

Les coprésidents du Club :**Jean-Jacques LOZACH***Sénateur de la Creuse, Président du groupe d'étude Sport***Sophie AUCONIE***Députée européenne, Présidente de l'intergroupe Sport***Club Parlementaire Sport Économie Cité**

**« Sport & Santé.
L'obésité comme enjeu de politique publique »**

Mardi 29 janvier 2013



Mesdames, Messieurs, je souhaite la bienvenue à chacun et je voudrais introduire notre dîner-débat par quelques mots. Il est organisé par le Club Parlementaire Sport Économie Cité, présidé par Sophie AUCONIE et moi-même. Trois instances se doivent d'être à la tête de ce groupe, l'Assemblée nationale, le Sénat et le Parlement européen ; je suis convaincu que, dès notre prochaine rencontre, nous serons trois à présider ce club.

Lors de notre précédente rencontre, nous avons évoqué l'éthique sportive, et notamment la question des paris en ligne. Il s'agissait de faire le point sur l'application de la loi visant à l'ouverture et à la régularisation de ces paris. Ce soir, nous sommes rassemblés pour évoquer un autre sujet, le sport-santé, avec pour angle d'attaque la question de l'obésité. Notre ministre des Sports est elle-même spécialiste de la médecine sportive, puisqu'elle l'a pratiquée, de façon très pragmatique, aussi bien en club qu'en fédération sportive.

Les liens entre le sport et la santé sont très étroits. Aujourd'hui, c'est un lieu commun de dire que le sport, c'est la santé. Le sport ne se contente pas de prévenir certaines maladies, notamment celles liées au diabète, aux troubles cardiaques ou aux rhumatismes. Il permet également de guérir. Ce fait est aujourd'hui démontré de façon imparable par de nombreuses études. La course à pied permet de lutter contre le surpoids, la natation est excellente pour le cœur, la gymnastique renforce la musculature.

Mais, au-delà de cette image flatteuse pour le sport, chacun conviendra que ces affirmations valent dans le cas où l'activité sportive est réalisée de façon appropriée, ce qui n'est pas toujours le cas. Je citerai le baron Pierre de Coubertin : « *Le sport est une passion qui, comme toutes les passions, ne peut pas ne pas engendrer du grabuge* ». Aujourd'hui, et la recherche de performance n'y est pas étrangère, nous comptons 910.000 accidents sportifs par an entraînant une hospitalisation d'urgence. Le fait de chercher à tout prix la performance amène parfois le sportif à se dépasser et à transgresser, en quelque sorte, ses limites physiologiques.

Les traumatismes multiples engendrent un coût pour la Sécurité sociale. Je salue d'ailleurs la présence parmi nous de l'ancien président de la Mutualité française.

Le sujet du jour est le sport comme source de bien-être, vu à travers une problématique de santé publique, l'obésité. Deux éléments de contexte éclairent le débat, l'un français, l'autre anglais. La proposition anglaise est en totale opposition avec la pensée de Winston Churchill concernant l'activité physique. Le 3 janvier 2013, des responsables du district de Westminster, au centre de Londres, ont posé la question suivante : pourquoi ne pas rendre le sport obligatoire pour les personnes en surpoids ? La faisabilité de ce programme a été étudiée, avec la possible mise en place d'une carte électronique permettant de vérifier l'assiduité des personnes ciblées et un système de bonus-malus. Les récalcitrants pourraient se voir priver d'un ensemble d'aides sociales, ou voir leur fiscalité locale augmenter tandis que les bons élèves bénéficieraient de réductions sur leurs impôts.

Pour préciser le contexte, il est à noter qu'à partir du printemps 2013, les collectivités locales anglaises devront assumer de nouvelles prérogatives dans le domaine de la santé publique et réfléchissent donc à des mesures d'économie. Cette proposition en est une illustration extrême.

À l'opposé, une expérimentation a été lancée en novembre par la ville de Strasbourg. Baptisée « Sport sur ordonnance », elle rejoint la préoccupation du ministère des Sports. Il est à noter que, dans la loi de finances de 2013, le sport-santé a été préservé, et pas seulement pour financer l'agence française de lutte contre le dopage. Dans le contexte de rigueur actuel, il s'agit sans aucun doute d'un acte bienveillant. L'expérience proposée à Strasbourg rend gratuit l'accès aux installations sportives pour les personnes souffrant des différentes pathologies ciblées comme l'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires stabilisées, entre autres.

L'objectif est, tout en limitant les maladies, de limiter les prescriptions médicamenteuses. Le sport, s'il est parfois un coût pour la collectivité, peut également être source d'économies.

Je laisse maintenant la parole à M. JUANICO.

Régis JUANICO, *Député de la Loire*, rapporteur du budget des sports à l'Assemblée nationale.



Mesdames, Messieurs, bonsoir. Je tiens à remercier M. LOZACH de me permettre d'introduire, aussi rapidement que possible, ce débat.

Je suis heureux, aux côtés de Pascal DEGUILHEM, député de Dordogne et spécialiste des questions sportives à la Commission des affaires culture, de vous accueillir ce soir.

Lorsque je travaillais à la Commission des affaires culturelles, en tant que rapporteur pour avis, en 2009, j'ai écrit un rapport thématique qui s'intitule « Promouvoir les activités sportives et physiques tout au long de la vie, un enjeu de santé publique ». Les rapports parlementaires sont souvent ignorés. Ce rapport précurseur, inspiré par de nombreuses études, éclaire bien ce que sont les enjeux liés au développement des activités physiques et sportives vis-à-vis de la santé publique.

Pour commencer, deux constats s'imposent. D'une part, la sédentarisation est croissante dans nos sociétés. Nous restons assis, en moyenne, six heures par jour. Jean-François TOUSSAINT a commis un rapport remarquable à ce sujet, intitulé « Retrouver sa liberté de mouvement ». Il y explique que le temps consacré aux activités physiques a été divisé par dix de 1800 à nos jours. Aujourd'hui, nous pratiquons en moyenne moins d'une heure d'activité physique par jour, contre plus de huit il y a deux siècles. D'après l'OMS, seulement un quart des Français de plus de quinze ans ont une activité physique suffisante.

La dépense énergétique insuffisante est combinée à une alimentation trop riche et à l'émergence d'une culture des écrans. Une enquête du ministère de la Culture sur les comportements des Français pendant leurs temps de loisir indique que les adultes passent en moyenne 31 heures par semaine devant un écran. Pour les jeunes de 15 à 24 ans, le temps dédié aux écrans est de 37 heures, soit 5 heures et 20 minutes par jour.

Ces facteurs entraînent une accélération de la sédentarité et, en conséquence, une augmentation des cas de surcharge pondérale. Les chiffres montrent qu'en France, 50% des adultes se trouvent dans cette situation. Un adulte sur six est obèse. Un enfant sur cinq est obèse. En quinze ans, la prévalence de l'obésité a augmenté de 76%. Une légère stabilisation a été observée ces dernières années. Sur cette question, le marqueur social est très fort. Les gens disposant de faibles revenus sont les plus touchés par l'obésité, les régions les plus pauvres sont particulièrement concernées.

Nous faisons face à un problème de santé publique majeur. Les études mondiales indiquent que l'obésité est à l'origine de 10% des décès, soit plus de cinq millions d'individus par an. En France, elle représente entre 10 et 15% des décès. Cette mortalité est plus importante que celle liée au tabac.

Ce problème représente un coût très important pour la Sécurité sociale. Les chiffres de l'IMAPS nous éclairent sur les économies que l'activité sportive pourrait générer pour la Sécurité sociale. Une personne inactive coûte chaque année à la Sécurité sociale 250 euros de plus qu'une personne pratiquant une activité physique régulière.

Le second constat, reconnu récemment par l'Académie de médecine, est que l'activité sportive est bénéfique à la santé physique, mais aussi psychique, et ce à tous les âges de la vie. Nous avons évoqué le diabète, l'hypertension, les cancers du sein ou du côlon. J'aimerais ajouter à cette liste les troubles musculo-squelettiques et les affections mentales.

J'ai longuement travaillé sur les Risques Psycho Sociaux à l'Assemblée nationale, ainsi que sur le stress au travail. Les activités physiques et sportives permettent de diminuer ce stress et l'absentéisme, ce qui en fait, in fine, un facteur de compétitivité. Elles améliorent la digestion, la qualité du sommeil, les fonctions motrices, la force et l'équilibre. Pour les personnes âgées, cela diminue le risque de chute ainsi que les possibilités de maladies chroniques liées au vieillissement.

J'ajoute que les activités physiques jouent un rôle de complément thérapeutique. Par exemple, l'association CAMI (Cancer Arts Martiaux Information) utilise les activités physiques en ce sens et peut témoigner des résultats obtenus.

Je terminerai par quelques préconisations. La première, concernant les pouvoirs publics, est la nécessité d'impulser le développement dans les communes de plans de déplacement actifs. Il s'agit de tout ce qui concerne la mobilité à force humaine, à savoir la mise en place de voies pédestres ou de voies cyclables sécurisées et de tout ce qui permet de refaçonner les quartiers afin d'y intégrer une mobilité douce. Il est également essentiel d'intégrer des équipements sportifs de proximité et des parcs urbains permettant de favoriser la pratique d'activités physiques de proximité.

Ma seconde préconisation concerne le développement des réseaux régionaux Sport Santé Bien-être, impulsés par Jean-Luc GRILLON, médecin conseil à la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale de Champagne-Ardenne. Ces réseaux servent à coordonner les différents acteurs médicaux et sportifs. Le CNDS (Centre National pour le Développement du Sport) doit également, dans sa politique de développement des équipements sportifs, privilégier la dimension santé et bien-être du sport. Un fonds a été créé par le ministère de la Santé et celui des Sports, à l'initiative de la Ministre Valérie Fourneyron, afin d'accompagner les projets les plus innovants à ce sujet.

Une dernière préconisation concerne le développement des activités physiques et sportives tout au long de la vie, adaptée à tous les publics et à tous les âges. Il est important de favoriser, dès le plus jeune âge, l'éveil sportif. Les bonnes habitudes, inculquées dès le plus jeune âge durent, à mon avis, pour le reste de la vie. Entre 3 et 20 ans, les jeunes pratiquent en moyenne entre cinq et six disciplines sportives différentes. Toutes les initiatives qui visent à faire entrer le sport avec par exemple comme à Saint-Etienne les écoles municipales des sports permettent de donner de bonnes habitudes aux plus jeunes.

Je ne souhaite pas évoquer trop longuement la question du sport à l'école, mais la réforme des rythmes éducatifs est fondamentale. Les clubs sportifs devront s'investir dans la fin de journée des élèves, afin d'accompagner les activités périscolaires. L'université est également importante. Un rapport à ce sujet, réalisé il y a quelques années, est resté lettre morte. Il montrait que 70% des étudiants souhaitent pratiquer une activité physique ou sportive et que seuls 20% le font.

Je souhaite évoquer le développement de ces mêmes activités dans le monde de l'entreprise. Plusieurs pistes existent pour mobiliser des financements, dans les Comités d'entreprise. Certaines entreprises s'engagent déjà dans des démarches afin de disposer d'équipements sportifs sur les lieux de travail ou font appel à des intervenants extérieurs afin d'accompagner les salariés dans leur activité physique régulière.

Il faut également penser à développer une offre physique adaptée pour les seniors, comme le propose l'initiative ROSAS, à Saint-Étienne. Il est important de développer tout ce qui est de l'ordre de la pratique de loisir dans les clubs, le sport plaisir, sans enjeux de compétition, comme la gymnastique volontaire, l'athlétisme, la natation et tout ce qui permet de mobiliser les fédérations sur des offres non compétitives.

Le sport santé bien-être est un gisement d'emplois extrêmement important. Il faut aujourd'hui imaginer de nouvelles filières de formations. Beaucoup de métiers sont à créer pour accompagner ces nouvelles pratiques. À Saint-Étienne, l'IRMIS (Institut Régional de Médecine du Sport et d'Ingénierie de la Santé) permet de coordonner, sur un même lieu, les médecins du sport, les chercheurs, la formation, les étudiants de STAPS, le CHU et certains acteurs des filières industrielles, liées au sport.

Il existe un lien fort entre le sport-santé bien-être et la création d'emplois sur les territoires.

Jean-Jacques LOZACH, *Sénateur de la Creuse, Coprésident du Club Parlementaire Sport Economie Cité*

Je tiens à remercier M. JUANICO pour avoir évoqué toutes ces pistes qui, j'en suis convaincu, permettront de structurer nos échanges. Je vais maintenant laisser la parole à Hubert GENIEYS, un nouveau membre de notre club parlementaire.

Hubert GENIEYS, *Vice président en charge de la communication de Nestle-Waters*



Pour commencer, je tiens à souligner à quel point nous sommes ravis de rejoindre ce groupe de réflexion. Le sport fait partie de l'ADN de nos marques depuis de très nombreuses années. Nous nous associons au sport pour des raisons d'image, mais également et surtout pour l'activité physique, un élément essentiel pour la santé de nos consommateurs.

À titre personnel, je travaille dans la division eau, ce qui est une chance vis-à-vis du problème de l'obésité. Ce problème est complexe, multidimensionnel, il touche aussi bien à des paramètres sociaux que génétiques ou nutritionnels. Toutefois, il peut se résoudre simplement à travers une petite équation, à savoir la différence entre le nombre de calories qui entrent et le nombre de calories qui sortent de l'organisme. Dans les deux cas, l'eau a un rôle formidable à jouer. Il est important de le préciser.

La résolution de ce problème majeur se fera de façon collective. Tous les acteurs de la société privée, publique et sportive, doivent se mobiliser afin de faire comprendre aux consommateurs que ce sont les habitudes, et non les produits, qui peuvent être mauvaises. Nous devons encore fournir un travail important afin de développer la notoriété du bien manger, du bien boire et du bien bouger.

Jean-Jacques LOZACH, *Sénateur de la Creuse, Coprésident du Club Parlementaire Sport Economie Cité*

Nous allons maintenant évoquer l'ICCR, la Chaire Internationale sur le Risque Cardiométabolique de l'Université Laval à Québec. Le Club Parlementaire Sport Economie Cité est ouvert à l'international, et c'est avec beaucoup de plaisir que nous souhaitons la bienvenue à nos amis québécois, et tout d'abord au Directeur de l'ICCR, Jean-Claude COUBARD.

Jean-Claude COUBARD, *Directeur de l'ICCR*

Je remercie le Club Parlementaire Sport Economie Cité de nous avoir invités ici ce soir. Je ne suis pas Québécois, mais Français et, à ce titre, heureux de participer à cet échange. L'ICCR a été créée au Québec, car c'est là que travaille le professeur Jean-Pierre DESPRES, l'expert mondial concernant une forme particulière d'obésité, l'obésité abdominale, plus connue en France sous le nom de « bedaine ». Bien que l'obésité soit caractérisée par une étiologie complexe, trois principales formes d'obésité existent, l'obésité massive, l'obésité de l'enfant et l'obésité abdominale. Cette dernière n'est pas prise en compte pas le corps médical international, ni même français. Pourtant, elle est simple à détecter. De très bons diagnostics très peu coûteux peuvent être réalisés en effectuant le dosage des triglycérides sanguins ainsi que la mesure du tour de taille.



Il était important de créer une structure internationale, académique, indépendante, originale, unique au monde. L'ICCR regroupe plusieurs disciplines médicales différentes, ce qui n'avait jamais été réalisé auparavant. En temps normal, les spécialistes travaillent en silo, et n'échangent pas obligatoirement entre eux. Nous avons réuni les plus grands experts en santé cardiovasculaire, diabétologie, lipidologie, hypertension de même que dans les domaines de la nutrition et du sport incluant à la fois des cliniciens et des chercheurs fondamentalistes de grande renommée internationale. Nous nous réunissons deux ou trois fois par an dans le cadre de programmes d'échanges, d'éducation et d'informations, à destination du corps médical et, depuis deux ans, du grand public.

Nous sommes engagés dans une croisade mondiale de lutte contre l'épidémie d'obésité conduisant au diabète de type 2 et aux maladies cardiovasculaires.

Avec la participation de ses 25 experts reconnus mondialement, la Chaire propose des programmes d'éducation et d'information destinés au corps médical de tous les pays ainsi qu'au grand public. Pour ce faire, un des principaux outils est notre site Web, www.myhealthywaist.org.

Ce site est maintenant le site de référence de l'information scientifique et clinique sur le cardiométabolisme.

Nous travaillons actuellement à la constitution de groupes de spécialistes dans différents pays afin de diffuser l'information plus rapidement et plus efficacement.

Nous venons à ce titre d'en constituer un en France.

Jean-Pierre DESPRES, *Directeur scientifique de l'ICCR*

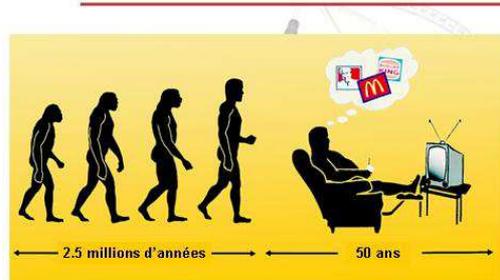
Bonsoir Mesdames et Messieurs. Je suis très fier d'être parmi vous ce soir, en France, d'où mes ancêtres sont originaires.

Je souhaite partager avec vous les travaux réalisés par mon laboratoire sur l'obésité abdominale, sur ses causes, sa prise en charge et sa prévention. Nous travaillons sur ce sujet depuis 27 ans. Notre objectif est de prévenir et de prendre en charge l'obésité abdominale en ciblant la qualité nutritionnelle et l'activité physique.

Nous avons un site Web éducatif visité par plus de 125 pays. Afin d'être accessible au plus grand nombre, ce site est en anglais. Nous souhaitons toutefois le traduire en français. Nous nous sommes demandé s'il était pertinent de créer un colloque afin de briser le fossé entre la cardiologie, la diabétologie et d'autres disciplines. Pour lutter contre l'épidémie de diabète, nous avons lancé un congrès international sur l'obésité abdominale. La première réunion, tenue en Asie, a été un succès, et nous avons pris conscience qu'il existait un besoin d'éducation médicale sur ce sujet. Fort du succès de la troisième édition qui s'est tenue cet été à Québec, un quatrième colloque aura lieu à Séoul en septembre 2013. Peut-être, un jour, pourrions-nous organiser un colloque en France.



L'évolution de l'homme...



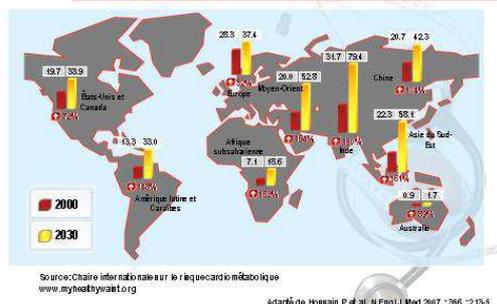
L'homme a été conçu pour s'adapter à des environnements très exigeants. Il y a quelques milliers d'années, pour survivre, celui-ci parcourait de 15 à 20 kilomètres par jour. Pendant des centaines de milliers d'années, seuls ceux qui parvenaient à accumuler suffisamment de tissu adipeux survivaient aux famines.

En l'espace de quelques décennies, nous avons créé un environnement où notre dépense énergétique a diminué de plusieurs centaines de calories par jour, alors que l'offre nutritionnelle devenait de plus en plus dense en calories. À ceux qui se plaignent de ne pas parvenir à

perdre du poids, je réponds que Mère nature nous a conçus pour que nous nous gavions. Il est tout à fait normal de penser à surconsommer. Dans un premier temps, il est important de déculpabiliser toutes les personnes obèses ou en surpoids.

Vous avez évoqué les cinq heures passées devant le petit écran. La situation est la même en Amérique du Nord. La dépense énergétique est tellement faible qu'elle ne constitue pas une défense face aux offres nutritionnelles de mauvaise qualité qui contribuent à la suralimentation. Aux États-Unis, les statistiques sont très éloquents. Le tiers de la population souffre d'obésité. La population à faible niveau socio-économique est particulièrement touchée par cette épidémie.

Prévalence mondiale du diabète en 2000 et estimations pour 2030 (en millions)



En se basant sur ces chiffres, des épidémiologistes avaient anticipé le fait qu'en Chine, d'ici 2030, le nombre de diabétiques passerait de 20 à 40 millions. Nous avons tenu un colloque à Shanghai, en octobre 2012. Un responsable de santé publique local est venu nous présenter les statistiques les plus récentes sur la prévalence du diabète en Chine. Aujourd'hui, le nombre de diabétiques y est de 100 millions. Les Chinois sont génétiquement plus à risque de développer de l'obésité abdominale, c'est-à-dire un foie gras et du diabète, que les individus de type caucasien.

Le Québec est une province de petite taille ne comptant que sept millions d'habitants. Nos statistiques révèlent que 600 000 individus, soit l'équivalent de la taille de la ville de Québec, souffrent de diabète. Je pose la question : existe-t-il une réponse collective de nos gouvernements face à ce problème? La réponse est non.

Nous contrôlons la glycémie avec des médicaments, alors que l'obésité abdominale, principale cause du diabète de type 2, est une maladie « sociale », attribuable à une mauvaise alimentation combinée à des habitudes de vie sédentaires. En France, la prévalence au diabète est peut-être plus faible qu'en Amérique du Nord, mais elle touche tout de même plus de trois millions d'individus.

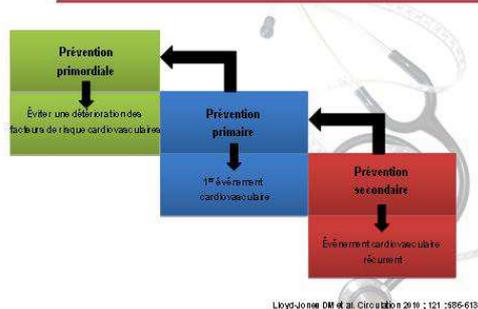
Fondamentalement, le diabète de type 2, la forme associée à l'obésité abdominale et au mode de vie, est un problème de mauvaise gestion de l'énergie.

Des progrès spectaculaires ont été réalisés en médecine cardiovasculaire. Il y a cinquante ans, en Amérique du Nord, de nombreux individus mourraient prématurément à cause de complications cardiovasculaires. Les taux de cholestérol étaient très élevés. Les gens fumaient énormément. De nombreux cas d'hypertension n'étaient pas diagnostiqués et, donc, pas traités.

Le tabac, l'hypertension et l'hypercholestérolémie sont des facteurs de risque importants. Les industriels ont créé des médicaments fabuleux pour contrôler les taux de cholestérol sanguin et la tension artérielle. Les accidents vasculaires cérébraux ont diminué de 50 %, de même que la mortalité cardiovasculaire.

Cependant, du fait de l'environnement que nous avons créé, 40 % de nos patients à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec arrivent dans un état prédiabétique ou diabétique. Leur mode de vie sédentaire et leur alimentation de mauvaise qualité leur font stocker de la graisse au mauvais endroit.

Modèle proposé afin de développer le concept de santé cardiovasculaire idéale



L'AHA (American Heart Association) est la plus grande association de cardiologie américaine. Elle suggère que la manière dont nous réduisons la mortalité cardiovasculaire est inefficace et coûteuse, car nous intervenons tardivement, par le biais de procédures chirurgicales et des médicaments, alors que nous devrions plutôt intervenir en amont afin de changer nos comportements. L'AHA a créé un groupe de travail dans ce but, avec pour objectif, d'ici 2020, d'améliorer la santé cardiovasculaire de la population américaine de 20 %.

Pour y parvenir, il a été décidé de déplacer le curseur. La prévention secondaire, qui consiste à éviter un deuxième infarctus, et la prévention primaire, qui concerne les individus souffrant d'hypertension ou présentant un taux de cholestérol élevé, ne représentent plus les cibles à privilégier et un déplacement conceptuel favorise la prévention primordiale. Le but n'est pas de soigner, mais d'empêcher les individus de développer des facteurs de risque comme le cholestérol et l'hypertension.

Afin d'évaluer dans quelle mesure la population américaine est en bonne santé cardiovasculaire, le groupe de travail de l'AHA a défini trois critères biologiques à rencontrer, à savoir un taux de cholestérol normal, une tension artérielle normale et une glycémie normale.

Quatre comportements à éviter ont également été définis. Il est déconseillé de fumer. L'indice de masse corporel doit être à un niveau normal. Il faut faire au moins 150 minutes d'activité par semaine. La qualité nutritionnelle est également évaluée. En s'éloignant de la diète et des calories, le Comité nutrition de l'AHA a identifié les indicateurs suivants : consommation de fruits et de légumes, deux portions de poisson par semaine, apport adéquat en fibres alimentaires, faible teneur en sodium de la diète et pas de surconsommation de boissons sucrées. Il est inquiétant de constater que ces boissons ont remplacé, pour bon nombre de jeunes, le lait et l'eau.

Les boissons sucrées et le risque cardiometabolique : sur le "radar" de la Chaire...

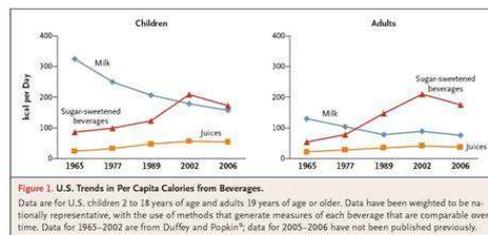
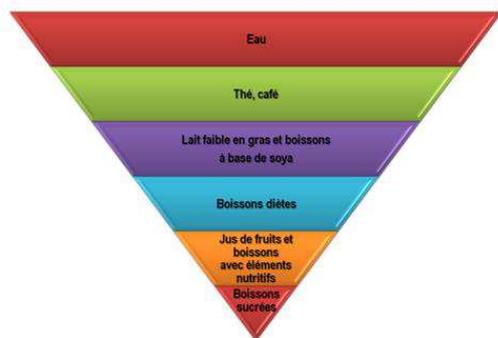


Figure 1. U.S. Trends in Per Capita Calories from Beverages. Data are for U.S. children 2 to 18 years of age and adults 19 years of age or older. Data have been weighted to be nationally representative, with the use of methods that generate measures of each beverage that are comparable over time. Data for 1965-2002 are from Duffey and Popkin⁶; data for 2005-2006 have not been published previously.

Brownell et al. N Engl J Med 2009; 361 : 1599-605



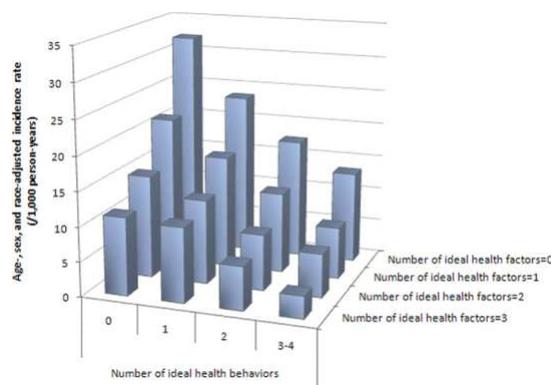
Si aucun aliment n'est interdit, il faut avoir conscience que la surconsommation affecte le bilan énergétique. En étudiant ce point, nous nous sommes rendu compte que l'attention était portée sur les solides consommés, mais très peu sur l'hydratation. Nous avons donc suggéré une pyramide d'hydratation. L'eau en est la forme préférentielle, suivie du thé et du café, reconnus bénéfiques dans de nombreuses études, avec, au sommet de la pyramide inversée, les boissons sucrées, à consommer avec modération.

Ces comportements idéaux définissent la santé cardiovasculaire idéale. Quel pourcentage de la population les respecte ? 0,1 % !

Ces indicateurs de santé permettent-ils de discriminer les risques quant aux problèmes cardiovasculaires ? Dans le cadre d'une étude américaine, 13 000 individus ont été examinés sur une période de vingt ans. Certains ont un cholestérol normal, une tension artérielle normale, ne présentent pas de diabète et répondent à trois ou quatre des indicateurs comportementaux. Ils constituent le groupe de référence.

Dans un premier temps, il a été constaté que les individus présentant un taux de cholestérol élevé, une tension artérielle augmentée et de l'hyperglycémie étaient plus à risque, un résultat attendu. Plus surprenants, les risques, pour les individus ne répondant pas aux critères comportementaux, sont pratiquement aussi élevés que chez les individus présentant les facteurs biologiques habituels, diabète, cholestérol ou hypertension.

Durant cette étude, les individus répondant positivement à six ou sept critères n'ont connu aucun accident cardiovasculaire.



Certains considèrent qu'il est indispensable de trouver des marqueurs génétiques de susceptibilité aux accidents cardiovasculaires. De nombreuses études récentes suggèrent toutefois que les comportements sont aussi importants que les facteurs biologiques dans la détermination du risque cardiovasculaire.

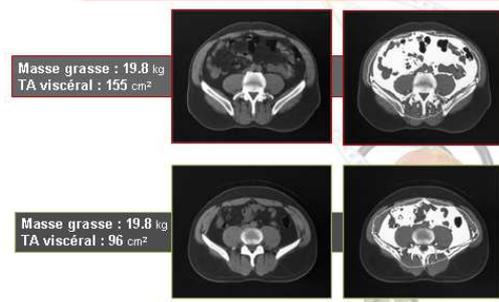
De nombreuses organisations définissent l'obésité en fonction de l'IMC (Indice de masse corporelle). Si elle dépasse 25, les risques de diabète, d'hypertension et de maladies cardiovasculaires augmentent.

Au tout début de ma carrière de chercheur, en 1985, j'ai remarqué que des personnes atteintes du même niveau d'obésité pouvaient être remarquablement différentes face aux risques. Ainsi, certains pouvaient être obèses mais en bonne santé, tandis que d'autres montraient des anomalies, comme le diabète.

Un groupe de médecins chercheurs de l'Université d'Osaka a démontré qu'il est possible de mesurer de façon très précise l'adiposité des individus, plus particulièrement l'adiposité abdominale. En effectuant une coupe abdominale, il est très facile d'identifier la graisse localisée dans la cavité abdominale, sous l'enveloppe musculaire.

Des mesures de ce type ont été réalisées chez des volontaires sains et obèses dans notre laboratoire. Deux individus du même âge, de poids identique, présentant la même masse corporelle et le même IMC, se sont révélés remarquablement différents quant à l'accumulation de graisse intra-abdominale, aussi dite viscérale.

Nos premiers résultats...il y a 25 ans!!!



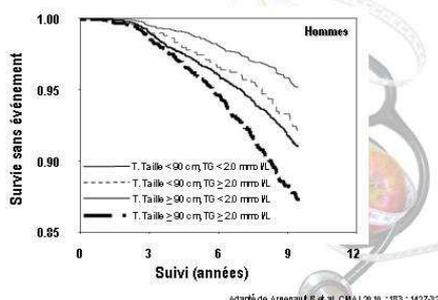
L'IMC n'est pas une mesure inutile, mais il est nécessaire de la dépasser afin d'évaluer les risques des individus. Il y a vingt ans, nous avons défini l'obésité viscérale comme la forme de surpoids et d'obésité la plus dangereuse pour la santé cardiovasculaire. Le professeur Jean VAGUE de l'université de Marseille est le tout premier à avoir émis cette hypothèse, bien avant l'imagerie. Il aura fallu que le Professeur Vague attende plus de 35 ans avant que son hypothèse visionnaire ne soit confirmée. La Chaire internationale sur le risque cardiometabolique a créé un prix portant son nom afin d'honorer sa mémoire dans la communauté scientifique.

L'accumulation de graisse viscérale entraîne des foies gras, des cœurs gras et des muscles infiltrés de lipides, à l'image des steaks de Kobé. Un sédentaire peut disposer d'un indice de masse corporelle de 24 (donc normal) et tomber, malgré tout, très rapidement malade. Une fois cette situation posée, il convient de trouver des solutions.

Nous avons remarqué qu'à un IMC donné, des individus présentant un tour de taille élevé ont en général un taux important de graisse abdominale. Mais ce tour de taille peut s'expliquer par une graisse sous-cutanée et non logée dans la cavité abdominale.

Nous avons finalement identifié un marqueur très simple, les triglycérides sanguins, fortement associés au foie gras et à l'adiposité viscérale. Nous avons réalisé, avec l'aide de 6 400 médecins, une étude épidémiologique sur 170 000 individus. Nous avons découvert que plus le tour de taille est élevé et plus les risques de diabète sont importants.

Courbes de survie Kaplan-Meier en fonction des sous-groupes de taille hypertriglycéridémiantes chez les hommes (1993-2003)



Nous avons étudié plus en détail le rôle de la « taille hypertriglycéridémiant » dans l'identification des sujets à risque avec obésité viscérale. Nous avons défini un seuil de tour de taille de 90 centimètres pour les hommes et de 85 centimètres pour les femmes, associés respectivement à 2 et à 1,5 millimoles de taux de triglycérides sanguins. Des collègues de l'université de Cambridge ont suivi 22 000 individus pendant huit ans. La probabilité de demeurer exempts de maladie cardiaque durant le suivi de l'étude était réduite pour les hommes présentant à la fois un tour de taille élevé et un taux élevé

de triglycérides. De nombreuses publications confirment l'importance du tour de taille et des triglycérides dans le dépistage de l'obésité viscérale à risque.

Revenons maintenant à la question de l'activité physique. Avec nos collègues de Cambridge, nous avons démontré que les individus souffrant d'obésité abdominale, mais faisant du sport, étaient beaucoup moins à risque de maladies cardiovasculaires que les inactifs (réduction du risque de 50 %).

Nous souhaitons donc cibler le comportement, et non le poids. En rendant actifs les individus obèses, nous pouvons diminuer de façon spectaculaire le risque de maladie chronique. Nous centrer sur la qualité nutritionnelle est plus intéressant que de pratiquer des régimes qui, de mon point de vue, représentent un non-sens à long terme. Il est facile de perdre du poids en « posant un cadenas sur le frigo ». À long terme, cette approche s'est montrée inefficace. Il est plus judicieux d'améliorer doucement les habitudes alimentaires et les comportements en fonction des goûts et préférences et du style de vie des patients.

L'ICCR propose donc de nouvelles cibles thérapeutiques. Au lieu de privilégier la perte de poids (qui, en soi, demeure un objectif légitime), nous centrons nos efforts sur la perte de la mauvaise graisse « interne » (viscérale, au foie, au cœur, intra-musculaire, etc.), dépistée simplement par la mesure du tour de taille et des triglycérides sanguins.

À cet effet, nous avons réalisé une étude d'intervention auprès de 150 volontaires avec obésité viscérale sur une durée de trois ans. Nous avons calibré leurs habitudes alimentaires et augmenté leur niveau d'activité physique pour atteindre 160 minutes par semaine. En un an, l'adiposité viscérale de plusieurs patients s'est normalisée. Certains individus présentent toujours un IMC de 31. Si vous centrez l'évaluation sur le poids atteint, ces individus sont toujours considérés à risque, ce qui n'est pas nécessairement le cas si leur profil de santé s'est normalisé.

Nous appliquons présentement la même démarche auprès d'un échantillon de patients diabétiques ayant subi des pontages aorto-coronariens. Les résultats sont identiques. Grâce à des techniques d'imagerie, notamment la résonance magnétique nucléaire, il est possible de mesurer l'athérosclérose des gros vaisseaux sanguins de manière non invasive. Chez les individus traités, le volume des plaques d'athérosclérose diminue. Cette régression n'est pas le résultat d'un médicament, mais de simples changements dans les habitudes alimentaires et d'activité physique.

Ces techniques d'imagerie vont également nous permettre de suivre, chez les enfants, les effets délétères d'une mauvaise alimentation et d'habitudes de vie défavorables et la réversibilité potentielle de l'athérosclérose en ciblant le mode de vie, perspectives fascinantes.

Ainsi, en dépit des succès de l'approche pharmacologique ciblant le cholestérol et l'hypertension, un risque cardiovasculaire résiduel demeure. De nombreuses familles sont confrontées à un environnement difficile. À titre personnel, je suis sédentaire. Mon travail de professeur-chercheur nécessite environ soixante heures de travail sédentaire par semaine. Si je ne m'impose pas des activités physiques vigoureuses (bien qu'agréables) qui me permettront d'augmenter ma dépense énergétique, je suis condamné, moi aussi, aux maladies sociétales. Je suis donc un sédentaire actif. En terminant, sur la base des risques importants associés à la sédentarité, l'ICCR propose de souligner l'importance pour les enfants d'être actifs tous les jours et pour les adultes d'être actifs au moins tous les deux jours. Nous recommandons également la cible des 10 000 pas par jour. À cet effet, la marche rapide constitue la forme d'activité physique la plus simple, accessible et peu coûteuse. Marchez donc tous les jours. Faites-le avec vos conjoints, vos amis, ou encore votre chien. Et si vous n'avez pas de chien, achetez-en un. Si vous ne voulez pas d'un animal de compagnie, acheter une laisse et prétendez que vous faites marcher le chien, et ce, tous les jours !

Jean-Jacques LOZACH, *Sénateur de la Creuse, Coprésident du Club Parlementaire Sport Economie Cité*

Merci, Professeur, pour cet exposé. Je pense que l'ensemble de nos invités a compris que le Canada ne manque pas de sommités sur ce sujet. Il en existe aussi en France, comme vous allez le voir avec Martine DUCLOS, qui travaille régulièrement dans le cadre de la Commission santé du Comité national olympique français.

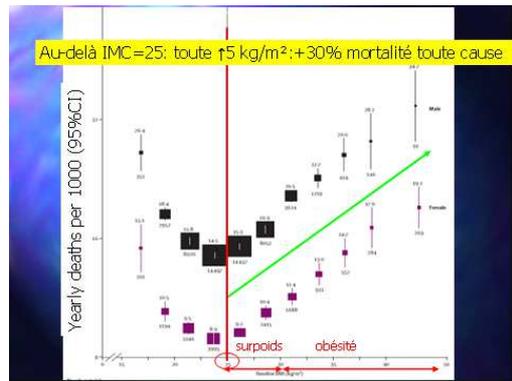


Mesdames, Messieurs, bonsoir. Je vais vous parler des relations entre activité physique et lutte contre l'obésité. Je vais tout d'abord vous rappeler les relations entre IMC et mortalité. La mesure de l'IMC est sans doute moins précise que le tour de taille, que nous mesurons de façon assez systématique en France, mais la mesure de l'IMC apporte déjà, à l'échelle d'une grande population, des éléments importants.

L'étude que je vais vous présenter montre qu'il existe une relation entre IMC et mortalité. Cette étude, somme de 57 travaux, porte sur un million de sujets, ce qui est relativement rare. Ces individus, entrés en bonne santé dans l'étude, ont été suivis pendant plus de vingt ans afin de montrer la relation entre IMC et mortalité, ajustée en fonction des paramètres d'âge et de tabagisme.

La mortalité commence à augmenter significativement à partir d'un IMC de 25. Ainsi, en passant de 25 à 30, la mortalité augmente de 30%.

Cette sur-mortalité est due principalement aux risques de cancer et aux maladies cardio-vasculaires. La mortalité des gens en surpoids (IMC entre 25 et 30) est supérieure de 40% à celle des gens présentant un poids normal (IMC<25). Pour les personnes souffrant d'obésité (IMC>30), la mortalité cardio-vasculaire est, par rapport à un sujet de poids normal, augmentée de 400%. De la même façon, la mortalité liée au cancer est augmentée de 10% pour les gens en surpoids, de 20% pour les gens souffrant d'obésité.



Les deux autres causes principales de mortalité sont le diabète et les pathologies rénales et hépatiques.

L'obésité s'accompagne donc d'une surmortalité, et bien entendu de la survenue de nombreuses pathologies chroniques, à prendre en charge préventive. L'activité physique joue un rôle très important sur tous ces points. Les questions que je vais développer sont les suivantes: l'activité physique peut-elle prévenir l'obésité chez l'enfant et chez l'adulte ? Quand l'obésité existe, l'activité physique permet-elle de maigrir ou peut-elle aider spécifiquement à supprimer la masse grasse viscérale ? Enfin, pour les sujets obèses, l'activité physique peut-elle aider à maintenir la santé et à diminuer l'excès de mortalité ?

En résumant toutes les données scientifiques, nous aboutissons à plusieurs évidences. Premièrement, l'activité physique est véritablement un facteur de prévention de la prise de poids, et ceci à tous les âges de la vie. Par contre, l'activité physique ne fait pas maigrir. Seul le régime hypocalorique permet de perdre du poids, simplement parce que la dépense énergétique liée à un exercice n'est pas suffisante pour induire un déficit qui conduirait à une baisse de masse grasse. Un kilo de masse grasse en excès représente 9.000 kilocalories. En marchant trente minutes, il n'est possible de brûler que 150 calories, environ.

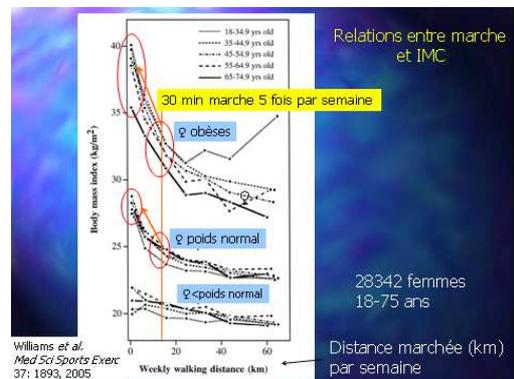
Deuxièmement, l'activité physique joue un rôle sur le maintien de la perte de poids et sur le maintien de la santé chez les personnes obèses.

De nombreuses études ont été réalisées afin de déterminer le rôle de l'activité physique face à l'obésité. Cette étude montre la relation entre la marche et l'IMC. Les sujets sont des femmes de 18 à 75 ans, dont certaines marchent environ 12 kilomètres par semaine, ce qui correspond à cinq fois trente minutes d'exercice par semaine.

Les femmes qui marchent, même atteintes d'obésité, ont un IMC plus faible que celles qui ne marchent pas du tout. De la même façon, les femmes de poids normal présentent un IMC différent suivant qu'elles marchent ou pas. Pour le tour de taille et la masse grasse abdominale, le phénomène constaté est le même.

L'activité physique régulière, telle que préconisée, permet d'éviter la prise de poids et surtout la prise de masse grasse abdominale.

Qu'en est-il chez l'enfant ? Je vous présente une étude européenne dont les résultats d'activité physique ont été obtenus grâce à des accéléromètres. Les questionnaires induisent souvent des réponses fausses, ici la mesure de l'activité physique est objective. Nous ne constatons aucune corrélation entre l'IMC et le niveau d'activité. Par contre, la masse grasse est significativement plus faible lorsque les enfants pratiquent une activité physique. De même, le tour de taille, témoin de la quantité de masse grasse abdominale, est inférieur chez les enfants actifs.



Les facteurs de risques cardio-vasculaires et d'anomalies métaboliques ont également été mesurés. Les enfants actifs risquent trois fois moins de complications de type diabète, cholestérol, que les enfants inactifs.

Cette relation entre l'activité physique et les risques cardio-vasculaires et métaboliques s'observe aussi bien chez les enfants de poids normal que chez les enfants obèses. Ce qui veut dire que, même avec un poids normal, le profil métabolique et cardiovasculaire est moins bon lorsque l'enfant est inactif. En d'autres termes, même les enfants dont le poids est normal doivent pratiquer une activité régulière pour leur santé.

Obésité pendant l'enfance et risque d'obésité à l'âge adulte

Variable	Childhood BMI-for-Age Percentile			
	<50th	50th-85th	85th-94th	≥95th
n	971	733	249	171
Black, %	35	34	34	39
Female, %	56	56	56	54
Childhood levels, median (interquartile difference)				
Age, y	11 (5) ^a	11 (5)	11 (5)	10 (8)
BMI-for-age z score	-0.6 (0.6)	0.5 (0.4)	1.3 (0.2)	2.0 (0.3)
Skinfold sum, mm	17 (5)	23 (8)	34 (10)	49 (14)
Adult levels				
Age, median (interquartile difference), y	29 (7)	29 (8)	30 (8)	28 (7)
BMI, median (interquartile difference)	23 (4)	28 (5)	32 (6)	38 (8) ^b
Skinfold sum, median (interquartile difference), mm	36 (20)	49 (24)	59 (25)	72 (44) ^b
Obese, %	11	36	85	87 ^c
BMI ≥35 kg/m ² , %	4	15	34	69
BMI ≥40 kg/m ² , %	1	5	14	39 ^d

Etude Bogalusa avec un recul moyen de 20 ans
Freedman et al. Pediatrics 123: 750-57, 2009

Je tiens à insister sur l'obésité de l'enfant. Les enfants obèses deviennent plus fréquemment des adultes obèses. Une étude américaine a suivi des individus sur une période de vingt ans. 66% des enfants en surpoids à 11 ans seront des adultes obèses. Les enfants obèses le resteront dans 87% des cas à l'âge adulte.

Nous savons maintenant qu'un enfant obèse présente déjà des complications vasculaires. Une étude montre que chez les enfants obèses, l'insuline est augmentée de façon significative, ce qui est un facteur de risque ultérieur de diabète de type 2. Les triglycérides, facteurs de diabète et de problèmes coronariens, augmentent également, de même que le cholestérol. En étudiant la fonction cardiaque, nous pouvons constater que ces enfants sont déjà hypertendus et nécessitent un traitement. Les artères montrent déjà des anomalies.

Les conséquences de l'obésité chez l'enfant sont un faisceau de complications métaboliques qui feront le lit de l'athéromatose chez l'adulte. Seulement, au lieu de faire un infarctus du myocarde ou un diabète aux alentours de 50 ans, ils le feront vers 40, voire 30 ans. Enfin, nous savons que les anomalies liées à l'obésité de l'enfant persistent même si à l'âge adulte il retrouve un poids normal.

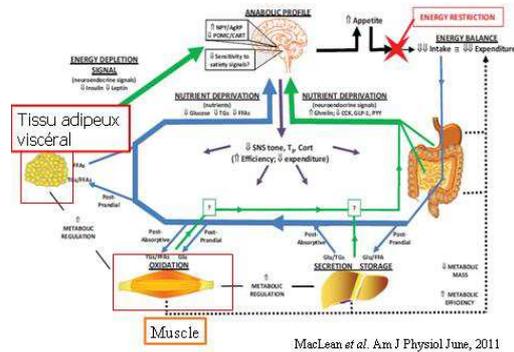
Ainsi, pour un adulte de poids normal, le risque de maladie cardiovasculaire est quatre fois plus important s'il a été un enfant obèse. Et pour un adulte obèse dont l'obésité remonte à l'enfance le risque cardio-vasculaire est dix fois supérieur à celui d'une personne ayant maintenu un poids normal tout au long de sa vie.

En résumé, l'activité physique est un facteur de prévention de l'obésité pendant l'enfance et à l'âge adulte. Le fait d'être actif, même pour un enfant obèse, fait diminuer le risque des complications métaboliques liées à l'obésité et aide donc à limiter les complications liées à l'obésité (à diminuer le sur-risque lié à l'obésité)

L'activité physique aide-t-elle à maintenir la perte de poids ? Perdre du poids est facile, se maintenir est difficile. Moins de 20% des sujets ayant perdu 10% de leur poids initial maintiendront leur perte de poids à un an. Sur deux ans, 90% des individus auront retrouvé leur poids initial.

Le meilleur facteur prédictif du maintien d'une perte de poids est l'activité physique démarrée pendant ou après la perte de poids. Sachant que l'on ne peut exclure le rôle d'une alimentation équilibrée, la nutrition et l'activité physique étant deux éléments clés.

Pourquoi reprenons-nous du poids ? Les individus ne mangent pas plus, mais beaucoup de mécanismes sont redondants. La masse musculaire doit être prise en compte. Lors d'une perte de poids raisonnée, c'est-à-dire en excluant les régimes déséquilibrés et/ou carencés, un individu perd 75% de masse grasse et 25% de masse musculaire. La masse musculaire conditionne la dépense énergétique de base (dépense énergétique de repos). En faisant de l'activité physique pendant la période de perte de poids, la perte de masse musculaire ne sera que de 15% environ. Ce facteur va conditionner le maintien de la perte de poids à long terme.



MacLean et al. Am J Physiol June, 2011

Certains sujets obèses, las des régimes à répétition, ne souhaitent plus en faire. L'activité physique est-elle utile dans ce cas là ? En pratiquant une activité physique, les sujets obèses ne perdent pas de poids, mais diminuent leur masse grasse viscérale de 5 à 50%. En conséquence, les risques de complications cardio-vasculaires diminuent également, de même que les risques de diabète de type 2.

N'oublions pas que la prochaine épidémie mondiale sera le diabète de type 2. Partout dans le monde, cette pathologie explose, bien au-delà des prévisions.

Depuis le milieu des années 90, cinq grandes études d'intervention ont été réalisées auprès de sujets obèses pré-diabétiques. Ces individus ont été bénéficié d'une prise en charge supervisée (contrôlée) d'activité physique. Sans qu'aucune perte de poids n'ait été constatée, l'incidence du diabète de type 2 a diminué de moitié. Si cette politique s'appliquait aux sujets obèses pré-diabétiques, le résultat, indépendamment du poids, serait majeur en terme de politique de Santé (et d'économies de Santé). Les effets de l'activité physique régulière sont indépendants de la diététique, et il a été montré que marcher cinq fois par semaine trente minutes diminue le risque de diabète de type 2 de 50% chez des individus à risques élevés de développer un diabète de type 2.

Nous sommes aujourd'hui mieux en mesure de comprendre les mécanismes de l'obésité. En augmentant, le tissu adipeux souffre. Il s'hypertrophie et devient inflammatoire. Ce tissu envoie des signaux aux muscles, qui, dans ce cas, consomment moins de glucides et de lipides, favorisant le diabète et le stockage des graisses. Il envoie également un message au cerveau, qui va modifier, de façon préjudiciable, sa prise alimentaire. Le tube digestif et le foie seront également atteints.

L'activité physique place l'emphase sur le muscle. Les muscles sont programmés pour bouger. Eux aussi communiquent avec le tissu adipeux, le cerveau, le foie, le tube digestif. Ils produisent des hormones, les myokines, qui envoient des signaux, positifs ou négatifs, suivant l'état du muscle. Ainsi, le muscle est un acteur primordial de la santé.

Concernant les recommandations d'activité physique, une étude française, réalisée en 2007, a montré qu'elles étaient suivies, en France, par moins de 45% des adultes. Cette mesure a été recueillie par le biais d'un questionnaire, il est donc probable que le chiffre de 30% soit plus proche de la réalité. Les recommandations sont en outre moins suivies par les femmes que par les hommes.

La situation des enfants est encore plus alarmante. Les recommandations sont d'une heure d'activité physique par jour. Une étude a été réalisée au moyen d'un capteur de mouvement. En moyenne, les enfants s'activent 25 minutes par jour, 18 pour les filles et 32 pour les garçons. Seuls 5 à 9% des enfants suivent les recommandations d'activité physique.

L'activité physique est efficace. La question est de savoir comment maintenir une activité physique durable chez des sujets à risque d'obésité ou chez des sujets obèses. Vers quelles structures et quels professionnels devons-nous orienter ces personnes ? C'est là l'unique question.

Sophie AUCONIE, *Députée européenne, Coprésidente du Club Parlementaire Sport Economie Cité*



Je souhaite ajouter un élément au débat. Les recommandations font état de trente minutes d'activité, cinq fois par semaine. Lors d'un débat que j'ai organisé avec Sport et Citoyenneté au Parlement européen sur le sport comme outil de prévention du cancer du sein, j'ai appris que l'activité modérée, qui consiste par exemple à faire les vitres ou à passer l'aspirateur, pouvait répondre à cette recommandation. Mais avis aux hommes : ces recommandations ne s'appliquent pas seulement au cancer du sein...

Chantal MALENFANT, *Nutritionniste*

Je m'occupe de nutrition auprès des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Je voudrais savoir pourquoi la question du surpoids n'est pas évoquée pour ces enfants, sachant qu'il conduit très fréquemment à une obésité. Les médecins insistent peu sur ce point.

Ayant moi-même vécu au Canada, j'ai assisté, il y a 25 ans, aux premières campagnes vantant l'activité physique. Force est de constater que le résultat est décevant.

Martine DUCLOS, *Médecin au CHU de Clermont-Ferrand*

Le surpoids chez le tout jeune enfant est en effet peu évoqué. Toutefois, les médecins y sont attentifs. Ils disposent de courbes détaillant le poids, la taille et l'âge de l'enfant qui leur permettent de situer les cas.

Nous sommes en retard, par rapport à l'Europe du Nord, concernant l'activité physique chez les tout petits. Des études montrent que l'activité physique, pour les moins de trois ans, est insuffisante. Aujourd'hui, les enfants sont transportés, en couffin, de la voiture au salon, du salon à la chambre, de la chambre à la voiture, et ne bougent plus du tout. Les recommandations nutritionnelles sont beaucoup trop élevées par rapport à ces faibles dépenses énergétiques.

Dans les pays d'Europe du Nord, les crèches disposent de parcours éducatifs où les enfants bougent en moyenne une heure par jour. Ces parcours sont corrélés à la prise de masse grasse, mais aussi au développement psycho moteur. Cet élément est à prendre en compte dès les premières années de la vie.

Jean-Pierre DESPRES, *Directeur scientifique de l'ICCR*

Pour revenir sur le commentaire de Mme MALENFANT, je tiens à préciser que le Canada n'a aucune leçon à donner aux autres pays du monde. En dépit de tous les programmes menés, l'obésité y a progressé.

Les États-Unis sont capables du pire, comme le prouve leur politique vis-à-vis des armes à feu, mais aussi du meilleur. Ils mobilisent toute la communauté scientifique et la santé publique, ce qui leur permet de chiffrer et de quantifier les résultats de leurs interventions. Au Québec, la plupart de nos programmes ne sont pas évalués. Je souhaite que toutes les interventions en santé publique soient chiffrées afin d'en évaluer le résultat.



Aux États-Unis, les scientifiques experts en santé publique recommandent la création d'un registre pour quantifier la condition physique et la condition cardiorespiratoire, aussi bien pour les enfants que pour les adultes et les populations gériatriques. Nous ne disposons actuellement pas de données chiffrées. Ces dimensions doivent être mesurées.

Pour ce qui est des enfants, ils sont, chez nous, extrêmement sédentaires. Des programmes scolaires pour faire bouger les enfants doivent être évalués.

Alain CALMAT, *ancien ministre délégué à la Jeunesse et aux Sports, membre de l'Académie des sports*



Vous avez beaucoup parlé d'activité sportive et je voudrais vous informer que le CNOSF (Comité National Olympique et Sportif Français) développe un mouvement visant à définir le contenu physique de ces activités.

L'alimentation et l'activité physique sont les deux faces d'une même médaille. La nutrition est bien connue. Lipides, protides, chacun sait ce qu'il doit manger et dans quelle quantité. Au contraire, la notion d'activité physique est bien plus floue. Evoquer 150 minutes d'activité, cinq fois par semaine, est un discours un peu pauvre.

Ce temps doit être transformé en propositions, en protocoles d'activité, ce à quoi nous nous engageons, au sein du CNOSF, avec l'aide très précieuse des sociétés savantes et surtout des fédérations sportives.

Monter des escaliers, jardiner ou marcher n'est pas forcément motivant pour une personne revenant de maladie. Si vous proposez des activités ludiques, motivantes, qui vont pérenniser l'activité, l'objectif sera plus certainement atteint.

Nous essayons, conjointement avec les fédérations, de mobiliser les professionnels des disciplines, à savoir les commissions médicales, les entraîneurs, les professeurs, les STAPS, les dirigeants et les pratiquants afin qu'ils déterminent des protocoles d'activité adaptés, soit en prévention primaire, pour ceux n'ayant jamais contracté de maladie, soit pour de la prévention tertiaire, pour aider les malades à revenir à l'activité physique.

Un point clé est d'avoir pratiqué un ou plusieurs sports dans sa jeunesse. Les gestes essentiels à l'équilibre, aux sensations, qui permettent de se faire plaisir, doivent être appris jeune, d'où l'intérêt du sport à l'école. Les nouveaux rythmes scolaires doivent remettre les sports à l'école, et pas n'importe lesquels.

Une personne de 65 ans, en surpoids, est peut-être un ancien joueur de foot. Il peut difficilement rejouer un match, mais il peut faire des passes ou des séances de tirs au but. Lorsque j'étais ministre, j'ai rencontré le grand tennisman Jean BOROTRA, alors âgé de 80 ans. En pleine forme, il m'a expliqué pratiquer le tennis sur une moitié de terrain, de façon à ne pas s'épuiser. Ce genre d'aménagement est possible pour tous les sports.

Nous élaborons des protocoles d'activité qui seront adaptés aux besoins des personnes en termes de santé. Actuellement, quatre binômes y travaillent. Ils sont consacrés à l'obésité et au diabète, aux maladies cardio-vasculaires, au cancer et au vieillissement.

Nous travaillons conjointement avec les commissions sport et santé. Nous souhaitons faire de nos protocoles un Vidal du sport, qui permettra aux médecins généralistes de délivrer des prescriptions spécifiques. Il s'agit d'un travail important, mais qui pourra entraîner la population vers une activité sportive pérenne.

Jean-Pierre DESPRES, *Directeur scientifique de l'ICCR*

J'applaudis votre initiative. Les 150 minutes d'activité recommandées entraînent véritablement une différence spectaculaire en termes de santé. Pour expliquer comment se traduisent ces recommandations dans le quotidien du patient, j'aimerais revenir sur nos interventions en milieu clinique. Au Québec, des kinésiologues, professionnels de l'activité physique, sont au centre de cet exercice de traduction. Ils sont chargés de modifier les habitudes de vie du patient en prenant en compte ses souhaits. Si l'exercice physique est désagréable, les perspectives d'adhésion sont quasiment nulles.

Je souhaite que vos initiatives soient chiffrées en termes d'impact. Ces traductions me semblent bénéfiques et nécessaires.

Pascal DEGUILHEM, *Député de Dordogne*



Monsieur CALMAT a largement abordé le sujet que je souhaite évoquer. À titre personnel, je suis préoccupé par mon IMC, mais, ayant un tour de taille respectable, vos discours me rassurent quelque peu. J'ai toutefois une inquiétude sur mon incapacité, malgré un effort sportif de longue durée, à perdre du poids.

Je suis professeur d'EPS de formation. Dans les années 70, avant que la population ne soit affectée dans ces proportions par les problèmes de surcharges pondérales, nos instructions officielles évoquaient une activité visant l'organique et le foncier. Ces références se sont, et c'est regrettable, diluées dans d'autres recherches.

Aujourd'hui, les observations des scientifiques confirment l'intérêt de conduire une activité physique à l'école. Mais sous quelle forme ? Il ne m'appartient pas d'y répondre, mais il me semble que le pouvoir politique dispose de tous les moyens pour le faire.

J'espère qu'un prochain texte, réunissant à la fois les acteurs du monde sportif et l'école à travers l'éducation physique, intégrera pleinement la notion de sport-santé et la mettra en évidence en la déclinant sous toutes ses formes.

Martine DUCLOS, *Médecin au CHU de Clermont-Ferrand*

Concernant l'activité physique, vous connaissez sûrement les travaux de Georges CAZORLA. Il a établi que, sur une heure de cours d'éducation physique et sportive, les élèves bougent en moyenne douze minutes. Aujourd'hui, les élèves ne disposent plus que de deux, voire trois heures de sport par semaine. L'école est pourtant le lieu de l'éducation à la santé, où les jeunes devraient pouvoir essayer ("gouter") un maximum d'activités sportives et apprendre à y trouver du plaisir.

Jean-François TOUSSAINT, *Professeur de physiologie à l'Université Paris Descartes*



Le 2 janvier 2013, une publication de Katherine FLEGAL indiquait que, contrairement à ce qui a été dit aujourd'hui, les sujets en surpoids ne seraient pas porteurs de risques supplémentaires. Ce surpoids augmenterait même leur espérance de vie. Comment réagissez-vous à cette étude ?

Les politiques de santé publique rencontrent d'immenses difficultés depuis de nombreuses années. En Angleterre comme aux États-Unis, elles ne se sont pas montrées spécialement efficaces. Pourtant, un plateau semble avoir été atteint. Les pourcentages d'obésité, même chez les enfants, semblent stabilisés depuis 1996. Comment concevez-vous cette stagnation ?

Martine DUCLOS, *Médecin au CHU de Clermont-Ferrand*

En étudiant précisément l'étude à laquelle vous faites référence, il apparaît clairement que ses conclusions s'appliquent uniquement aux sujets de plus de 65 ans. Il est connu qu'au-delà d'un certain âge, le surpoids devient un facteur de protection plus que de risque. La critique que nous pouvons apporter à cette étude est qu'elle ne précise ni le tour de taille ni la masse musculaire. Chez les personnes âgées de 65 ans dont la mortalité est diminuée, la masse musculaire est probablement importante. Ces sujets ne sont sans doute pas malades, un critère qui, à cet âge, est déterminant.

Pourquoi nos mesures ne se sont-elles pas révélées efficaces ? Peut-être nos préconisations étaient-elles trop élevées. Avec quinze minutes de marche par jour au lieu de trente, la mortalité, toutes causes confondues, est déjà diminuée de 15%. Une réévaluation est sans doute nécessaire.

Nous découvrons également la physiologie de la sédentarité. Les effets de l'activité physique, mais aussi de la sédentarité (temps passé assis), doivent être étudiés. Rester assis durant plusieurs heures augmente le risque de complications cardio-vasculaires.

Nous devons agir sur les deux facteurs. Jusqu'à présent, l'impact de la sédentarité n'a pas été étudié. En prenant en compte les heures passées au bureau, les repas et les transports, le temps passé assis atteint facilement douze heures par jour. Un article américain a démontré que, même lorsque le taux de sédentarité est important, prendre le temps de bouger une minute par heure, ne serait-ce que pour jeter un papier, diminue de 25% les risques de maladies cardio-vasculaires. Ce type de message peut très facilement être transmis à la population.

Jean-Pierre DESPRES, *Directeur scientifique de l'ICCR*

Les effets de la sédentarité doivent en effet être mieux étudiés. Gardons à l'esprit l'excellent éditorial de Steven B. HEYMSFIELD, directeur du Pennington Biomedical Research Center, à Baton Rouge, qui mentionne que, pour les personnes âgées, être en santé correspond à un IMC compris entre 24 et 25, et non 19. Dans l'étude de Mme FLEGAL, le groupe de référence aurait dû être celui-là.

Par ailleurs, il est important de noter que l'étude évoque la mortalité, et non la morbidité. Aujourd'hui, l'infarctus est banalisé. Un individu entre dans un établissement de restauration rapide (fast food), fait un infarctus, est soigné à l'hôpital et rentre chez lui le soir. Le cœur de 40 % de ces patients baigne pourtant dans la graisse.

Les cardiologues réalisent un travail extraordinaire qui permet de maintenir en vie ces patients, pour un coût cependant très important. La question de la relation entre mortalité et obésité abdominale reste intéressante, mais il est aussi important de prendre en compte l'espérance de vie en santé. Il s'agit d'une tout autre dimension.

Claude GUILLIEN, *Inspection générale de la jeunesse et des sports*

Vous venez d'aborder les problèmes liés à l'obésité suivant les différentes tranches d'âges. Vos études prennent-elles en compte les conditions socio-économiques des populations, en distinguant notamment les populations défavorisées ?

Martine DUCLOS, *Médecin au CHU de Clermont-Ferrand*



Les études sérieuses prennent en compte ce paramètre et ajustent les résultats en fonction du niveau socio-économique des individus.

Dans la réalité, nous savons que les individus en situation de précarité sont plus à risque et disposent de moins de possibilités concernant les conduites nutritionnelles et les conduites d'activités physiques ou sportives. Il existe une différence entre nos statistiques et la vraie vie.

Si nous souhaitons mettre en place une politique efficace, nous devons prendre en compte cette réalité afin de définir des priorités. Les mécanismes d'action et les messages ne sont pas les mêmes pour chacun.

Toutes les populations immigrées sont par exemple à risque et le message, suivant la religion, peut nécessiter des adaptations.

Jean-Pierre DESPRES, *Directeur scientifique de l'ICCR*

Partout dans le monde, les relations entre le niveau socio-économique, le niveau d'éducation et la qualité des habitudes de vie sont extrêmement fortes. Lorsque certaines mamans monoparentales nous indiquent que la boisson gazeuse consommée devant la télévision constitue leur seule joie, il est difficile de lui demander de manger du poisson et des légumes, sachant, de plus, qu'ils sont, coûteux.

De la même façon, l'environnement est à prendre en compte. Il est difficile de recommander à un individu de marcher une demi-heure par jour lorsque son quartier est dangereux. Ces questions représentent un défi pour l'ensemble de nos démarches.

Françoise SAUVAGEOT, *Membre du bureau exécutif du CNOFS, Vice-Présidente déléguée Sport et diversité des pratiques*

Je pense que l'environnement est un point essentiel pour résoudre cette question de société.

Il existe un lien entre l'activité physique ou sportive et le lieu où elle est pratiquée. En termes de politique de territoire, je constate un écart entre notre volonté et la réalité. Je me suis rendu récemment en Europe du Nord. L'environnement y favorise les activités physiques et sportives. Pouvons-nous imaginer d'évoluer sur ce sujet ?



Jean-Pierre DESPRES, *Directeur scientifique de l'ICCR*

La question que vous soulevez reflète parfaitement la nécessité, pour tous les intervenants, de travailler ensemble. Il ne faut pas imaginer qu'une seule solution résoudra tous les problèmes.

Je n'autorise pas mes enfants à se rendre à l'école en vélo, car je crains un accident de la route. Plusieurs de mes amis sont décédés de cette façon.

Nous devons convoquer tous les interlocuteurs afin de chiffrer nos démarches et évaluer leurs résultats pour être conscients de notre progression.

Sophie AUCONIE, *Députée européenne, Coprésidente du Club Parlementaire Sport Economie Cité*

L'obésité est un problème de société. Rappelons que 80% de nos enfants habitent en ville. Nous les amenons à l'école, en voiture ou en transport en commun. Aux alentours de 10 ou 15 heures, ils mangent un pain au chocolat, avec des graisses plus ou moins opportunes. Pourquoi ? Parce que pour les établissements, il est plus simple de conserver des pains au chocolat que des pommes. Et il faut reconnaître que les enfants préfèrent les pains au chocolat.

Un travail est nécessaire au niveau de la scolarité. Du point de vue de l'éducation nationale, les enfants ne sont pas égaux devant le sport scolaire. Les équipements notamment, ne sont pas toujours de qualité. Certains professeurs des écoles sont enclins à faire du sport, d'autres n'hésitent pas à sacrifier cette activité pour rattraper un devoir.

D'un point de vue européen, nous devons regarder plusieurs choses, et tout d'abord l'assiette. Certains pays présentent un taux d'obésité inférieur aux autres parce que leurs habitudes alimentaires ne sont pas les mêmes. Nous devons préserver la pérennité de notre culture gastronomique et éviter que la "malbouffe" n'envahisse, par facilité souvent, nos assiettes.

La vie quotidienne est compliquée. L'école débute à 8 heures, ce qui laisse peu de temps pour le petit-déjeuner. Toute la journée, nous courrons. Le soir, dans le stress, il est plus facile d'allumer la télé que de faire une promenade dans le parc. À titre personnel, l'offre de vie que je rencontre n'est pas celle que m'ont offerte mes parents.

Un dernier élément m'inquiète. En France, de nombreux adultes sont obèses. Il est reconnu scientifiquement que les enfants de ces personnes sont souvent obèses à leur tour. Un couple de mes amis est obèse, de même que leur enfant. Je n'ai pas l'impression que cette enfant a reçu la prévention médicale nécessaire. Aujourd'hui, elle est en danger, car ses parents sous-estiment son poids et sa souffrance. J'ai le sentiment que les médecins sont relativement passifs face à ce genre de problèmes.

En tant que politiques, nous devons regarder ces problèmes sociétaux de près. L'échange de bonnes pratiques, au niveau européen, est nécessaire. Certains Etats membres, les pays scandinaves par exemple, obtiennent de meilleurs résultats. Le sport y est plus présent à l'école. La pédagogie, autour de la nutrition, est plus importante.

Ces facteurs doivent converger vers un meilleur art de vivre, pour nous tous et pour nos enfants.



Liste des présents au diner-débat

Prénom	Nom	Société
Jean-Philippe	ACENSI	Agence pour l'Education par le Sport
Samir	GUERZA	Agence pour l'Education par le Sport
Claudie	QUILLIEN	APMIGJS Association professionnelle des membres de l'inspection générale de la jeunesse et des sports
Brigitte	MANCEL	Assemblée Nationale
Florence	de FREMINVILLE	Avocat
Martine	DUCLOS	CHU de Clermont-Ferrand
Alain	CALMAT	CNOSF
Patrick	MAGALOFF	CNOSF
Françoise	SAUVAGEOT	CNOSF
Chantal	MALENFANT	CNRS Brussels office
Florence	PARIS	Coca-Cola France
Valérie	PIGEAT	Conseil Général de la Creuse
Jean-Jacques	MANCEAU	Décathlon
Pascal	DEGUILHEM	Député de Dordogne
Régis	JUANICO	Député de la Loire
Sophie	AUCONIE	Députée Européenne
Patrick	BALLARIN	Digitime
Béatrice	CHARLIER	FF EPMM sport pour tous
Benoit	GILLES	Generali France
Jean-Pierre	DAVANT	Imaps
Laurent	GUETARD	Imaps
Alain	FREY	INSEP
Michel	GODARD	INSEP
Christophe	DE JAEGER	Institut de Jaeger
Bruno	SESBOUE	Institut Régional de Médecine du Sport CHU Côte de Nacre
Jean-François	TOUSSAINT	Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport
Nicolas	GERAUD	LCP-AN
Guillaume	FESTIVI	Le Kiosque
Aurélie	GUEGAN	Le Kiosque
Antoine	LAMY	Le Kiosque
Marc	CHEVRIER	L'Equipe
Rodophe	DENIS	Life in Sport
Françoise	BRESSON	Nestlé Waters MT
Hubert	GENIEYS	Nestlé Waters MT
Frédérique	HENRY	Nestlé Waters MT
Perrine	LEBRUN	Orangina Schweppes
Florence	LEFEBVRE-RANGEON	Parlement Européen
Rémi	DESCLAUX	Photographe
Garance	LEFEVRE	PMU
Damien	BIZOT	Sénat
Jean-Jacques	LOZACH	Sénateur de la Creuse
Virgile	CAILLET	Sporsora
Frédéric	LEONARD	Sporsora
Magali	TEZENAS DU MONTCEL	Sporsora
Inés	BOUTAR	Sport et Citoyenneté
Vincent	ALBERTI	Sport Santé Conseil
Wenceslas	BORDERIAS	Sport Strategies
Anne-Mareille	DUBOIS	Staut & associés
Elena	MAFFEI	Staut & associés
André	STAUT	Staut & associés
Jean-Claude	COUBARD	Université Laval
Jean-Pierre	DESPRES	Université Laval

Le principe

Le but du Club est de créer une plateforme active de rencontres et de dialogue visant à rapprocher les acteurs et instances du monde sportif dans son ensemble avec les milieux économiques et les pouvoirs publics. Créer du lien entre le milieu sportif, celui de l'entreprise et la sphère publique et politique.

La présidence de ce Club est assurée par un collège de parlementaires de profil et d'appartenance politique différents ayant une légitimité incontestable et une forte représentativité pour l'efficacité et le bon rayonnement de cette plateforme. La Coprésidence du Club est actuellement assurée par **Sophie AUCONIE**, députée européenne et présidente de l'intergroupe Sport, et **Jean-Jacques LOZACH**, sénateur de la Creuse et président du groupe d'étude Sport.

Le Club se réunit principalement sous forme de dîner-débats (autour de 3 à 5 dans l'année) déclinant autour d'un ou plusieurs invités les thèmes d'actualité touchant au Sport dans l'économie et la société, ainsi que ponctuellement sous divers formats (petits déjeuners, auditions, groupe de travail...) à la demande des présidents ou sur suggestion des membres et approbation des présidents. Si les rencontres s'effectuent en principe dans l'enceinte parlementaire (Assemblée nationale ou Sénat), le Club peut à loisir se déplacer au gré d'un thème ou d'un invité spécifique et en fonction des opportunités.

Le cabinet Staut & Associés, initiateur du Club et cofondateur avec **Bernard DEPIERRE**, président d'honneur du CPSEC, a délégué pour assurer l'organisation et la gestion du CPSEC.

Les membres et participants

- Parlementaires (de droit)
- Administrations, personnalités qualifiées (sur invitation)
- Entreprises, institutions, groupements professionnels, représentants du monde sportif professionnel et associatif et autres organismes (sur cotisation)
- Presse (sur invitation)

Les membres CPSEC

Députés :

Gérard BAPT, Député de Haute-Garonne
Gérald DARMANIN, Député du Nord
Pascal DEGUILHEM, Député de l'Ariège
Daniel FASQUELLE, Député du Pas-de-Calais
Philippe FOLLIOU, Député du Tarn
Alain GEST, Député de la Somme
Denis JACQUAT, Député de la Moselle
Régis JUANICO, Député de la Loire
Lionnel LUCA, Député des Alpes-Maritimes
Lionel TARDY, Député de Haute-Savoie

Sénateurs :

Dominique BAILLY, Sénateur du Nord
Jean Pierre CHAUVÉAU, Sénateur de la Sarthe
Michel DELEBARRE, Sénateur du Nord
Michelle DEMESSINE, Sénatrice du Nord
Jean-Jacques LOZACH, Sénateur de la Creuse, président du groupe d'étude Sport
Pierre MARTIN, Sénateur de la Somme
Jean-Claude MERCERON, Sénateur de la Vendée
Danielle MICHEL, Sénatrice des Landes
Michel Le SCOUARNEC, Sénateur du Morbihan
François TRUCY, Sénateur du Var
Maurice VINCENT, Sénateur de la Loire

Députés européens :

Sophie AUCONIE, Député européen, présidente de l'intergroupe Sport

Entités membres :

CNOSF – FDJ – FFT – GDF Suez – Havas Sport & Entertainment (Groupe Bolloré) –
L'Equipe – Nestlé Waters - PMU – Sporsora – Sport & Citoyenneté – Stade de France

Les rencontres du club

■ **15 mars 2011** : Dîner-débat de **lancement du Club**.

■ **14 juin 2011** : Dîner-débat en présence de Philippe AUROY, *Directeur général du Consortium Stade de France*, Julien NIZRI, *Directeur Général du CNDS* et Thierry PONTILLE, *Directeur de Projets Développement France Vinci Concessions*, sur le thème « **Optimiser les enceintes sportives pour les territoires** »

■ **18 octobre 2011** : Dîner-débat en présence de Rachid ARHAB, *membre du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel*, Daniel BILALIAN, *Directeur Général adjoint en charge des Sports de France Télévisions*, Jean-Louis DUTARET, *Directeur des Acquisitions et des Evènements Sports CANAL +* et Denis MASSEGLIA, *Président du CNOSF*, sur le thème « **Sport et médias. Télévision : quelles perspectives pour les chaînes sport ?** ». Un débat co-animé par nos présidents et Etienne MOATI, *journaliste L'Equipe*.

■ **6 décembre 2011** : Dîner-débat autour de François TRUCY, *Sénateur du Var*, Jean-François VILOTTE, *Président de l'ARJEL* et en présence de Pierre CAMOU, *FFR*, Céline COHEN, *avocate*, Benoit CORNU, *PMU*, Céline FINON, *AFJEL*, Mathieu MOREUIL, *Premier League*, sur le thème « **Les nouveaux enjeux de l'économie du sport : l'exemple des paris sportifs** ». Un débat co-animé par nos présidents et Sandrine CASSINI, *journaliste la Tribune*.

■ **31 janvier 2012** : Dîner-débat autour de Brigitte DEYDIER, *FFT*, Julien NIZRI, *CNDS*, François JAUFFRET, *FFT*, Pierre LASFARGUE, *FFGolf* et Gilbert YSERN, *FFT* sur le thème « **les infrastructures sportives de proximité, clé de l'accès au sport pour tous** ».

■ **3 juillet 2012** : Dîner-débat coprésidé par Sophie AUCONIE, *députée européenne*, et Jean-Jacques LOZACH, *Sénateur de la Creuse*, en présence de Denis MASSEGLIA, *président du CNOSF*, Daniel COSTANTINI, *Club Ambition Sport, CNOSF*, Olivier KLEIN, *BPCE* et Isabelle SEVERINO, *CNOSF* sur le thème : « **Esprit Bleu cœur olympique, la France aux Jeux Olympiques de Londres** ».

■ **13 novembre 2012** : Dîner-débat coprésidé par Sophie AUCONIE, *députée européenne*, et Jean-Jacques LOZACH, *Sénateur de la Creuse*, en présence de François ARBAULT, *Commission Européenne* - Anne BRASSEUR, *Conseil de l'Europe* - Benoit CORNU, *PMU* - Denis MASSEGLIA, *CNOSF* - Thierry PUJOL, *FDJ* - Serge SIMON, *Provale* - Jean-François VILOTTE, *ARJEL* - Gilbert YSERN, *FFT* sur le thème : « **Ethique et paris sportifs** ».

■ **29 janvier 2013** : Dîner-débat en présence de Régis JUANICO, *Député de la Loire et rapporteur spécial du budget Sport, jeunesse et vie associative*, Jean-Pierre DESPRES, *directeur de l'ICCR - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec* et Martine DUCLOS, *PU-PH au CHU et l'université d'Auvergne* sur le thème : « **Sport & Santé. L'obésité comme un enjeu de politique publique** ».