



Installation de la commission **« Prévention, Sport et Santé »**

**Mise en place d'un Programme national de prévention
par les activités physiques et sportives (PNAPS)**

Vendredi 04 avril 2008

Dossier de presse

Contacts Presse

**Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports - 01 40 56 40 14
Secrétariat d'Etat chargé des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative – 01 40 45 94 47**

Sommaire

I- Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

II- Contexte et données chiffrées sur la pratique des activités physiques et sportives en France

1. La pratique des activités physiques et sportives par les hommes et les femmes en France (enquête 2003 MSJS, INSEP, INSEE)
2. La pratique des activités physiques et sportives par les séniors en France (enquête 2003 MSJS, INSEP, INSEE)
3. Exemples des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé
4. Les économies de santé publique par la pratique des activités physiques et sportives

III- Installation de la commission « Prévention, Sport et Santé »

1. Présentation des acteurs de la commission « Prévention, Sport et Santé »
2. Les objectifs donnés à la commission « Prévention, Sport et Santé »
3. Le calendrier prévu par la commission « Prévention, Sport et Santé »

Annexes :

- Fiche de présentation de Jean-François Toussaint, président de la commission « Prévention, Sport et Santé ».
- La lettre de mission du Professeur Jean-François Toussaint, signée par Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, et par Bernard Laporte, secrétaire d'Etat chargé de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative.

I – Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Installation de la commission « Prévention, Sport et Santé »

Sous réserve du prononcé

Mesdames et messieurs,

Pour la première fois dans l'histoire de nos institutions, sport et santé sont réunis sous l'égide d'un même ministère.

En jetant cette passerelle inédite entre le sport et la santé, le Président de la République semble, *a posteriori*, avoir inscrit dans notre culture institutionnelle une affinité qui s'imposait depuis longtemps déjà comme une évidence.

Sport et santé ont, en effet, indubitablement partie liée.

Le bon sens nous l'enseigne. La science nous le confirme un peu plus chaque jour.

Est-il vraiment besoin de vous répéter ces chiffres, de reprendre devant vous ces constats que tous, vous avez été amenés à faire et à refaire déjà, dans les fonctions qui sont les vôtres?

Il est désormais établi qu'une demi-heure quotidienne d'activité physique modérée permet de gagner jusqu'à 14 années d'espérance de vie.

L'activité physique divise aussi par deux les risques de maladies coronariennes.

Elle augmente le taux de bon cholestérol.

Evidence entre toutes les évidences, l'activité physique permet de lutter contre le surpoids.

Non seulement les effets de l'activité ont été prouvés contre certains cancers, mais elle a une incidence très nette sur le psychisme : bouger, marcher, et se dépenser, même modérément, permet de mieux résister au stress et à la pression sociale.

Enfin, l'activité physique retarde les effets du vieillissement, et améliore nettement la qualité de vie des personnes âgées.

Je pourrais développer sans fin chacune de ces propositions.

Je pourrais ajouter, également, que si l'ensemble de notre population pratiquait cette activité physique modérée mais régulière, nous pourrions espérer diminuer nos dépenses de santé de près de 20%.

Ces évidences maintes fois redites, reprises, martelées, nous conduisent pourtant aujourd'hui à un constat : les vertus pédagogiques de la répétition ont leurs limites.

Elles désignent en creux, Monsieur le Professeur Toussaint, les enjeux auxquels la commission *Prévention, Sport et Santé* devra se mesurer pour mettre en place une politique globale et volontariste de prévention et de santé publique par l'activité physique.

Ces dernières années, les campagnes d'information récurrentes portant sur les bienfaits de l'activité physique ont en effet démontré une efficacité paradoxale.

Les Français sont aujourd'hui majoritairement conscients qu'une activité modérée, mais régulière, leur permet de préserver leur capital santé.

Mais ces campagnes ont aussi démontré qu'en matière d'activité physique et de santé, **savoir ne veut pas dire vouloir. Savoir ne veut pas dire agir.**

La plupart des Français ont compris que marcher un peu chaque jour était essentiel pour leur santé.

Et pour autant, la plupart n'ont rien changé à leurs habitudes de vie quotidiennes.

Mon rôle, à la tête du ministère de la santé et des sports, n'est pas de poser en Caton d'Utique, d'enjoindre tout un chacun à une rigueur romaine, d'en appeler à la discipline ou à la vertu sanitaire.

Magnifiant la performance, dressant un culte à l'apparence, les civilisations modernes relaient déjà bien assez de ces messages qui entretiennent le contresens selon lequel il faudrait être Stéphane Diagana, ou rien.

Mon rôle, à la tête du ministère de la santé et des sports, est de donner aux Français les moyens de tirer le meilleur parti des bienfaits d'une activité physique pour leur bien être. Mon rôle, avec

votre aide, est de faire en sorte que les Français comprennent que leur santé dépend aussi d'eux-mêmes, repose pour une large part entre leurs mains.

Le rapprochement des mondes du sport et de la santé dans un même ministère a pu sembler, à première vue, frappé au coin du bon sens. Il relève, en réalité, moins d'un constat, que d'une ambition, voire d'un audacieux changement de paradigme.

Nous sommes en effet invités à **inventer une culture et un dialogue nouveaux, auxquels ce plan de prévention viendra donner des contours tangibles.**

Je vous ai confié la mission de me faire des propositions pour que j'élabore un Programme national de prévention par les activités physiques et sportives.

Vous allez vous confronter à la difficulté d'articuler deux ensembles qui, s'ils s'intéressent tous les deux à l'homme dans sa dimension physique et morale, ont encore peu de points de contacts dans la réalité.

Afin de proposer des solutions que j'espère nombreuses et innovantes, vous aurez, à définir ce que recouvrent précisément ces vastes entités que sont le sport et la santé.

Quels en sont les protagonistes ? Comment les associer en un projet commun ? Ce projet, ce n'est rien de moins que l'amélioration de la qualité de la vie de nos concitoyens.

Vous devrez éviter l'écueil auquel se sont heurtées tant de politiques précédentes de développement de l'activité physique et sportive.

Il ne s'agit plus de prêcher des convaincus. Il s'agit de gagner le plus grand nombre à l'idée qu'une activité physique, modeste mais quotidienne, est essentielle à leur santé.

Le temps n'est plus aux grandes déclarations d'intention, aux généralités qui trop embrassent et mal étreignent.

Nous devons désormais atteindre des publics larges, par des moyens ciblés.

Je pense notamment aux jeunes et aux femmes, dont la santé représente une des priorités de mon ministère.

Je pense aux personnes âgées, qui s'excluent souvent d'elles-mêmes des messages de promotion de l'activité physique, parce qu'elles confondent cette notion avec les contraintes du sport.

Je pense aux plus vulnérables, aux plus démunis de nos concitoyens, ceux que les campagnes médiatiques ou pédagogiques habituelles de prévention par le sport ont jusque ici trop peu touchés.

Leur bien être appelle une mobilisation active de notre part, car ils souffrent plus fréquemment de pathologies liées à la sédentarité. Plus qu'un enjeu de santé publique, **c'est désormais un enjeu de solidarité nationale.**

Les médecins et les soignants ont certes l'habitude de préconiser à leurs patients la pratique d'une activité physique régulière. Nous devons les aider à donner plus de force à ces prescriptions, qu'une simple et bienveillante recommandation.

Comment tirer parti de certains rendez-vous privilégiés, pour les aider à **mettre en œuvre une action efficace de conseil et de prévention ?**

L'établissement du certificat médical d'aptitude au sport, par exemple, pourrait être l'occasion de dispenser une véritable éducation au sport.

De même, la consultation médicale préalable à tout départ en retraite pourrait donner lieu à une évaluation de l'activité physique journalière du patient afin que le médecin puisse l'aider à la maintenir, voire à la développer, en tenant compte de ses conditions de vie et de ses pathologies éventuelles.

Pour cela, les médecins auront besoin d'outils de référence.

Je souhaite également que vous réfléchissiez aux moyens de **tisser, à l'échelon local, un véritable réseau liant les médecins et les différents centres sportifs, associations, ou représentants locaux des fédérations**, afin que les soignants puissent, éventuellement, adresser leurs patients aux structures les mieux adaptées à leurs besoins.

Vous êtes, mesdames et messieurs, issus d'horizons très divers : sportifs, universitaires, médecins, membres des professions paramédicales, représentants de collectivités territoriales. La diversité de vos profils est votre atout majeur. J'attends de vous que vous montriez ambitieux, créatifs et rigoureux. Ne bridez pas votre imagination !

Le programme que je vais mettre en place jettera les fondements d'une véritable synergie entre les mondes du sport et de la santé.

Les uns et les autres devront renoncer à leurs prés carrés, à leurs certitudes, pour établir ce dialogue.

Les soignants doivent prendre conscience que l'activité physique a le pouvoir de juguler l'apparition de certaines pathologies, mieux que tout traitement curatif.

A l'inverse, et le paradoxe ici n'est qu'apparent, ce programme devra également alerter les passionnés de sport contre les risques que comportent la pratique à haut niveau de quelque discipline que ce soit. Ces athlètes sont en effet loin d'être invulnérables à certains dangers pour leur santé. Je pense ici notamment à la prévalence de l'addiction chez certains sportifs, qui appelle une vigilance particulière et une politique de prévention adaptée.

Si beaucoup de solutions sont encore à inventer, je souhaite que vous puissiez vous inspirer des réussites de certains de nos voisins et amis européens, tels la Suède, par exemple.

La remise de votre rapport final, dont j'ai fixé la date au mois de septembre, nous permettra d'engager un débat européen autour de vos propositions d'action, à mi-parcours de la présidence française de l'union.

Comme vous pouvez le constater, la tâche que je vous ai confiée, et que je vous remercie d'accepter, est immense.

Immenses aussi les perspectives que vous allez tracer pour notre santé publique, en donnant aux Français les moyens de devenir acteurs de leur santé.

Je souhaite que de fructueux échanges nourrissent vos travaux, dont j'attends avec impatience de prendre connaissance.

Je vous remercie.

II – Contexte et données chiffrées sur la pratique des activités physiques et sportives en France

1. La pratique des activités physiques et sportives par les hommes et les femmes en France (enquête 2003 MSJS, INSEP, INSEE)

* Généralités :

- Pratique : 79% hommes ; 64% femmes.
- Taux de prise de licence comparable : 26% des pratiquantes, 30% des pratiquants. Ceux qui se tournent davantage vers les structures institutionnelles sont majoritairement ceux des couches les plus riches de la population.
- Part des femmes dans quelques activités :
 - Sports très féminisés (danse, gymnastique, équitation) : 76.4% de pratiquantes.
 - Endurance (natation, randonnée pédestre, vélo, randonnée montagne, course à pied) : 50.6% de pratiquantes.
 - Sports collectifs (basket-ball, volley-ball, handball, rugby, football): 22.4% de pratiquantes.
 - Sports de raquette (tennis, tennis de table, badminton, squash) : 37.9% de pratiquantes.
 - Sports de combat (arts martiaux, sports de combat) : 29.5% de pratiquantes.

* Facteurs influents intuitifs :

- Ecart réduit (voire inexistant) chez les diplômés et dans la tranche 15-24 ans.
- **Facteur âge.** Décrochage à l'âge de 25 ans : pratique 79% pour les femmes de 25-34 ans contre 90% pour les hommes¹. L'écart continue d'augmenter avec l'âge : 27% pour les femmes contre 52% pour les hommes sur la tranche 65 ans et plus.
- **Facteur diplôme.** Une pratique (hommes comme femmes) très liée au niveau d'études². Les écarts sont encore plus forts chez les femmes que chez les hommes : le taux de pratique

¹ Age médian de première grossesse : 26 ans.

² Age médian de première grossesse en fonction du niveau d'études : faible/24 ans ; intermédiaire/26 ans ; élevé/28 ans.

sportive augmente de moitié entre les hommes sans diplôme et ceux diplômés de l'enseignement supérieur et fait plus que doubler chez les femmes de 41% à 86%.

- **Facteur niveau de vie.** Une pratique très liée au niveau de vie (hommes et femmes) : Même la randonnée pédestre est quasiment trois fois plus pratiquée par le quartile le plus riche que par le plus pauvre. Ce facteur est toutefois moins prépondérant que le facteur diplôme : la pratique passe de 43% à 70% entre le quartile le moins aisé et le plus riche (là où elle doublait en fonction du niveau d'études).

* **Facteurs influents non intuitifs :**

- **Facteur emploi.** Le fait pour une femme d'être employée est, contre toute attente, favorable à la pratique des activités physiques et sportives : 77% des femmes ayant un emploi font du sport contre 45% des autres. La durée de travail est peu déterminante (77% de pratique d'activités physiques et sportives pour une semaine de moins de 35 heures, 76% pour une semaine de plus de 40 heures).
- **Facteur situation familiale.** Les personnes en couple sont plus sportives (sans savoir si cela est lié à un effet d'entraînement ou à un attrait commun pour les activités physiques et sportives). Sur l'ensemble de la population, les mères de famille pratiquent à 71%, les femmes en couple sans enfant à 60% et les femmes seules à 49%. Sur la tranche des 25-44 ans (ayant des enfants en bas âge), les chiffres sont respectivement de 85%, 78% et 78%.
- **Facteur pratique culturelle.** Les deux pratiques sont extrêmement liées chez les femmes³. En effet, 15% seulement des femmes n'ayant aucune activité culturelle pratiquent le sport contre 70% (rapport 4.6) de pratique sportive pour les femmes ayant une activité culturelle. Chez les hommes, les chiffres sont respectivement de 53% et 82%.

NB : Seule la télévision n'entre pas dans cette logique et il existe un système de vases communicants entre la pratique sportive et culturelle et ce loisir passif. L'augmentation de l'un se fait au détriment de l'autre.

Les âges médians sont privilégiés aux âges moyens car les chiffres de pratique sportive sont exprimés en pourcentage de la population.

³ Le lien pratique culturelle et pratique sportive peut être un argument intéressant dans le cadre d'un rapprochement DRJS/DRAC dans le processus RGPP.

*** Raisons de ne pas pratiquer le sport :**

Elles sont globalement communes aux hommes et aux femmes et concernent :

- **Les problèmes de santé.** Mis en avant par 39% des femmes et 35% des hommes. A noter que cette raison est quasiment deux fois plus évoquée par les femmes sans diplôme (45%) que par celles ayant un niveau d'études supérieur au bac (25%)⁴.
- **Le manque d'intérêt pour le sport.** 25% pour les hommes comme pour les femmes, chiffre peu dépendant des catégories concernées.
- **Les contraintes (professionnelles ou familiales).** Equilibre homme-femme à environ 15%, les hommes mettant plus en avant les contraintes professionnelles et les femmes familiales.

Evolutions entre 2000 et 2003

L'augmentation de la pratique chez les femmes est réelle tandis que celles des hommes stagne. A titre d'illustration, le nombre de licences a progressé de 13% entre 2000 et 2003 contre 2% seulement chez les hommes.

⁴ L'état de santé perçu et réel sont assez proches dans l'ensemble. Toutefois, les catégories peu diplômées sont à la fois en moins bonne santé et, au-delà, se sentent en moins bonne santé que ce que justifie leur état réel.

2. La pratique des activités physiques et sportives par les seniors en France (enquête 2003 MSJS, INSEP, INSEE)

* Généralités :

- Dans la population, les seniors (50 ans ou plus) représentent 34% (19M de Français).
- Pratique : 53% des seniors.
- Activités physiques et sportives pratiquées : ce sont globalement les mêmes que celles de la population générale avec vélo, marche et natation. **Il n'y a pas d'activités physiques et sportives réservée aux seniors.**
- Il y a par contre des **activités physiques et sportives pas ou peu pratiquées par les seniors** : arts martiaux et sports collectifs notamment.
- **Taux de pratique institutionnalisée largement inférieure à celui de la population générale** : 36% chez les 15-49 ans ; 28% chez les 50-69 ans et 20% chez les 70 ans et plus.

* Facteurs influents intuitifs :

- **Facteur âge.** Il est prépondérant et va croissant :
 - 70% des 50-59 ans pratiquent.
 - Une rupture s'opère à 60 ans.
 - Le taux de pratique des plus de 75 ans n'est que de 24%.
- Les femmes sont largement plus touchées que les hommes puisque c'est leur baisse de pratique qui conduit à la rupture constatée à 50 ans : 51% des 60-64 ans pratiquent contre 66% des 55-59 ans ; alors que la pratique des hommes est stable au passage de la soixantaine et ne s'infléchit que vers 70 ans.
- Facteur santé et sentiment de vieillesse : ces deux facteurs sont de très loin les plus mis en avant par les seniors pour justifier l'arrêt de leur pratique.

3. Exemples des effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé

Effets sur la mortalité globale

30 minutes quotidiennes d'activité physique modérée (dépense énergétique de 1 000 kcal par semaine) diminuent de 30 % la mortalité globale.

Associée à une bonne hygiène de vie (peu d'alcool, pas de tabac, alimentation équilibrée), cette pratique d'activités physiques modérées permet un gain de 14 années d'espérance de vie.

Effets cardiovasculaires

L'activité physique est associée à une réduction de 50% du risque de maladie coronarienne en prévention primaire.

Elle diminue les chiffres de tension artérielle de 5 à 10 mmHg.

Effets métaboliques

Elle augmente le taux sanguin de bon cholestérol (HDL) de 20 à 30%.

Elle améliore l'action de l'insuline (diminue l'insulinorésistance).

Elle limite la progression vers le diabète de type 2.

Elle réduit l'agrégation plaquettaire (effet antithrombose).

Elle réduit la prise de poids et diminue l'incidence de l'obésité à tous les âges ainsi que l'ensemble des complications liées au surpoids.

Effets cancérologiques

L'activité physique protège contre le cancer du colon, et, chez la femme, contre les cancers hormono-dépendant : cancer du sein après la ménopause et cancer de l'endomètre.

Effets psychologiques

Elle améliore la sensation de bien-être et entraîne une meilleure tolérance aux contraintes professionnelles et psychosociales.

Effets sur le vieillissement

Elle améliore la qualité de vie et la capacité fonctionnelle des sujets âgés.

Elle prévient la perte de masse musculaire, augmente la densité osseuse.

Elle réduit le risque d'ostéoporose.

Elle maintient les fonctions cognitives.

Elle retarde l'entrée dans la dépendance en maintenant l'autonomie.

Remarques :

L'activité n'a pas besoin d'être intense pour entraîner ces effets, mais la régularité est importante.

Ces recommandations excluent les formes extrêmes (quantité) d'activité physique.

4. Les économies de santé publique par la pratique des activités physiques et sportives

Les données

Aucune étude scientifique n'a été conduite en France sur le sujet. Toutefois, certains experts ont **estimé que les dépenses de santé pouvaient être réduites de 10 à 20%** par la pratique régulière d'une activité physique et sportive.

Des études américaines et suisses, montrent, quant à elles, que les **réductions des dépenses de santé entre un « actif » et un « inactif », c'est-à-dire quelqu'un pratiquant ou ne pratiquant pas régulièrement du sport, sont de l'ordre de 250€ par an** (370€ d'économies – 120€ de surcoûts liés à une traumatologie plus importante).

Avec 37M d'« inactifs » en France, l'économie potentielle est de :

- 10 Md€ dans le cas utopique où tout le monde se mettrait à l'activité physique et sportive.
- 500M€ dans le cas où seulement 5% des inactifs le feraient.

Quantitativement, les deux approches se rejoignent dans l'exemple français.

Les études à lancer

Le manque de données précises applicables à la France et l'enjeu associé ont conduit le ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, à lancer les deux actions suivantes :

* L'installation de la commission « Prévention, Sport et Santé »

Proposition de mesures

- Chaque mesure proposée sera analysée par la commission « Prévention, Sport et Santé » en termes de coût de mise en place et de gain escompté en termes de dépenses de santé. Nous pourrons ainsi hiérarchiser la pertinence des mesures avec ce critère.

- Le surcoût de dépenses liées à l'augmentation des activités physiques et sportives (entorses, morts subites...) sera évalué par la commission.

* Evaluation des gains potentiels de l'activité physique sur les dépenses de santé

- Lors de l'entretien de la ministre Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative avec madame Avice (ancienne ministre des sports), le CNAPS a été sollicité pour mettre en place un compte **satellite du sport** dans le but d'évaluer, notamment, les gains potentiels de l'activité physique et sportive sur les dépenses de santé.

III- Installation de la commission « Prévention, Sport et santé »

1. Présentation des acteurs de la commission « Prévention, Sport et Santé »

Le Professeur Jean-François Toussaint, praticien universitaire - praticien hospitalier, à l'hôpital de l'hôtel Dieu, directeur de l'IRMES (Institut de Recherche bio-médicale et d'Epidémiologie sportive) et président de la « Commission d'orientation Prévention » est missionné par la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative pour conduire la commission « Prévention, Sport et Santé », car cette mission s'inscrit dans la continuité de la précédente mission du Professeur Toussaint sur « les stratégies nouvelles de prévention » qui lui avait été confiée le 29 mai 2006.

Le Professeur Toussaint a **formé un groupe pluridisciplinaire** pour prendre en compte l'ensemble des données du problème.

Dans ce groupe, sont représentées des personnes venant :

- **Du milieu sportif** : sportifs de haut niveau, fédérations sportives, sport nature, sport périscolaire, sport scolaire (UNSS), sport adapté ;
- **Du milieu universitaire** : INPES, ISPED, STAPS, ESSEC, IRMES
- **Du milieu médical** : cardiologue, cancérologue, médecin traitant, médecin du sport...
- **Du milieu paramédical** : Kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien ;
- **Des collectivités territoriales.**

La liste des participants à la commission

Spécialité	Mr/Mme/Pr	Nom	Prénom	Organisme
Ville/ Environnement	Mme	WEBER	Christiane	CNRS
Urbanisation sportive	Pr	LARDINOIT	Thierry	Essec
Promotion de la santé	Mr	LAMOUREUX	Philippe	Directeur de l'Inpes
Santé Publique	Pr	SALAMON	Roger	ISPED, Président de HCSP
Nutrition	Pr	OPPERT	Jean-Michel	Paris 6 PNNS
Physiologie	Pr	DUCLOS	Martine	Univ Clermont- Ferrand
STAPS	Pr	BERTSCH	Jean	Univ Paris 11
Psychologie	Pr	RUFO	Marcel	Univ Marseille
Cardiologie	Dr	DOUARD	Hervé	FFCardio
Cancérologie	Dr	MARTEL	Paul	Inra
Médecin Traitant / MG	Dr	GAUTIER	Jean	Asalée
SFMS	Pr	RIVIERE	Daniel	Univ Toulouse
Kinésithérapie	Mr	REMOLEUR	Thomas	St Nom
Traumatologie	Pr	THOREUX	Patricia	Avicenne
Athlètes HN	Mr	DIAGANA	Stéphane	SHN
Fédérations Sportives	Mme	DEYDIER	Brigitte	Entraîneurs
CNOSF	Mr	GALLIEN	Claude-Louis	CNOSF/CIO
Sport Nature	Mr	MENEGOZ	Pierre-Paul	Univ Grenoble
Périscolaire	Pr	SIMON	Chantal	Univ Strasbourg
Scolaire	Mr	BOUJEON	Jean-Louis	ISF
Universitaire	Mr	ALART	Paul	Univ Paris Descartes
Institutions	Dr	HAZEBROUCQ	Vincent	APHP
Mutualités	Mr	MAGNIN	Arnaud	MF, Dir Promotion de Santé
Collectivités territoriales	Dr	DODET	Jean-François	DRASS
Sport adapté	Mme	FAIVRE	Jeanine	FFEPGV
Environnement	Mme	DESQUEYROUX	Hélène	Ademe
Prévention	Pr	TOUSSAINT	Jean-François	IRMES

2. Les objectifs donnés à la commission « Prévention, Sport et Santé »

Le rapprochement entre le monde du sport et de la santé doit s'opérer pour se transformer en une véritable politique de prévention par l'activité physique et sportive.

Par ailleurs, il est scientifiquement établi que la pratique régulière, pendant les loisirs, d'une activité physique modérée a de nombreux effets positifs sur la santé, la capacité fonctionnelle et le bien-être.

La commission « Prévention, Sport et Santé » doit :

Elaborer un Programme national de prévention par les activités physiques et sportives.

La commission « Prévention, Sport et Santé » doit mettre en place les conditions devant permettre à la population française de bénéficier des effets positifs du sport dans la vie quotidienne. Cela passe par l'élaboration d'un dispositif très complet prenant en compte les dimensions sportives, médicales, environnementales, humaines, etc.

Ce dispositif portera le nom de : Programme National de Prévention par les Activités Physiques (PNSAP).

Les objectifs :

- Mettre en place un **Programme national de prévention par les activités physiques et sportives (PNAPS)**. Ce programme s'adresse à l'ensemble de la population française et se situe notamment au niveau de la **prévention primaire**.
- Promouvoir l'activité physique en intégrant plus fortement les professionnels du monde éducatif et sportif dans les démarches préventives.
- Réaliser des « bénéfices » importants en termes de santé publique pour un investissement limité sur le budget ou les ressources humaines de la mission santé.

Ce programme apporte un complément au PNNS (Plan National Santé Nutrition) (*cf les annexes du dossier*) qui se limite à spécifier le besoin d'une pratique quotidienne de 30 minutes de marche ou d'activité physique modérée.

Le PNAPS devra proposer des pistes opérationnelles permettant de répondre à la question : « comment, en fonction de mon âge, de mes antécédents et de mes motivations, puis-je exercer concrètement une telle pratique ? ».

Méthode de travail :

* La commission devra répondre aux problématiques suivantes :

- Quel est le consensus scientifique sur les bénéfices de la pratique d'activités physiques et sportives en matière de **prévention primaire** ?
- Quel est le niveau d'information de la population dans ce domaine ?
- Quelles sont les raisons de la non-pratique d'activités physiques et sportives ?
- Comment adapter les mesures et l'offre sportive aux différentes populations (selon l'âge, le sexe, l'état de santé, la catégorie socioprofessionnelle) ?
- Redonner du crédit, rationaliser et optimiser le certificat médical d'aptitude au sport.
- Comment s'inscrire dans une dynamique de messages et actions positifs permettant une adhésion volontaire au programme ?

* Les propositions d'actions devront prendre en compte :

- L'**adaptation des mesures aux différentes populations** (selon l'âge, le sexe, l'état de santé, la catégorie socioprofessionnelle) ;
- Les acteurs présents et futurs, et de leur intégration au dispositif ;
- Les recommandations qui ont pu être formulées antérieurement par les organismes scientifiques, les sociétés savantes et les groupes d'experts ;
- Les programmes et mesures existants, en France et à l'étranger, dans ce domaine, à leur efficacité et à leur coût ;

- Les gains escomptés en matière de dépenses de santé publique : chacune des propositions devra ainsi être assortie de ses coûts et rendements prévisionnels.

3. Le calendrier prévu par la commission « Prévention, Sport et Santé »

Les conclusions de la commission prendront la forme d'un rapport final comprenant le diagnostic et les orientations qui permettent de concrétiser le lien entre sport et santé. Elles comporteront des recommandations d'améliorations concrètes à apporter dans les différents domaines : technique, institutionnel, scientifique, réglementaire, des formations, des équipements, des pratiques, etc.

Ces conclusions sont attendues pour le mois de septembre 2008 afin que la population française puisse bénéficier de ces propositions dès l'automne 2008. Par ailleurs, le respect de ce délai permettra de disposer des propositions d'actions lors de la présidence française de l'Union Européenne et, ainsi, de pouvoir les faire valoir dans ce cadre.

- **Avril 2008** : Lancement de la commission « *Prévention, sport et santé* » ;
- **Septembre 2008** : Rendu du rapport final définissant le « programme national de prévention par les activités physiques et sportives ».

ANNEXES



Jean-François TOUSSAINT

Professeur de physiologie, Faculté de médecine Paris Descartes.

Praticien hospitalier, Cardiologue, Hôtel-Dieu, AP-HP.

Doctorat ès sciences, Habilitation à diriger des recherches.

Recherches : Physiopathologie cardiaque et vasculaire, dépistage et prévention.

Epidémiologie du sport de haut niveau ; Imagerie fonctionnelle cardiovasculaire.

Membre du collège du Haut Conseil de santé publique.

Président de la commission Prévention et déterminants de santé.

Membre de la commission scientifique n°4, INSERM (2002-2007) Cœur, Muscle, Poumon, Hémostase.

Membre du Conseil National Universitaire de physiologie (2003-2007).

Auteur de plus de 100 articles scientifiques, thèses, livres et présentations en congrès internationaux.

Membre de comités éditoriaux et relecteur de revues scientifiques (Circulation, Nature Cardiovascular Medicine, Arteriosclerosis & Vascular Biology)

Formation : Lycée Jean Bart ; Lycée Louis Le Grand ; Faculté de Médecine Cochin – Port Royal ;
Harvard Medical School

Directeur de l'IRMES, Institut de Recherche bioMédicale et d'Epidémiologie du Sport à l'Insep

Président, Commission d'orientation des Etats Généraux de la Prévention, Ministère de la Santé (2006)

Rédacteur du Rapport « Médecine et Sport », Ministère de la Jeunesse et des Sports (2005)

Volley-Ball : Champion de France 1984, Equipe de France 1980 – 1984.