Il y a effectivement un certain nombre d'entreprises, plutôt les grandes entreprises qui travaillent de plus en plus sérieusement ces questions. Je pense à Nestlé, je pense à Danone qui commencent à travailler sur ces questions et qui sur 2014-2015 ont des programmes qu'ils sont en train d'établir. Donc c'est pas encore la panacée mais c'est quelque chose qui est entrain de se développer.

Richard Dacoury : C'est évident que toutes ces entreprises se rendent compte que vendre des produits ne suffit plus et aussi performantes soient elles, il faut avoir un investissement, une implication sociétale, avoir des responsabilités, un engagement de citoyen. Ca va de pair avec ce genre de participation à des initiatives ou ces partenariats qui permettent notamment d'inciter les jeunes, les gens à se mobiliser, à se bouger.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup. Je vais devoir conclure cette table ronde en vous remerciant beaucoup de votre participation à tous.

Philippe Aziz : Juste, effectivement, je regardais votre site l'autre jour, il y avait environ quarante millions de pas le mois dernier sur votre site. Simplement quelque chose qui me paraît important, vous allez me trouver complètement iconoclaste, je pense que sur beaucoup de choses que j'ai entendu il y a une démarche, quelque part, j'évoquais tout à l'heure cette démarche économique. Je crois que les choses vont avancer aussi parce qu'à un moment notamment si les assureurs de santé, de prévoyance effectivement sont des gens qui peuvent être des relais facilitateurs, il y a aussi la question du prix et il est important d'associer aux travaux, je pense, un métier qui est peu ou pas connu qui est le métier d'actuaire. Et si dans les groupes de travail il n'y a pas des médecins, des spécialistes du sport et des actuaires, on aura du mal à avancer parce qu'à un moment donné il faudra bien un jour entrer dans les tables de tarification de la santé. Ces mesures qui pourraient permettre d'avoir des prix plus accessibles et donc on joindra les deux, c'est à dire à la fois les intérêts de la personne vers cette démarche sociale, sociétale et une démarche économique. C'est juste ce que je voulais dire.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup. Que les actuaires dans la salle lèvent la main ? Bon la prochaine fois on invitera des actuaires. Ca sera la conclusion.

Roland Krzentowski : Sans faire de la grande économie, simplement si on se réfère à des dépenses qui existent déjà, je prends par exemple les services de soins de suite ou quand on a une maladie métabolique on est remboursé pour trois semaines de service de soins de suite. Ce système a été créé à l'époque où la maladie chronique n'existait pas et donc toutes les choses se passaient de façon très contractée et en peu de temps. La question que je pose est ce qui vaut mieux trois semaines dans un service de soins de suite ou deux semaines dans un service de soins de suite pour ne pas être révolutionnaire et transformer la dernière semaine par un programme d'accompagnement du type de ceux qu'on a vu aujourd'hui. Et bien 1 semaine dans un service de soins de suite c'est environ 2 à 3 000 € donc ça fait quand même pas mal d'argent qui pourrait être éventuellement orienté vers ce type de projet.

Thierry Fauchard : Merci beaucoup. Merci de remercier l'ensemble de la table ronde et nous laissons la place à Martine Duclos.

Martine Duclos : J'ai l'honneur de conclure ces assises et de parler des perspectives en matière d'organisation à mettre en place pour développer la pratique des activités physiques comme facteur de santé.

Donc je crois qu'en conclusion de ces assises apparaît la nécessité d'informer les acteurs des bénéfices de l'activité physique pour la santé. Quand les acteurs seront informés et convaincus, il faudra qu'ils puissent orienter les bénéficiaires, pour cela il faut une formation et une prise en charge adaptée et coordonnée.

Alors informer, on a vu qu'il fallait informer bien-sûr la population mais aussi tous les acteurs, de la santé, les acteurs du sport, les encadrants mais aussi les dirigeants et les opérateurs, les collectivités locales pour accès aux dispositifs sportifs de proximité, le transport, l'urbanisme, l'éducation nationale, l'enseignement supérieur, le milieu du travail, les entreprises (ont vu leurs rôles) et les mutuelles même chose.

Orienter, prendre en charge, et là si on fait le point de l'énorme travail qui a été fait depuis 2 ans par notre Ministre de la Santé, Madame Valérie Fourneyron et toute son équipe, à qui je tiens à rendre hommage, un travail coordonné entre la santé et le mouvement sportif, avec un travail en réseau, les réseaux sport santé, DRJS et ARS, qui ont mis en évidence le travail soit de structures spécialisées soit le rôle des associations qui est très important, avec un relai, le problème est effectivement au niveau des relais, on l'a bien mis en évidence, qui est assuré pas encore de façon assez importante, mais qui est en train de se mettre en place en particulier avec le mouvement sportif. Et se pose donc la question de la durée, la durée du maintien de l'activité physique sur le long terme mais aussi le problème récurrent du maintien des financements, pour le maintien de ces structures, de ces réseaux et le maintien de l'activité physique. Tout cela sous l'impulsion nationale du Ministère des Sports et du Ministère de la Santé, mais surtout avec l'importance de cette conjugaison territoriale, on a bien vu que ces réseaux ce n'est pas un modèle unique, il y a vraiment une conjugaison, une déclinaison territoriale qui est extrêmement importante.

Et donc les perspectives suggérées et bien, c'est une loi de modernisation du sport, qui a commencé à être mise en place et dont on espère très fortement une déclinaison avec une prescription d'activité physique en tant que thérapeutique non médicamenteuse, une augmentation du travail des réseaux, un développement de ces réseaux, une formation qui est très importante et une perspective 2014 vraiment des acteurs pour que l'on ait une labellisation des acteurs et comme on l'a déjà montré une implication de tous les acteurs pour une durée, une durée de ce travail conjoint de tous les acteurs et donc une durée de l'activité physique.

Dans cette prescription d'activité physique, au centre il y a bien sûr le médecin traitant qui est à la fois dans la prescription, dans la prévention primaire, et dans ces cas là s'il n'y a pas de risque c'est directement la possibilité d'orienter les bénéficiaires vers les

fédérations sportives et puis quand on est dans les préventions secondaires et bien directement vers les réseaux sport santé, ou quand on a quelqu'un qui est très déconditionné avec des pathologies chroniques, vers des structures spécialisées avec après, un relai vers les réseaux sport-santé et puis ensuite un relai dans la continuité vers les fédérations sportives et surtout là il y a vraiment un besoin d'une offre diversifiée d'activités physiques et sportives pour un maintien au long cours de l'activité physique et sportive, pour une activité physique et sportive durable et une santé durable, et donc pourquoi pas, pour des économies de santé. Et donc une fois de plus, mais cela vous l'avez tous bien vu et cela a bien été prouvé, je crois que la preuve n'est plus à faire, un travail coordonné entre le médecin et tous les acteurs et donc il va falloir que l'on décale la prévention tertiaire, on a fait la preuve ARS réseau sport santé bien-être est décalé de plus en plus vers la prévention primaire, avec le sport dans l'école et dans le périscolaire, un rôle très important dans les clubs sportifs, avec l'inscription de l'activité physique dès le plus jeune âge dans le quotidien des Français, avec des offres nouvelles à imaginer, des clubs labellisés sport-santé, des modalités plus flexibles d'inscription, possibilités d'inscription autre qu'à l'année, c'est un modèle trop rigide, pourquoi pas une inscription récompensée dans la durée, des passerelles plus fréquentes et plus flexibles avec l'école. Le rôle aussi du déplacement et de l'urbanisme, et là Jean François Toussaint en a parlé au niveau de l'Europe mais on a quand même des études sur les avantages sanitaires de la pratique du vélo dans le cadre tout simplement des déplacements domicile-travail, c'est un travail de la coordination interministérielle pour le développement de l'usage du vélo. Et tout simplement quand on regarde quelle est la part des déplacements, en particulier en vélo, pour les déplacements domicile-travail en France, évidemment la voiture c'est 75%, le vélo c'est 2,4%. Si on prend juste cette place du vélo pour aller au travail et bien en gros les français, ces 2,4%, font 3,5 km de vélo pour aller au travail. Multiplié par deux ça fait donc 7 km par jour. Si on imagine que cette part augmente de 50%, on va passer de 2,4% à 3,6%, quelles seraient les économies réalisées ? Et bien l'étude a calculé les économies réalisées si on augmentait de 50% les Français qui utilisaient le vélo pour aller au travail, donc sur cette petite proportion de Français, les bénéfices individuels ont été calculés. En terme de mortalité on économise 25% des cancers (cancers du colon, cancer du sein) 25% des maladies de cardio-vasculaires, 25% de mortalité par maladie cardio-vasculaire, 25% de mortalité par cancer du colon et cancer du sein et 25% de mortalité par diabète, on a même pas prévu la prévention de survenue de cancer parce que la morbidité c'est un peu plus compliqué, on a pris vraiment des chiffres de mortalité ce qui est facile à chiffrer. On a pris les risques individuels, le risque d'accidentalité lié au vélo et les bénéfices collectifs, réductions de la pollution atmosphérique du bruit et des gaz à effet de serre. Donc c'est vraiment une étude qui a porté sur ces chiffres là et on a pris vraiment une approche conservative qui a minimisé vraiment les bénéfices, c'est vraiment la mortalité et on a pris des résultats a

minima, donc en fait les chiffres sont probablement beaucoup plus important que ça. Et qu'est ce qu'ils obtiennent, en terme d'économie pour la France, 188 millions économisés, et si on met un facteur correctif d'accidentalité, lié aux accidents possibles en vélo : 151 millions économisés. On cherche à faire des économies en France, simplement si 50% des sujets qui utilisent déjà le vélo faisaient un peu plus de vélo : 188 millions économisés, et vraiment des économies a minima car on a seulement calculé la mortalité économisée.

Rôle de l'urbanisme, le travail on a vu, le rôle de l'activité physique dans le milieu du travail, les loisirs c'est évident, l'activité physique aussi à la retraite, et le rôle des organismes, la santé évidemment, les mutuelles on l'a vu, les autres partenaires, les collectivités locales qui jouent un rôle très important et les entreprises.

Donc tout ça effectivement est sous une impulsion nationale, le rôle du Ministère des Sports, du Ministère de la Santé et des autres Ministères, avec une conjugaison territoriale, il faut bien-sûr privilégier le rôle des territoires, ce qui serait intéressant c'est d'avoir des centres de référence d'activités physiques qui permettraient de coordonner au niveau de chaque région ce qui se passe, au niveau de l'activité, au niveau de la formation, au niveau de la recherche, calqués sur le modèle des centres de référence en obésité et puis avec pourquoi pas un observatoire national de l'activité physique et sportive et de la sédentarité qui permettrait d'évaluer l'efficacité des politique qui sont menées.

Je vous remercie et merci à vous tous.