

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires culturelles et de l'éducation

- Audition, conjointe avec la commission des affaires sociales, de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de Mme Laura Flessel, ministre des sports, sur le thème « Activités physiques, activités sportives et santé » – en présence du docteur Thierry Bouillet, oncologue à l'hôpital américain de Paris, et du docteur Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg... 2
- Présences en réunion 25

Mardi

26 septembre 2017

Séance de 16 heures 25

Compte rendu n° 9

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2016-2017

**Présidence de
M. Bruno Studer,
*Président***
et de
**Mme Brigitte
Bourguignon,
*Présidente de la commission
des affaires sociales***



COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES ET DE L'ÉDUCATION

Mardi 26 septembre 2017

La séance est ouverte à seize heures vingt-cinq.

*(Présidence de M. Bruno Studer, président,
et de Mme Brigitte Bourguignon, présidente de la commission des Affaires sociales)*



La commission des Affaires culturelles et de l'Éducation procède, conjointement avec la commission des Affaires sociales, à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de Mme Laura Flessel, ministre des sports, sur le thème « Activités physiques, activités sportives et santé » – en présence du docteur Thierry Bouillet, oncologue à l'hôpital américain de Paris, et du docteur Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg.

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, je suis heureuse d'ouvrir avec Bruno Studer, président de la commission des affaires culturelles et de l'éducation, cette réunion conjointe de nos deux commissions. Ce format peu courant témoigne de l'importance que revêt pour nous le sujet qui nous occupe aujourd'hui. La force du mouvement sportif français et l'engouement croissant pour la pratique d'activités physiques et sportives – que devrait renforcer la perspective des Jeux olympiques de 2024 – nous offrent une chance incroyable, celle d'améliorer la santé de nos concitoyens, de prévenir certaines pathologies et de contribuer à en guérir ou, à tout le moins, à les rendre plus supportables. Au-delà du bien-être, c'est une question de rationalité puisque des études évaluent à 3 % – soit 6 milliards d'euros, au bas mot – la part des dépenses de santé directement liées à l'inactivité physique. Notre table ronde sera l'occasion de faire le point sur les dispositifs existants en la matière.

Je souhaite la bienvenue à Mme la ministre des solidarités et de la santé et à Mme la ministre des sports, ainsi qu'à nos deux grands témoins, que je remercie d'avoir accepté de participer à notre discussion.

M. le président Bruno Studer. Mes chers collègues, je suis heureux que nous reprenions nos travaux avec nos collègues de la commission des affaires sociales avec qui nous tenons cette audition conjointe sur la santé et le sport – lequel, je le rappelle, est un des domaines de compétence de la commission des affaires culturelles et de l'éducation.

Je remercie Mmes les ministres pour leur présence et leur disponibilité, et je souhaite la bienvenue au Dr Thierry Bouillet, oncologue à l'Hôpital américain de Paris, ainsi qu'au Dr Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg, chargé des questions de santé, dont je connais l'engagement, depuis plusieurs années, en faveur de l'expérience strasbourgeoise du sport-santé sur ordonnance.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Le sujet dont nous discutons aujourd'hui est extrêmement important. Il y va en effet de la santé publique, tant est lourde la charge que représentent les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'obésité, lesquels aggravent, de surcroît, les risques de cancer. Or, l'activité physique joue un rôle majeur dans la prévention primaire de ces maladies, mais également dans la prévention secondaire, qui permet, une fois la maladie déclarée, d'augmenter les chances de survie.

Le premier des quatre axes de la stratégie nationale de santé que j'ai présentée la semaine dernière est précisément la prévention. Il s'agit de changer de paradigme dans la façon dont nous envisageons la santé de nos concitoyens, en passant d'un parcours de soins à un parcours de santé. Cette prévention suppose que nous menions des actions interministérielles de nature à favoriser la prise de conscience par l'ensemble de nos concitoyens de sa nécessité.

En ce qui concerne les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité et le cancer, elle est déterminante. C'est la raison pour laquelle je présenterai, en mars prochain, dans le cadre d'un plan de santé publique, des actions de prévention qui consisteront notamment à promouvoir l'activité physique. À ce propos, il me semble intéressant que nous ayons, au cours de notre discussion, des échanges sur ce qui, dans ce domaine, est utile à la santé. Peut-être, en effet, devons-nous distinguer ce qui relève de la pratique sportive de ce qui relève de l'activité physique au quotidien, la marche par exemple.

Mme Laura Flessel, ministre des sports. Madame la présidente, monsieur le président, je suis très heureuse que vous ayez pris l'initiative de programmer cette audition qui nous permet, à Agnès Buzyn et à moi-même, de venir vous parler du sport-santé. En guise de préambule, j'aimerais vous montrer un film très court qui souligne tout l'intérêt qu'il y a à rapprocher ces deux domaines.

(La discussion reprend après la diffusion d'un reportage audiovisuel.)

C'est une belle initiative que celle du programme RIPOSTE (Reconstruction, Image de soi, Posture, Oncologie, Santé, Thérapie, Escrime), qui vient de nous être présenté. Mais comment aller plus loin ? Car il nous faut aller plus loin. En effet, 59 % des citoyens de l'Union européenne déclarent ne pratiquer que rarement une activité physique et sportive, et 42 % d'entre eux disent n'en pratiquer aucune. Selon l'Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité (Onaps), un Français sur trois a un niveau d'activité physique limité. De fait, l'augmentation de la sédentarité, notamment chez les jeunes, est préoccupante ; ses effets négatifs sur la santé sont de mieux en mieux documentés.

Des études de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) montrent que le sport est bénéfique pour la santé, qu'il s'agisse de la prévention des maladies, de l'accompagnement des personnes malades ou de l'amélioration du processus de guérison ou de rémission. Il n'est donc pas étonnant que les ministres de la santé et des sports aient décidé de se saisir ensemble de cette question, dans l'esprit du travail de co-construction ministériel souhaité par le Président de la République et le Premier ministre.

Nous avons ainsi demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'Inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS) de mener une étude prospective conjointe destinée à dresser un état des lieux des pratiques en matière de sport-santé et à identifier les actions prioritaires à mener ; nous disposerons de cette étude au début de l'année prochaine. Par ailleurs, nous avons lancé avec l'OCDE un programme de travail qui vise à mieux mesurer l'impact des activités physiques et sportives sur les budgets publics dans les pays de l'Union européenne.

De nombreuses initiatives ont vu le jour pour mobiliser l'activité physique et sportive au service de la santé, mais nous manquons de connaissances dans ce domaine encore peu exploré. Dès 2012, les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) ont été invitées à travailler ensemble

pour soutenir les réseaux qui développent des pratiques adaptées aux patients, tels que le réseau EFFORMIP en Occitanie, les dispositifs « Activ'Santé » en Bourgogne-Franche-Comté ou SAPHYR (Santé par l'Activité PHYSique Régulière) en Lorraine.

Par ailleurs, une fédération sportive française sur deux propose des activités autour du sport-santé. Par exemple, le programme RIPOSTE propose aux personnes atteintes d'un cancer du sein de pratiquer l'escrime pour une meilleure récupération fonctionnelle après la chirurgie. La faculté de médecine de Toulouse, notamment le Dr Dominique Hornus, a ainsi créé une formation spéciale pour les maîtres d'armes. Le CHU de Nancy et l'Institut de cancérologie de Lorraine déploient ce programme et viennent de lancer ensemble une étude clinique pour en évaluer l'impact. Le programme « Athlé santé loisir » propose, quant à lui, des activités de marche nordique et de remise en forme aux personnes souffrant de maladies chroniques ; à cet effet, la Fédération française d'athlétisme mobilise 500 clubs, 1 600 entraîneurs et 120 coachs Athlé Santé spécialement formés. Le programme « Rebond », créé par le professeur Didier Blaise à l'Institut Paoli-Calmettes de Marseille, permet à des personnes en rémission après un traitement lourd en onco-hématologie de bénéficier d'un accompagnement assuré par des sportifs de haut niveau – je leur rendrai d'ailleurs visite ce jeudi à Marseille. Quant à la Fédération française de natation, elle propose des actions spécifiques pour les personnes en surcharge pondérale. Enfin, je ne saurais oublier le programme de karaté notamment développé par le Dr Bouillet, ni l'action que mène à Strasbourg le Dr Feltz, qui est l'un des pionniers du sport sur ordonnance, dont il organisera, en octobre, les Assises auxquelles j'assisterai.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a reconnu le principe du sport sur ordonnance, donnant ainsi toute sa place à une véritable coopération entre les professionnels de santé et ceux du secteur sportif, qui proposent ensemble une offre d'activité physique adaptée aux personnes en affection de longue durée.

Le développement de l'activité physique et sportive pour la santé, dont les besoins ne cessent de croître, fut l'un des thèmes de la campagne du candidat Emmanuel Macron, qui s'est engagé à doter le territoire de 500 maisons de sport-santé. Ces maisons, dont la création est inscrite dans ma lettre de mission, nous souhaitons qu'elles soient conçues comme des « *living labs* », c'est-à-dire des lieux d'innovation, rassemblant des professionnels du sport et des personnes éloignées de la pratique sportive, où seront proposés des parcours d'activités physiques et sportives personnalisés. Nous voulons également recourir aux technologies de la réalité virtuelle pour développer des pratiques sportives accessibles au plus grand nombre. Ces maisons seront ouvertes aux activités physiques adaptées qui doivent être pratiquées sur prescription et sous contrôle médical ; nous devons, la ministre des solidarités et de la santé et moi-même, nous assurer de la qualité des bonnes pratiques en ce domaine. Enfin, je vois ces maisons comme des lieux de rencontre et de partage autour du sport, permettant de se réapproprier son corps et de retisser du lien social. Leur conception et leur ouverture feront l'objet d'une collaboration avec les collectivités locales, les clubs, les professionnels et les associations.

Avant de conclure, je voudrais souligner que s'engager pour le sport-santé, cela veut dire aussi s'interroger sur la santé des sportifs, et je sais que c'est également une préoccupation de la ministre de la santé. Le sport ne saurait en effet être associé à des atteintes à l'intégrité physique. Tout doit donc être fait, notamment avec les médecins du sport, pour anticiper et prévenir. De même, le monde sportif doit participer à la diffusion des messages de santé publique. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité que les fédérations sportives se

mobilisent pour les actions développées par Santé publique France. Ainsi, dès novembre 2017, le monde sportif participera à la campagne « Novembre sans tabac ».

En 2024, la France accueillera les Jeux olympiques et paralympiques. Réussir ces jeux contribuera à faire de notre pays une nation plus sportive, ce dont je ne peux que me réjouir car le sport nous rassemble et nous fait du bien.

M. Thierry Bouillet, oncologue à l'Hôpital américain de Paris. Mesdames, messieurs les députés, votre rôle est fondamental. Je lance un appel au secours ! Je ne suis pas un grand témoin, je ne suis qu'un passeur d'espoir, l'espoir de patients cancéreux qui se battent et qui peuvent tirer un bénéfice de la pratique d'une activité physique et sportive.

Lorsqu'un être humain apprend qu'il est atteint d'une maladie cancéreuse, sa vie s'arrête brusquement. Or, la pratique d'une telle activité lui permet – et ce sera mon premier point – d'améliorer sa qualité de vie, de renouer avec l'avenir, de se réapproprier son corps et de lutter contre la fatigue, qui est le premier symptôme de la maladie. En outre, ses chances de survie s'améliorent. L'étude de huit cohortes de femmes atteintes d'un cancer du sein actuellement suivies au plan international permet ainsi de constater que la pratique d'une activité physique entraîne une diminution de 50 % des rechutes ; les données sont les mêmes pour les cancers de la prostate et du côlon. Autrement dit, s'abstenir de mettre en œuvre un programme national d'activité physique, c'est accepter une augmentation des rechutes de 50 %. J'ajoute qu'une amélioration de la qualité de vie permet d'envisager la reprise du travail.

Deuxièmement, comme pour tout médicament – et l'activité physique et sportive en est un, dès lors qu'elle diminue de 50 % les risques de rechute –, une prescription médicale est nécessaire ; elle doit donc être confiée à une personne compétente. Beaucoup d'expériences sont menées sur le terrain : il nous faut désormais identifier qui fait quoi, pour qui et avec quelle formation. Il est en effet nécessaire d'évaluer ce que peut faire le patient. À cet égard, plutôt que de sport, mieux vaut parler d'activité physique adaptée à la volonté du patient, à ses espoirs, à ses envies et aux progrès qu'il va accomplir. Il n'existe pas de programme universel en la matière ; chaque patient confronté à la maladie, en particulier à la maladie cancéreuse, doit se voir proposer une activité adaptée. Aux femmes atteintes d'un cancer du sein, par exemple, on peut proposer, comme on l'a vu dans le reportage, des activités centrées sur les membres supérieurs. Mais elles ne seront pas adaptées aux patients souffrant d'un cancer du côlon ou de la prostate. À chaque patient, à chaque maladie, correspond un protocole particulier.

Troisièmement, le développement de l'activité physique et sportive présente un avantage financier. Comme je l'ai indiqué, pour le cancer du sein, les rechutes peuvent diminuer de 50 % – je parle sous le contrôle du professeur Buzyn.

Mme la ministre des solidarités et de la santé. Il me semble qu'il s'agit plutôt de 30 %.

M. Thierry Bouillet. Actuellement, en cas de rechute, une patiente atteinte d'un cancer HER2+++, qui représente environ le quart des cancers du sein, coûte 8 000 à 10 000 euros par mois. Je vous laisse imaginer les économies que représente une diminution de 30 %, voire un peu plus, des rechutes.

La pratique d'une activité physique est donc bénéfique aux patients et à la société. J'ajoute qu'elle permet la rencontre de trois mondes : celui des malades, celui des sportifs et

celui des médecins, qui, désormais, se parlent au bénéfice de l'ensemble de la population. Il est évident qu'un tel changement de modèle culturel aura des répercussions sur le patient cancéreux lui-même, qui aura moins de risques de souffrir d'un diabète, de maladies cardiovasculaires, de la maladie d'Alzheimer ou d'un deuxième cancer. Non seulement il vit mieux son cancer, mais il est moins malade, et il est évident qu'il encouragera efficacement les membres de son entourage à pratiquer une activité physique et sportive.

Nous y croyons ! Pour ma part, je suis oncologue dans un CHU de l'Assistance publique, l'hôpital Avicenne, à Bobigny, qui accueille des patients en situation difficile. La Fédération nationale CAMI Sport & Cancer propose, dans 72 centres, une activité sportive adaptée à l'ensemble des pathologies, à plus de 5 000 patients par an. La vie de ces patients change, on peut le constater, et ils retrouvent le bonheur.

Si le ministère des sports et celui de la santé veulent promouvoir une activité physique et sportive adaptée, ils doivent rassembler les multiples expériences qui existent – aucune n'est supérieure aux autres –, établir des critères d'évaluation et de qualité. Alors, on pourra rendre l'espoir au patient, et d'individuel cet espoir deviendra collectif car nous aurons contribué à diminuer le nombre des malades du cancer – et ainsi, accessoirement, je serai moins fatigué. Merci pour votre aide ! (*Applaudissements.*)

M. Alexandre Feltz, adjoint au maire de Strasbourg. Adjoint au maire de la ville de Strasbourg, qui a inscrit le sport-santé dans une dimension territoriale, j'ai également l'honneur de coordonner le réseau « Villes-santé » de l'OMS, qui regroupe soixante communes françaises. J'ai eu l'occasion de réaliser, en tant que médecin généraliste, plusieurs centaines de prescriptions de sport-santé.

On parle de sport-santé sur ordonnance, mais c'est une sorte de sigle de communicant : plutôt que de sport, il s'agit en fait d'une activité physique. Lorsqu'avec le maire de Strasbourg, Roland Ries, nous avons lancé cette initiative, nous avons décidé de proposer, avec l'organisme qui gère le service de vélos en libre-service de la ville, le Vélhop, de mettre à disposition 100 vélos sur ordonnance. Cependant, après quelques mois, nous avons constaté que ces vélos n'étaient pas utilisés. Pourtant, les médecins avaient repéré les malades, s'étaient efforcés de les convaincre et les avaient orientés vers des éducateurs sportifs formés. En fait, 70 % des malades concernés ne savaient pas faire de vélo... Il faut en déduire que la sédentarité favorise la survenue de maladies chroniques, et aggrave la maladie lorsqu'elle s'est déclarée. Nous avons donc créé une École de vélo pour ces malades chroniques d'âge mûr et âgés. Le sport-santé, c'est avant tout la pratique d'une activité physique.

En tant que médecin généraliste, je préconise depuis longtemps la pratique d'une activité physique, car je suis convaincu de son utilité pour la prévention, primaire et secondaire, des maladies. Mais mes efforts étaient vains, en raison de freins culturels ou sociaux. Comme vous le savez, les affections de longue durée touchent trois fois plus les populations les plus pauvres. Or, l'une des inégalités sociales en matière de santé est l'inégalité d'accès à l'activité physique et sportive.

L'ensemble des 300 médecins généralistes de Strasbourg a prescrit une activité physique à plus de 2 000 patients cancéreux, hypertendus, obèses, souffrant de maladies cardiovasculaires stabilisées ou séropositifs. Dans ce cadre, le médecin traitant fait son travail de repérage, d'accompagnement et de motivation, puis il oriente le patient, en lien avec le médecin spécialiste, vers l'équipe municipale de sport-santé ou, dans d'autres villes, l'office

municipal des sports, un centre médico-social ou une association. Le patient est ensuite accueilli par des intervenants spécialisés, qui dressent un bilan de ses capacités physiques avant de lui proposer une activité adaptée. L'intervenant tient le médecin généraliste informé, de sorte que celui-ci peut interroger et motiver son patient et dispose, dans son logiciel professionnel, de propositions d'activité physique. Un lien se crée ainsi entre ces mondes autour de l'usager, du malade chronique, notamment lorsqu'il est issu des populations les plus défavorisées.

Au plan sanitaire et social, les résultats sont également très importants. Dans le cas, par exemple, des diabètes non insulino-dépendants, dits diabètes « gras », dont le nombre explose, la pratique d'une activité physique permet de réduire de moitié le coût de prise en charge d'un patient. Des sommes considérables sont donc en jeu. De fait, lorsqu'on prescrit un traitement contre le diabète ou l'hypertension, on sait que le patient devra suivre ce traitement à vie. Or, cette thérapie non médicamenteuse permet de diminuer – rapidement, dans le cas du diabète – ce traitement, voire de l'arrêter. (*Applaudissements.*)

Mme la ministre des solidarités et de la santé. Nous sommes tous convaincus dans cette salle du fait qu'il faut combattre la sédentarité : c'est un enjeu de durée et de qualité de vie ; c'est un enjeu pour les malades en termes de récurrence, notamment ceux atteints d'un cancer.

Comment combattre cette sédentarité ? Comment faire changer l'état d'esprit des Français ? Les enjeux ne sont pas les mêmes pour la prévention primaire et secondaire. Les activités physiques et sportives vont devoir être personnalisées et adaptées aux besoins de la personne en fonction de son cadre de vie, de ses activités professionnelles et familiales, de ses pathologies. Tout l'enjeu va être de pouvoir orienter les personnes vers l'activité la plus appropriée en fonction de leurs besoins et de leurs déterminants médicaux. Dans certains cas, ce pourra effectivement être une activité physique avec des coaches sportifs ; dans d'autres, il s'agira simplement de favoriser la marche à pied pour 30 minutes – ou 6 000 pas – par jour, identifiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le déterminant principal de la lutte contre la sédentarité.

Comment faire coexister toutes les initiatives – celles des professionnels de santé, bénéfiques pour leurs patients, celles du ministère des sports, celles concernant la prévention primaire prévues dans le cadre de la stratégie nationale de santé – pour que tous les Français puissent accéder de façon personnalisée à l'activité physique ou à l'activité sportive qui sera pour eux la plus adaptée ? Là est le cœur du débat. Pour cela, il convient d'évaluer l'offre dont nous disposons et d'éviter que certaines personnes ne soient engagées dans des pratiques qui ne leur correspondent pas. Au-delà de l'évaluation purement médicale, il faut donc également prendre en compte le besoin, le ressenti des personnes par rapport à leur cadre de vie et à leur quotidien, leurs préférences. Telles sont les questions que nous devons nous poser collectivement pour proposer à l'ensemble des Français une solution qui leur soit adaptée.

M. le président Bruno Studer. Mes chers collègues, notre temps étant limité et compte tenu du nombre important de députés présents, je vous invite à vous exprimer le plus brièvement possible, à ne poser qu'une seule question et à passer votre tour si une question similaire a déjà été posée.

M. Patrick Vignal. Je me réjouis qu'enfin la ministre des sports et la ministre de la santé travaillent de concert, comme je me réjouis de l'obtention des Jeux olympiques.

Cela néanmoins n'est pas suffisant pour développer en France une dynamique du sport. Le sport dans notre pays n'est pas considéré à sa juste valeur et souffre d'un manque persistant de crédits : à l'école, au collège, au lycée ou à l'université, le sport et les arts martiaux sont les parents pauvres de l'enseignement.

Il est important que le sport investisse l'espace public, les parcs et les jardins. Les nouvelles technologies permettent désormais, notamment grâce aux machines de plus en plus performantes, une pratique du sport accessible au plus grand nombre. Ce qu'il faut, plutôt que de multiplier des dispositifs coûteux, c'est convaincre les Français, qui sont aujourd'hui, notamment du fait du stress, les plus grands consommateurs de médicaments, des bienfaits du sport. Pour mettre en mouvement une France dynamique, il faut également engager des partenariats avec les assurances privées et les clubs de sport : on sait à quel point la rémission d'une maladie est favorisée par un rapport sain à son corps, sans parler des économies que cela permettrait à la Sécurité sociale de réaliser.

J'appelle donc tous mes collègues parlementaires à faire pression sur le Gouvernement pour qu'il engage des moyens qui, à long terme, seront rentabilisés.

Je conclurai en vous citant l'exemple de Montpellier, où un programme de sport solidaire a permis à plus de huit cents femmes, grâce à la pratique d'une activité physique deux fois par semaine, de reconquérir une estime de soi, d'arrêter la prise de Subutex, et parfois de retrouver leurs enfants.

Mme Annie Genevard. De plus en plus de voix s'élèvent pour s'inquiéter des effets qu'une pratique excessive des écrans produit sur la santé des enfants. On parle d'effets sur le corps : en quarante ans, les enfants auraient perdu 25 % de capacités cardio-vasculaires, mais aussi d'effets sur le comportement – isolement social et psychologique – ou encore sur les capacités d'apprentissage. Tout encourage pourtant à l'usage des écrans, y compris dans les pratiques de ceux dont on ne peut pas douter qu'ils veulent le bien des enfants – je pense aux parents et aux enseignants.

Comment donc prévenir l'usage excessif des écrans ? Dans le programme de prévention que vous souhaitez mettre en œuvre, y aura-t-il un volet consacré à ce problème ?

M. Belkhir Belhaddad. Le sport est une pratique sociale qui concerne en France 18 millions de licenciés, mais plus de 22 millions de Français si l'on compte les personnes pratiquant le sport au moins une fois par semaine. Il est un vecteur de cohésion sociale et une source d'attractivité économique pour nos territoires ; on a évoqué ses aspects bénéfiques pour le bien-être et la santé.

L'obtention des jeux par Paris en 2024 est une formidable chance d'aller encore plus loin et, ayant occupé pendant plus de dix ans les fonctions d'adjoint au sport, je ne peux que partager l'ambition affichée par les ministres.

Dans le cadre du sport-santé, j'aimerais néanmoins vous interroger sur les difficultés auxquelles se heurte la mise en œuvre du décret du 30 décembre 2016, qui fixe notamment les conditions de dispensation d'une activité physique adaptée, prescrite par un médecin traitant. Ces activités en effet ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie et demeurent actuellement à la charge des patients et des collectivités. Est-il prévu d'allouer des moyens supplémentaires aux ARS ? Peut-on envisager de mobiliser d'autres fonds, dans le cadre du

financement de l'innovation ? Enfin, qu'en est-il de la question de la formation et des qualifications des encadrants ?

M. Régis Juanico. Pour avoir figuré, avec Brigitte Bourguignon, parmi les quatre députés qui ont inscrit le sport sur ordonnance et l'activité physique adaptée pour les malades chroniques dans la loi santé de 2016, je mesure toute la difficulté du combat en faveur du sport-santé-bien-être. Nous accusons un gros retard par rapport aux autres pays européens, et je me réjouis qu'une nouvelle impulsion soit donnée à ce dispositif que nous avons inscrit dans la loi. L'élaboration du décret d'application a également été un long combat, notamment pour que s'articulent correctement les rôles des différents acteurs : professionnels de santé, enseignants d'activité physique et adaptée, bénévoles et éducateurs sportifs. La prochaine bataille doit porter sur la formation initiale et continue des médecins généralistes. Va-t-on enfin, dans les facultés de médecine, sensibiliser les futures générations de médecins au sport sur ordonnance ?

Vous avez cité les pratiques exemplaires en région, qui peuvent s'appuyer sur des réseaux régionaux sport-santé-bien-être coordonnés. Mais quand disposera-t-on d'une politique publique nationale, qui permette de standardiser ces pratiques et de les généraliser à l'ensemble du territoire ?

En matière de financement enfin, l'activité physique adaptée est soutenue depuis 2012 par le Fonds d'intervention régional (FIR), cofinancé par vos deux ministères, *via* les ARS et les DRJSCS. Allez-vous le faire monter en puissance, afin d'aider les réseaux ?

Certaines assurances complémentaires, telle la MAIF, proposent un forfait annuel de 500 euros pour la prise en charge des activités physiques adaptées, mais quand l'assurance maladie prendra-t-elle enfin en charge une partie du remboursement des prescriptions ? Les dépenses de santé liées aux pathologies et au traitement des maladies chroniques coûtent aujourd'hui 95 milliards d'euros à la société, dont 20 milliards pour l'obésité. On voit donc aisément quel gisement d'économies pour notre système de santé ces prescriptions peuvent permettre d'exploiter.

Mme la ministre des solidarités et de la santé. Madame Genevard, de très nombreux rapports scientifiques ont été produits mettant en lumière le rôle néfaste des écrans sur le développement des très jeunes enfants et sur l'augmentation de la sédentarité, avec les incidences que l'on sait sur les risques de surpoids ou d'obésité. Nous prévoyons donc naturellement dans le plan national de santé publique qui vous sera présenté en mars prochain un volet prévention comportant un axe de travail sur l'addiction aux écrans des tout-petits. Nous y travaillons d'ores et déjà avec Jean-Michel Blanquer, très mobilisé sur cette question pour ce qui concerne les enfants en âge scolaire.

S'agissant de l'activité physique adaptée, il est clair qu'aujourd'hui les médecins traitants sont très mal outillés pour la prescrire. C'est la raison pour laquelle, lorsque j'étais présidente de la Haute autorité de santé, j'avais lancé un programme d'aide à la prescription de mesures de prévention par les médecins généralistes ou spécialistes, centré prioritairement sur la prescription de l'activité physique adaptée et sa prise en charge. Ce travail, au sujet duquel la HAS rendra ses conclusions au printemps prochain ne se limite pas au sport mais englobe également la diététique ainsi que de nombreuses autres mesures de prévention, qu'il faut évidemment accompagner d'outils à destination de l'ensemble des professionnels de santé. Un ensemble de bonnes pratiques doivent être identifiées scientifiquement pour aider

les médecins dans leurs prescriptions et mieux former les étudiants. La formation dispensée en faculté de médecine est en effet très lacunaire aujourd'hui.

Pour ce qui est de la prise en charge de l'activité physique adaptée, si elle n'est pas systématique, c'est qu'il reste à clarifier ce qui est vraiment utile au malade. S'il a bien été prouvé qu'elle réduisait le risque de récurrence après un cancer du sein, ce n'est pas avéré pour tous les cancers.

Monsieur Juanico, vous avez évoqué le FIR. Le plan cancer prévoit qu'il puisse en effet financer une partie des soins de support, par l'intermédiaire des centres de coordination en cancérologie (3C) mais, là encore, l'activité physique adaptée n'est concernée que pour les pathologies dans lesquelles elle a scientifiquement prouvé son efficacité. Pour celles dont ce n'est pas le cas, il est indispensable en effet de s'assurer qu'elle n'est pas, au contraire, contre-indiquée, même si nous avons intuitivement le sentiment que l'activité physique est toujours bénéfique.

Se pose par ailleurs la question de la nature même de cette activité physique adaptée : doit-on envisager pour le patient une activité spécifique pratiquée avec un coach sportif où s'agit-il simplement de l'inciter à bouger ou à marcher quotidiennement ?

Cela revient à nous interroger sur ce qui doit être réellement pris en charge, en cas de prescription d'une activité physique. Si l'on connaît l'utilité de l'activité physique adaptée dans la prévention secondaire de certaines maladies, en matière de prévention primaire, on parlera simplement d'activité physique. Or il n'y a pas lieu *a priori* de considérer que l'activité physique doit être remboursée par la Sécurité sociale. Il faut surtout en développer la pratique, faire évoluer les mentalités ou mettre en place des programmes incitatifs adaptés, comme cela se fait dans d'autres pays – je pense en particulier au plan « marche » qui, au Danemark, a permis de mobiliser la population, grâce notamment à des aménagements urbains destinés à faciliter les déplacements à pied.

Il faut donc rembourser certains soins et accompagner le développement de certaines pratiques, mais les financements devront s'adapter en fonction des pathologies, sachant que l'assurance maladie ne peut assumer seule la totalité des prises en charge.

Mme la ministre des sports. Plusieurs d'entre vous ont évoqué les Jeux olympiques et paralympiques de 2024. Comme vous, je pense qu'il faut nous saisir de cette chance pour développer dans notre pays, qui aime le sport, une véritable culture sportive.

Dans cette perspective, nous travaillons avec le ministre de l'éducation nationale au développement précoce de l'éducation sportive à l'école, afin d'améliorer la prévention et – pourquoi pas ? – la détection des aptitudes.

Cela participe de l'une des actions qui découle de ma lettre de mission : donner une impulsion à « la France qui bouge », en générant dans le sport trois millions de pratiquants supplémentaires. Nous disposons de tous les programmes nécessaires pour le faire : il s'agit simplement de faire bouger les lignes.

Afin de lutter contre la sédentarité, qui est une cause d'augmentation du nombre de maladies chroniques, notre objectif est de diffuser une véritable culture du sport, qui permette à chacun, en particulier aux personnes atteintes par une affection de longue durée, d'avoir une activité qui corresponde à ses besoins.

L'objectif est aussi de s'adapter aux évolutions de la population. Les lieux et les heures de pratique ne sont plus les mêmes qu'avant, et nous devons travailler avec les élus en charge du sport pour imaginer de nouveaux espaces où le sport puisse créer du lien entre les gens, et répondre, avec de nouveaux moyens, aux nouveaux besoins de la population. Nous avons rencontré pour cela les responsables de l'Association nationale des élus en charge du sport (ANDES), et le processus est engagé.

Nous travaillons également activement avec les ARS au développement du sport-santé, que le ministère finance avec les agences. Les médecins, sur le terrain, sont convaincus de l'importance de l'enjeu, et c'est avec eux que nous devons avancer, y compris pour convaincre les praticiens récalcitrants. Si l'on parvient à créer un électrochoc permettant de faire disparaître les mauvaises pratiques, le pari sera gagné.

Depuis quatre mois que nous travaillons, nous avons rencontré les mutuelles pour leur présenter notre projet de maisons de sport-santé, destiné à proposer un accompagnement personnalisé à ceux qui le souhaitent ou en ont besoin.

Lorsque l'on sait qu'en Seine-Saint-Denis, 50 % des enfants de onze ans ne savent pas nager, on comprend l'urgence de créer des structures adaptées, c'est-à-dire qui associent aux infrastructures un accompagnement performant.

M. Alexandre Feltz. J'ai évoqué Strasbourg au sujet du réseau national des villes sport-santé sur ordonnance, mais il faudrait aussi citer Blagnac, Biarritz, Saint-Paul de La Réunion, Boulogne-sur-Mer ou Rennes, autant de villes où les médecins généralistes se sont pleinement impliqués dans notre projet. Aujourd'hui, le binôme gagnant, c'est le médecin généraliste et l'intervenant spécialisé dans l'activité physique : leur collaboration et leur coordination garantissent la cohérence et la pertinence du dispositif, le généraliste ayant pour mission de suivre les malades chroniques, de les orienter et de les motiver. Partout où l'on a installé ces dispositifs – ce sera demain le cas à Sète, à Saint-Quentin-en-Yvelines, à Carcassonne et en Polynésie française –, les médecins généralistes se sont fortement engagés.

J'insiste également sur le fait que l'organisation de l'espace urbain est très importante, qu'on soit dans l'optique de la prévention primaire ou de la prévention secondaire. Strasbourg s'est évidemment intéressée au vélo, mais elle a également voulu favoriser la marche, avec le dispositif VITABOUCLE, qui propose des itinéraires équipés d'agrès sport-santé accessibles à tous.

Afin de dépasser la seule population des malades en prévention secondaire et de manière à sensibiliser l'ensemble de la population à la prévention primaire, nous allons également installer au sein des Bains municipaux, à l'occasion de leur rénovation, une maison du sport-santé très intégrée, qui comportera notamment un institut de recherche sur le sport-santé dont la gestion sera confiée à une structure de l'économie sociale et solidaire. Une place particulière sera réservée aux enfants, pour lesquels nous avons créé le dispositif PRECCOSS (PRise En Charge Coordinnée des enfants Obèses et en Surpoids à Strasbourg).

Les bassins enfin resteront dédiés à la natation car, pour faire écho aux propos de la ministre, il est essentiel de combattre les inégalités sociales très fortes qui existent dans l'accès aux activités physiques de base comme la natation ou le vélo.

M. Thierry Bouillet. Je voudrais en premier lieu insister sur le fait que la prévention dans la population générale et chez les patients obéit à deux problématiques distinctes.

Cela étant dit, il est bien sûr essentiel de développer les prescriptions médicales, de former les médecins généralistes et les spécialistes, mais il faut surtout qu'il existe une offre sur le terrain, sans quoi, on aura beau avoir avec nous la Sécurité sociale, les mutuelles et les fédérations, nous n'aurons, d'un autre côté, que des patients frustrés.

J'insiste également sur le fait que les intervenants sportifs doivent recevoir une formation spécifique et proposer des activités s'inscrivant dans la durée, car l'objectif n'est pas de se relever d'un cancer par quelques mois d'activité physique mais de poursuivre pendant plusieurs années.

Or, il n'est pas évident de donner aux gens l'envie de se dépasser. Il faut leur proposer pour cela une offre évolutive. C'est pour cette raison que des associations comme la fondation Siel bleu, que certaines fédérations Siel bleu ou la Fédération nationale CAMI Sport & Cancer proposent aux malades des pratiques évolutives et diversifiées qui ne riment pas seulement avec recherche médicale mais aussi avec plaisir et bonheur.

Mme Marie-George Buffet. Je me félicite de cette table ronde et de la décision de faire progresser les maisons du sport-santé. Cela va permettre de faire converger toute une série d'initiatives en direction du public. Ces jours-ci se déroule la semaine « Sentez-Vous Sport », lancée par le Comité national olympique et sportif français (CNOSF) ; septembre est également le mois de la fête du sport, et je ne parle pas de l'action de toutes les associations qui travaillent avec les hôpitaux et les médecins.

Reste la question du financement. Vous avez évoqué les collectivités, mais vous savez dans quelle situation elles sont, alors que l'on vient encore de leur demander de diminuer leurs dépenses. Il faut être conséquent dans ses discours : on ne peut pas à la fois leur demander de financer davantage et de dépenser moins. Il faudra donc trouver de réelles sources de financement pour les maisons du sport-santé.

Je m'étonne, par ailleurs, que l'on ne parle pas davantage des enfants, car la sédentarité et l'obésité concernent en France des centaines de milliers d'enfants. Il faut donc valoriser beaucoup plus l'éducation physique et sportive tout au long de la scolarité, de la maternelle à l'université, car l'université française ne le fait absolument pas pour les étudiants. Sans doute ne me ferai-je pas que des amis, mais je pense que l'initiation à la pratique sportive en maternelle et en primaire doit être entièrement repensée, en se demandant s'il est pertinent d'en laisser la responsabilité aux seuls professeurs des écoles.

Se pose également la question de l'accessibilité et des inégalités territoriales. Vous avez rappelé, madame la ministre des sports, que 50 % des enfants de la Seine-Saint-Denis ne savaient pas nager. D'où l'urgence de lancer un plan d'infrastructures et de clubs permettant aux enfants comme aux adultes d'avoir accès à la pratique sportive.

Enfin, vous avez dit que les Jeux olympiques étaient une chance : saisissons-en nous, et j'espère que le budget du ministère des sports sera à la hauteur de ce beau défi.

M. Marc Delatte. Il y aurait lieu de se réjouir, car nous jouissons en France d'une espérance de vie parmi les plus élevées au monde. Ce constat masque cependant de profondes inégalités, puisque, du fait des comportements à risques, un quart des décès surviennent avant l'âge de soixante-cinq ans, liés à des cancers ou à des maladies cardiovasculaires.

Par ailleurs, 30 à 50 % des enfants se situent dans la zone pondérale du surpoids ou de l'obésité, et il faut combattre l'idée reçue selon laquelle cela s'arrange à l'adolescence : en tant que médecin, je peux vous affirmer que 80 % des troubles persistent à l'âge adulte et témoignent de profondes inégalités au sein de la population. Ainsi, une étude INCA (étude individuelle nationale des consommations alimentaires) révélait il y a dix ans que 7 % des enfants de cadres et de profession libérales étaient en surpoids, contre 25 % d'enfants de chômeurs. On a donc tout intérêt à combattre l'obésité liée à la sédentarité. Et je ne parle pas du diabète, qui absorbe 15 % des dépenses de santé, ou du tabac, dont le coût social équivaut à 3 % du PIB.

La prévention doit être précoce et quotidienne, au sein de l'ensemble des lieux de vie – en famille tout particulièrement au moment des repas, à l'école, dans les associations ou le milieu professionnel. C'est aussi une affaire de proximité, qui exige des aménagements urbains, surtout dans les quartiers défavorisés. Elle passe enfin par tout un parcours d'éducation thérapeutique, notamment dans le cadre de la prévention secondaire, pour donner au patient les compétences lui permettant d'être acteur de sa propre santé.

Je terminerai par trois messages simples :

La prévention, c'est lutter contre les inégalités et la précarité, car les plus fragilisés paient un lourd tribut en termes d'espérance de vie et de morbidité.

En matière de prévention, proximité et accompagnement sont les maîtres mots.

En matière de santé enfin, il faut toujours raisonner en termes d'investissement et non en termes de coûts.

Mme Martine Wonner. Ma question portait sur les coûts et le financement des dispositifs mais il y a déjà été répondu.

M. Pierre-Yves Bournazel. Qu'en est-il des personnes âgées ? Quelle est la politique du Gouvernement pour favoriser le bien-être, la prévention mais également l'accès à une pratique sportive chez ces personnes, notamment au sein des EHPAD ?

Mme Maud Petit. Pourquoi ne pas envisager de développer cette forme de sport en plein air qu'est le *street workout*, qui pourrait être un bon moyen de diffuser la prévention ? Il s'agit d'installer dans l'espace public des infrastructures en accès libre, permettant une pratique du sport simple et accessible. Ce type de matériel est un bon moyen pour combattre l'obésité, le diabète, l'hypertension et un grand nombre d'autres pathologies. C'est également un remède à moindre coût, puisqu'une installation coûte aux environs de 10 000 euros. Il permettrait par ailleurs de toucher un public élargi, des jeunes et moins jeunes jusqu'aux seniors. Comment pourrait-on donc inciter les communes à généraliser ce type de structures ?

Mme Laura Flessel, ministre des sports. Gérer la pratique sportive tout au long de la vie fait également partie de ma lettre de mission. Dans cette perspective, nous lançons demain pour les plus jeunes, avec Jean-Michel Blanquer, le label « Génération 2024 ». Il s'agit, avec l'Éducation nationale, de permettre aux jeunes, valides ou en situation de handicap, d'accroître leur pratique du sport tout au long de la scolarité.

Par le biais de la Fédération française handisport, nous allons également lancer des activités mixtes où les écoliers valides seront placés en situation de handicap, afin de créer du lien.

À l'Université, nous travaillons avec Frédérique Vidal pour remédier au fait que seuls 2 % des étudiants ont une pratique sportive régulière, ce qui est un paradoxe lorsque l'on sait que les sportifs de haut niveau sont souvent sollicités pour parler devant les étudiants des analogies entre le sport et les études supérieures, sous l'angle de la résistance mentale à la pression face à de gros engagements. Notre idée est donc de réfléchir aux différentes passerelles pouvant être bâties entre les deux univers, pas seulement au travers de la formation en sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS), mais également dans le champ de la pratique sportive.

En ce qui concerne l'espace urbain, dans de nombreuses villes, les élus en charge des sports s'attachent déjà à optimiser l'espace. J'attire cependant votre attention sur un point : une activité sportive nécessite un accompagnement, en particulier dans le cadre de certaines maladies comme l'obésité. On doit donc imaginer des lieux accessibles avec des horaires ouverts et des encadrants disponibles, dont il est important de valoriser le travail. Dans ces conditions, chacun pourra pratiquer à son rythme, à sa manière et selon ses envies. C'est en tout cas la logique de notre démarche.

S'agissant des EHPAD, c'est une question sur laquelle nous nous penchons. Il existe déjà des programmes dans certains établissements – les animateurs nous disent qu'il est plus facile d'attirer les personnes vers le tir à l'arc que vers la marche...

Nous travaillons enfin, avec les ministères de la santé et de la défense, pour que les militaires blessés et les personnes en situation de handicap à la suite d'un accident puissent avoir une activité physique plus soutenue.

M. Gilles Lurton. Nous ne pouvons qu'approuver le lien que vous établissez entre sport et santé. L'amendement à la loi de modernisation de notre système de santé qui a permis la prescription d'activité physique par ordonnance a été déposé par Mme Fourneyron et voté, je crois, à l'unanimité. Le décret est paru presque un an après. Il a déjà été question des limitations financières de ce dispositif : j'approuve les propos de Mme la ministre de la santé sur le fait que certains sports méritent d'être remboursés, et d'autres pas, mais si certains doivent l'être, il faudra agir. D'autre part, l'article 144 limite la prescription d'activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Or le sport est important pour tous. La prévention est essentielle, vous l'avez dit, madame la ministre, et il faudra donc là aussi aller plus loin.

J'ajoute que, s'il est indispensable de former les médecins, c'est aussi le cas de ceux qui devront appliquer ces prescriptions ; les collectivités locales devront également être aidées.

Mme Florence Granjus. J'appelle votre attention sur les inégalités de genre en matière d'accès au sport. Dans certaines activités, les filles sont trois fois moins nombreuses que les garçons. Envisagez-vous de conduire des actions spécifiques ?

M. Alexandre Feltz. On peut avoir l'impression que les Jeux olympiques sont bien éloignés de ce dont nous parlons ici. Mais il existe une étude d'impact en santé, intégrée au dossier de candidature, qui montre que la perspective des Jeux peut au contraire soutenir la motivation de tous les acteurs, et contribuer à augmenter très largement l'activité physique et sportive. La ville et l'Eurométropole de Strasbourg sont candidates pour mener des expérimentations et évaluer les effets de l'événement. Comme dans toutes les grandes villes, plus des trois quarts des habitants font moins d'une demi-heure d'activité physique par jour :

six mois plus tard, la mobilisation des acteurs aura-t-elle permis de changer cet état de choses ?

En ce qui concerne l'aspect financier, la participation au dispositif sport-santé à Strasbourg est gratuite la première année, et payante en fonction du quotient familial les deuxième et troisième années. Cela est possible grâce à l'engagement de la collectivité mais aussi de l'agence régionale de santé (ARS), de la direction régionale de la jeunesse et des sports et du régime local d'assurance maladie propre à l'Alsace et à la Moselle.

L'ordonnance qui prescrit l'activité physique ne permet aujourd'hui aucune prise en charge par la Sécurité sociale, ce qui représente un véritable obstacle. La Sécurité sociale doit s'engager. J'entends bien les contraintes que cela impliquerait, mais ce n'est pas si cher : dans les réseaux généralistes, il faut compter 500 euros par an, et la pratique sportive coûte autour de 200 euros. Nous pourrions prendre exemple sur les substituts nicotiques, pour lesquels il existe une prise en charge forfaitaire de 150 euros par an. Il faut à mon sens combiner aide publique et participation des personnes concernées.

La science nous montre que l'activité physique est un médicament : si elle n'est pas accessible à tous, alors nous contribuons à aggraver les inégalités sociales en matière de santé – domaine où la France n'est pas en avance. La solidarité nationale doit intervenir, d'autant qu'elle serait gagnante, puisque les dépenses de la Sécurité sociale en seraient très rapidement diminuées.

Mme la ministre des solidarités et de la santé. Il existe un risque majeur de dérive en matière de remboursement. Mon plan vise avant tout un changement culturel. Il faut mettre l'accent sur l'activité physique dès la maternelle. J'ai travaillé avec Mme Genevard au Conseil supérieur des programmes : l'éducation à la santé, notamment à l'activité physique, doit intervenir dès la maternelle pour obliger les enfants à bouger.

Tout ne doit pas être prescrit par ordonnance ! Ce serait déresponsabiliser les citoyens. Non, nous devons changer notre façon de vivre, nous devons adapter nos villes, faciliter l'accès à l'activité physique standard et à la pratique sportive. Bien sûr, les mutuelles peuvent intervenir pour les malades. Mais l'enjeu financier, j'y insiste, est majeur, et il serait très difficile de placer le curseur – à partir de quel surpoids rembourse-t-on ? J'en appelle donc à la plus grande vigilance. Prescrire une activité physique quand il est prouvé qu'elle offre un vrai bénéfice, oui ; tout rembourser, non. Nous avons tous envie que les Français bougent, mais attention aux dérives possibles.

M. Thierry Bouillet. J'approuve entièrement vos propos, Madame la ministre : il est essentiel de changer les pratiques de l'ensemble de la population. Je souligne qu'une étude de la CAMI montre que le fait que le patient exerce une pratique sportive avant la maladie triple l'acceptation du programme d'activité physique thérapeutique : lorsque c'est le médecin qui pratique, la probabilité qu'un tel parcours soit proposé est doublée. Un médecin sportif ou un malade sportif penseront ainsi plus souvent au sport lorsque survient une maladie chronique.

M. Philippe Berta. Aujourd'hui, 15 % de la population est obèse et la moitié est en surpoids : il faut prêter attention à ces chiffres pour assurer l'avenir de la Sécurité sociale.

Je voudrais insister sur le fait que la pratique sportive doit être adaptée, car les malades ont des contraintes particulières. Par ailleurs, les enfants en surpoids expriment souvent un mal-être, ont souvent une mauvaise image de leur corps et donc une attitude très

négative vis-à-vis du sport. Il faut ainsi éviter le sport-compétition. Avez-vous réfléchi à cette nécessaire adaptation aux différents publics, notamment chez les plus jeunes ?

M. Alain Ramadier. Un groupe de travail réuni par la direction générale de la santé (DGS) a rendu un rapport intitulé « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? » Il a notamment mis en avant l'importance d'une catégorisation des patients porteurs de pathologies chroniques en fonction du niveau de limitation de leurs capacités fonctionnelles et l'intérêt d'envisager une stratégie de formation pour les professionnels concernés. Cela paraît indispensable pour cette petite révolution que constitue dans notre pays le sport sur ordonnance.

Quelles sont en la matière les priorités du Gouvernement, notamment en matière de contrôle de ces critères ? En particulier, pour les associations qui seront amenées à intervenir dans ce domaine, un contrôle soutenu de l'État sera nécessaire : toutes ne réunissent pas nécessairement l'ensemble des compétences nécessaires. Ce dispositif doit être bien encadré pour réussir.

Mme Stéphanie Rist. Comment le sport peut-il s'intégrer à un parcours de soins, que les patients soient en ALD ou non – je pense notamment à l'arthrose ? Pourquoi ne pas proposer aux éducateurs en sport et santé de participer aux maisons de santé pluriprofessionnelles, ce qui faciliterait le lien entre les professionnels mais aussi l'accès au sport, en zone rurale notamment ?

Mme Josiane Corneloup. Nous sommes unanimes pour développer la prévention, afin de lutter contre l'obésité, le stress, l'addiction ou certaines pathologies chroniques. Faire de la prévention une priorité de notre politique de santé me paraît louable, tant au regard du développement de l'espérance de vie en bonne santé que des économies réalisées sur les coûts de prise en charge de la maladie. De nombreuses associations œuvrent dans ce domaine, et certaines mutuelles, par exemple des agents des services publics locaux, accompagnent leurs adhérents en matière de nutrition et d'activité physique. Je me réjouis de la multiplication des initiatives.

Néanmoins, les dépenses publiques consacrées à la prévention sont très difficilement identifiables dans les projets de lois de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), qu'il s'agisse de la médecine du travail, de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile, du dépistage, des vaccins ou des programmes spécifiques. La transparence est nécessaire. Ne serait-il pas opportun de prévoir un chapitre spécifique, ainsi que de rendre publiques les sommes consacrées à la prévention au titre du Fonds d'intervention régional par chaque ARS ?

Mme la ministre des sports. Nous entendons en effet travailler avec les maisons de santé pluriprofessionnelles et les professionnels du sport.

Le but de cette initiative n'est pas de détecter des champions, mais d'accompagner des personnes atteintes d'affections de longue durée. Des programmes consacrés aux personnes obèses existent déjà, avec un suivi par des spécialistes ; leurs résultats sont encourageants. Nous espérons ouvrir, au cours du quinquennat, 500 maisons « sport, santé, bien-être » pour répondre à la demande. Les mutuelles veulent nous soutenir, ainsi que les collectivités locales ; des associations existent déjà. Tant mieux. Aujourd'hui, les chiffres sont alarmants : la sédentarité continue d'augmenter, de même que les maladies chroniques. Si

nous voulons engager ces programmes, en collaboration avec la ministre de la santé, c'est que les besoins sont flagrants.

Aujourd'hui, plus de 37 % des femmes pratiquent une activité physique : c'est encore peu à mon sens, et c'est une priorité du ministère. Les fédérations doivent, dans leurs conventions d'objectifs, intégrer ces questions – pratique féminine, mais aussi gouvernance au féminin. En un peu plus de cent jours, j'ai vu trente-deux fédérations et directeurs techniques nationaux (DTN). Il existe encore aujourd'hui des freins et des dysfonctionnements, par exemple des problèmes d'infrastructures, de vestiaires...

La perspective des Jeux olympiques et paralympiques doit permettre un renforcement de la pratique sportive – chez les femmes et les personnes en situation de handicap, mais aussi dans les territoires plus isolés.

Mme la ministre des solidarités et de la santé. Madame Corneloup, en ce qui concerne le PLFSS, vous avez entièrement raison : il est aujourd'hui impossible d'identifier clairement les dépenses de prévention. C'était trop tard pour cette année, mais mon ambition pour l'année prochaine est bien de faire apparaître clairement les actions de prévention.

Je souligne qu'il existe déjà de nombreux financements autres que le paiement à l'acte ou à l'activité, notamment des financements forfaitaires ou des financements au parcours. Notre idée est bien d'accompagner la prévention autant que faire se pourra, et d'intégrer l'activité physique aux parcours de santé pour les pathologies pour lesquelles elle a un intérêt prouvé.

M. le président Bruno Studer. Mme la ministre des sports doit partir. Merci, madame la ministre, d'avoir participé à cette audition. (*Applaudissements.*)

Mme Fannette Charvier. Le dispositif sport-santé sur ordonnance a fait l'objet de multiples expérimentations sur le territoire national. Le ministère a-t-il demandé des évaluations de ces dispositifs, à l'image du rapport détaillé présenté par la ville de Strasbourg ? L'objectif est-il plutôt d'accompagner chaque collectivité, donc d'en demeurer à une action à l'échelle locale, ou bien de s'inspirer de ces initiatives et des résultats obtenus pour instaurer un dispositif plus standard à l'échelle nationale ?

M. Adrien Taquet. Mme la ministre des sports a beaucoup parlé de pratique tout au long de la vie. La question du sport à l'école est très pertinente. Plus tard, nous passons également beaucoup de temps dans l'entreprise : celle-ci constitue-t-elle à votre sens un cadre pertinent pour le renforcement de la culture sportive ? Avez-vous prévu des mesures spécifiques d'encouragement, en collaboration avec le ministère du travail ?

N'est-il pas par ailleurs nécessaire de prévoir un encadrement de l'activité florissante des *coachs* sportifs, voire une certification ?

M. Maxime Minot. Si nous sommes tous d'accord sur le constat de la sédentarité, chez nos enfants comme chez nos aînés, nous différons parfois sur les moyens de la combattre. Je suis élu d'un territoire rural, malgré ce que peut en dire l'INSEE : avez-vous prévu des programmes spécifiques pour les communes rurales, bien moins équipées en infrastructures sportives ? Comment, le cas échéant, les mettre en œuvre, dans un contexte de baisse des dotations ? Ne construisons pas une France à deux vitesses.

M. Brahim Hammouche. En vous entendant, j'imaginai Esculape et Galien invoquer ici Hygée, fille d'Esculape et d'Épione, pour guérir plus vite et éviter les médecins...

Le sport est essentiel et chacun en est d'accord ; mais, dans les hôpitaux, l'atelier sportif proposé aux patients est souvent le premier à disparaître lorsque les moyens se réduisent ou lorsqu'une personne s'en va... Cette nouvelle orientation est bonne, mais il faut que nous nous donnions les moyens, notamment humains, de la mettre en pratique ; il faut faire accepter le sport comme un véritable médicament. En psychiatrie, il y a de vraies pertes de chances, et le coût est énorme : les patients voient leur espérance de vie diminuer de 25 % en raison des complications métaboliques des traitements. De même, le sport peut permettre de prévenir les chutes chez les personnes âgées.

Avez-vous prévu un volet sportif dans les parcours d'éducation thérapeutique ?

Mme Jacqueline Dubois. Il y a vingt ans, une série d'enquêtes sociales mettait au jour la dérive des jeunes Islandais, qui figuraient parmi ceux qui en Europe consommaient le plus d'alcool, de tabac et de drogues. Cela a déclenché une prise de conscience, suivie d'un plan d'action, qui comportait notamment un important volet consacré à la pratique sportive. Le pourcentage des enfants de quinze et seize ans qui se sont alcoolisés est tombé de 42 % en 1998 à 5 % en 2016 ; ceux qui ont consommé du cannabis étaient 17 %, ils ne sont plus que 7 % ; et de 23 % qui avaient fumé du tabac, on est passé à 3 %.

On ne peut qu'admirer un tel succès, qui a su prendre en considération les effets bénéfiques de la pratique sportive sur le bien-être moral, via ses effets sur le cerveau des adolescents. Cela leur a permis de se sentir bien dans un groupe, de se sentir bien tout simplement, sans l'artifice de l'alcool, du tabac ou de la drogue. Les enfants issus de familles à faibles revenus reçoivent une aide leur permettant de prendre part à ces activités, sous la forme d'une « carte de loisirs » d'une valeur de 280 euros par an.

Aujourd'hui, la France est l'un des pays européens où les jeunes consomment le plus de drogue. Pensez-vous que l'on puisse s'inspirer des solutions islandaises pour lutter contre les addictions chez les jeunes ? On pourrait imaginer un programme sport-santé à destination des adolescents, avec un « pass sportif » financé par les deniers publics. Pensez-vous qu'il soit possible de s'engager dans cette voie au cours du quinquennat ?

M. Alexandre Feltz. Monsieur Taquet, il existe sur l'entreprise une très belle étude réalisée dans les pays d'Europe du nord, et une très belle action : certains employeurs donnent une prime à leurs salariés qui viennent en vélo, simplement parce qu'il est prouvé que cela diminue les arrêts de travail. Il est donc tout à fait important de promouvoir les modes de déplacement actifs, marche et vélo, en prévention primaire. Mais je ne doute pas que vous en soyez consciente, madame la ministre.

Par ailleurs, l'idée d'un forfait ou d'un remboursement me paraît intéressante. À la fois élu local et médecin généraliste, j'insiste sur le fait que toutes les actions que nous menons à Strasbourg sont scientifiquement validées : en raison des dépenses engagées, ce point est essentiel à mes yeux. Les maladies prises en charge dans le cadre du sport-santé sur ordonnance sont uniquement celles pour lesquelles j'ai pu trouver des études de haut niveau qui confirment l'intérêt de la pratique sportive.

Ces dépenses sont des investissements.

M. Joël Aviragnet. Pour développer les politiques de prévention, il faut des moyens humains ; or nul n'ignore plus les difficultés rencontrées par exemple par les personnels des hôpitaux, difficultés plus graves encore en zone rurale. Les associations seront durement affectées par la disparition des contrats aidés. Sur quels acteurs entendez-vous vous appuyer pour mener à bien ces projets, notamment dans les territoires ruraux, sans accroître les inégalités entre les territoires ?

Comment les crédits nouveaux consacrés à la prévention apparaîtront-ils dans le PLFSS ?

Mme Béatrice Piron. Une activité physique minimale est fondamentale pour que les personnes âgées puissent préserver leur autonomie et éviter les chutes. Elle est souvent prescrite comme un acte de rééducation, normalement effectué par un kinésithérapeute, mais elle se résume souvent à une marche accompagnée à domicile. Compte tenu de la pénurie de kinésithérapeutes, ne serait-il pas possible d'impliquer d'autres professionnels, dont les métiers seraient moins sous tension ?

M. Stéphane Testé. Afin d'accroître la pratique du sport à l'école, un travail étroit avec l'Éducation nationale est indispensable. Disposez-vous déjà d'un plan d'action en ce sens ?

M. Grégory Galbadon. La prescription d'activité sportive est aujourd'hui réservée aux malades en ALD. Pourquoi ne pas l'élargir à tous les malades chroniques, notamment aux personnes atteintes d'obésité ?

Le Gouvernement prépare un « pass culture », comme l'a promis le Président de la République pendant la campagne. Pourquoi ne pas prévoir, sur ce modèle, un « pass sport », à des fins de prévention ?

Pour financer toutes ces mesures, ne pourrait-on pas penser à une taxe, assez forte, sur les sodas et les plats préparés ?

Mme Éricka Bareigts. Il existe aujourd'hui de fortes inégalités entre les territoires. Cela veut dire que, dans certains endroits, les difficultés s'accumulent – difficultés socio-économiques mais aussi médicales, avec une plus forte prévalence de certaines maladies. Et ces collectivités sont aussi les plus pauvres. La solidarité nationale doit jouer ; j'apprécie votre démarche nouvelle et dynamique mais il ne faut pas laisser de côté cette réalité des inégalités.

Il a été question des EHPAD mais, au-delà, toutes les personnes âgées sont concernées, et le mouvement associatif sera essentiel.

Mme la ministre des solidarités et de la santé. S'agissant des différentes expérimentations en cours, une mission commune de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de la jeunesse et des sports (IGJS) est actuellement en train de dresser un état des lieux, afin de faire des recommandations.

Monsieur Taquet, vous parlez de l'entreprise et du ministère du travail ; j'ai demandé rendez-vous à chacun de mes collègues afin que chaque ministère apporte sa contribution à l'axe « prévention » de la stratégie nationale de santé.

Madame Dubois, l'exemple islandais est absolument magnifique mais il ne faut pas oublier qu'ils ne sont que 200 000... Avec plus de 60 millions d'habitants et un territoire bien plus vaste, notre tâche est plus complexe. Mais soyez assurée que la prévention, chez les enfants et les jeunes, est l'une de mes priorités. Le plan de santé publique comportera certainement des mesures sur ces questions.

J'entends beaucoup de choses sur les inégalités territoriales. C'est un vrai enjeu. C'est pourquoi nous devons construire ces 500 maisons sport et santé, en étant conscients qu'elles ne peuvent résoudre l'ensemble des problématiques d'accès à l'activité physique sur l'ensemble du territoire. De même que les maisons de santé pluriprofessionnelles ne sont qu'un moyen d'accès aux soins, ces maisons ne sont qu'un moyen de lutter contre les inégalités dans le territoire.

C'est la raison pour laquelle je me bats pour changer le paradigme culturel sur l'activité physique : chacun doit être aussi acteur, se prendre en charge pour bouger davantage pour sa santé. Pour cela, il nous faut aménager des espaces et aménager les villes pour favoriser la marche et le vélo, pour les adapter aux personnes âgées. Car, lorsqu'elles restent à leur domicile, c'est parce qu'elles ont peur d'être bousculées et de faire des mauvaises chutes. C'est donc par un accompagnement global que l'on parviendra à ne pas restreindre la pratique sportive à des lieux dédiés, ce qui ne permettrait pas de déployer les activités physiques dans l'ensemble du territoire.

Les financements de la prévention seront inscrits au prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), qui prévoira des tarifications au parcours et au forfait. Ainsi, les médecins s'approprieront des actions, des consultations de prévention ou des accompagnements. En dehors de la forfaitisation d'un parcours de soins, ou de la prise en charge d'une maladie, par exemple le diabète, je ne vois guère comment intégrer la prévention au sens large, à savoir la diététique, l'activité physique, l'arrêt du tabac... Si tout doit être financé comme un acte de la Sécurité sociale, nous ne pourrions pas nous en sortir.

Mme Justine Benin. La pratique sportive est un excellent remède pour lutter sur le long terme contre les phénomènes de diabète et d'obésité qui frappent les outre-mer, comme l'a indiqué notre collègue Erika Bareigts. C'est pourquoi, dans une logique de prévention et d'amélioration de la santé, les projets portés par les collectivités locales et par les associations qui favorisent l'accès à la pratique d'une activité physique régulière doivent être encouragés et accompagnés.

Si nos outre-mer sont pourvoyeurs de grands champions, restons néanmoins lucides : il reste encore beaucoup à faire en termes d'équipements sportifs. À ce titre, des moyens avaient été annoncés par le précédent gouvernement pour favoriser et généraliser l'égalité sur le territoire, afin que chacun puisse s'épanouir dans de bonnes conditions, que ce soit dans le cadre d'une pratique de sport de loisir ou de haut niveau. Ce véritable investissement sur l'avenir, tant sur le plan sportif que dans le cadre de la politique de la ville et de la prévention de la santé, doit permettre de financer les projets d'équipements sportifs de proximité et d'assurer une égalité d'accès à la pratique ainsi que la bonne tenue des grands événements sportifs internationaux.

Madame la ministre, pouvez-vous me confirmer que ce plan d'action et de financement à destination de nos territoires ultramarins sera maintenu et étendu par l'actuel gouvernement ?

À la ministre des sports, j'aurais aussi voulu demander quelles répercussions les Jeux olympiques peuvent avoir sur les outre-mer.

M. Jean-Jacques Gaultier. Madame la ministre, chacun se félicite de votre ambition en matière de santé et de prévention par le sport, dont nous savons les bénéfices.

Nous avons évoqué de nombreuses questions et de nombreux publics, et je souhaite pour ma part traiter de la santé des sportifs, en particulier de la prévention des atteintes à leur intégrité physique. Au rugby – sport dont je suis amateur et que je ne souhaite donc pas dénigrer –, il semble qu'il y ait de plus en plus de blessés et de pathologies neurologiques, en particulier de commotions cérébrales graves. Quelle est, à ce sujet, la position de mes confrères médecins, de la fédération de rugby et du ministère ?

Par ailleurs, qu'en est-il du dopage dans le sport ? Il s'agit également d'une question d'éthique. L'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD) joue un rôle capital dans le contrôle et la sanction des cas de dopage, mais ses moyens sont parfois limités, à cause de prélèvements répétés sur son fonds de roulement. Mme Flessel a dû nous quitter, mais son cabinet pourra sans doute apporter des réponses quant aux moyens financiers alloués à l'AFLD et aux perspectives de modernisation de son laboratoire de Châtenay-Malabry, dont les travaux sur les érythropoïétines (EPO) recombinantes ont récemment été primés ?

Mme Cécile Rilhac. Madame la ministre, vous avez tout à l'heure formidablement exposé le changement de paradigme culturel que notre société doit opérer : s'attaquer aux problèmes de santé publique grâce à l'éducation à la santé est fondamental. Cela doit être fait dès la maternelle, en lien avec une éducation physique et sportive de grande qualité.

Mais quels personnels pour encadrer quels sports, et à quel moment ? Nous avons parlé du sport par ordonnance, mais il y a aussi le handisport et le sport scolaire. Avez-vous envisagé de revaloriser la filière des activités physiques adaptées, filière spécifique des STAPS qui met en relation la médecine et l'éducation physique et sportive ? En effet, ces deux mondes très différents entrent rarement en relation, alors qu'ils doivent absolument coopérer pour que ce nouveau paradigme puisse éclore.

Mme Nadia Ramassamy. En tant que médecin généraliste, je voudrais savoir par quels mécanismes le sport agit sur la diminution de moitié des risques de rechute de cancer du sein, du côlon et de la prostate, mais aussi quels sports il faut de préférence pratiquer, et à quel rythme. Est-ce que cela concerne aussi la prévention primaire ?

S'agissant du remboursement de l'activité sportive en rapport avec la santé, qu'est-ce qui est déjà remboursé ? Pour quelles pathologies ? Comment faire la prescription et est-il possible de prescrire en parallèle de la kinésithérapie ?

Mme Agnès Thill. La pratique d'activités physiques ou sportives contribue au maintien de la santé chez le sujet sain dans le cadre de la prévention primaire. Elle contribue aussi chez les personnes vivant avec une maladie chronique à améliorer l'état de santé et à prévenir l'aggravation ou la récurrence : c'est ce que l'on appelle la prévention tertiaire.

Grâce à la loi de modernisation de notre système de santé, une pratique sportive adaptée peut maintenant être prescrite par un médecin dans ce sens. Cependant, et cela a déjà été évoqué et répété ici même, son financement reste source de difficultés et sa mise en application complexe.

Mon propos abordera donc la question du sport comme politique de prévention primaire. Dans une politique de santé publique et de prévention, le sport-santé doit en effet pouvoir s'adresser à tous, même – et surtout – à ceux qui sont le plus éloignés des pratiques sportives, l'éloignement pouvant être géographique, économique ou social. Le phénomène touche tout le monde, des plus petits aux plus âgés.

Les collectivités locales, comme acteurs de terrain, semblent donc être les interlocuteurs les plus adaptés pour la promotion de la santé, en particulier au travers du développement des activités physiques et sportives pour tous. Éluë d'une circonscription très rurale, je sais combien cela peut être difficile ! Les collectivités doivent ainsi être en capacité de développer et financer des politiques publiques adaptées à toutes les tranches d'âge et à tous les milieux.

Madame la ministre, les initiatives du terrain ne manquent pas en la matière. Reposant souvent sur le bénévolat, elles doivent être encouragées, développées, encadrées, accompagnées et, bien sûr, financées. Alors que les collectivités ont de plus en plus de mal à assumer l'ensemble des charges qui leur incombent, quelles sources de financement pourraient être imaginées ? Quel rôle pourraient jouer par exemple les ARS et leurs appels à projet pour définir une politique nationale et participer à son financement ? En conséquence, des moyens supplémentaires vont-ils leur être attribués dans le prochain budget ?

Mme Gisèle Biémouret. Je voudrais aborder la prévention du vieillissement et de la dépendance. Dans le cadre de la loi de l'adaptation de la société au vieillissement, dite « loi ASV », un comité des financeurs a été institué dans chaque département afin de coordonner les actions de prévention de la dépendance, qui, menées souvent en lien avec des activités sportives, permettent de reculer le moment où les personnes âgées seront beaucoup plus dépendantes. Conforterez-vous ce dispositif ?

Mme Isabelle Valentin. Je trouve très intéressant que nos ministres de la santé, du sport, du travail et de l'aménagement du territoire travaillent ainsi ensemble, de manière transversale. Peut-être pourrions-nous ajouter à notre réflexion les changements culturels en matière d'alimentation. Certes, le sport en entreprise est une bonne chose, mais soyons prudents car il est souvent pratiqué à l'heure du déjeuner. Par ailleurs, ne voit-on pas, le mercredi, des enfants sortir de leurs activités sportives pour se rendre dans des *fast food* ? En matière de prévention allions donc alimentation, sport et santé.

M. Jean-Philippe Nilor. Je vous félicite, Madame la ministre, de la démarche engagée et de la prise en compte de l'importance du sport pour la santé.

À la Martinique et dans les outre-mer, le contexte est marqué par des maladies chroniques, notamment des cancers, dues au déversement de chlordécone. L'obésité et le diabète y sont aussi particulièrement présents, parce que les produits y sont souvent plus sucrés que dans l'Hexagone, ce qui est aussi source d'hypertension artérielle. Du point de vue démographique, nous sommes aussi le territoire le plus vieux de France.

Enfin, l'intégrité physique de nos sportifs n'est pas assurée aujourd'hui, à cause de la déficience des équipements et des infrastructures. Il ne faudra rien de moins qu'un véritable plan Marshall pour les mettre à niveau : ce serait la moindre des choses au regard ce que nos sportifs apportent au sport français !

Mais nous ne sommes pas toujours à la traîne : nous pouvons aussi être à l'avant-garde, grâce à des initiatives d'avant-garde dans le domaine du sport santé. Je pense

en particulier à la maison experte du sport, qui s'appuie sur le service de médecine du sport du CHU de Martinique, ainsi qu'à une autre maison, mobile puisqu'elle prend la forme d'un camion, qui pénètre plus profondément dans le territoire. Cette expérimentation s'appuie sur une plateforme qui inclut déjà les services de l'État, le CHU, des assureurs, le Medef et la collectivité territoriale de Martinique.

Madame la ministre, pouvez-vous nous aider concrètement à développer cette expérimentation, qui est susceptible d'être dupliquée dans l'ensemble du territoire ?

Mme Sandrine Mörch. Serez-vous, Madame, avec l'aide de votre collègue de l'Éducation nationale, la ministre qui sera parvenue à ce que nos élèves ne passent pas toute leur journée assis ? C'est peut-être le b.a.-ba du développement de la pratique du sport dans le domaine éducatif et je suis sûre que les jeunes vous en seraient reconnaissants.

Dans ma circonscription près de Toulouse, il a fallu pas moins de vingt ans pour qu'une piste cyclable soit aménagée entre les écoles primaires, le collège et le lycée, distants de quelques kilomètres. Parce que la route était trop dangereuse, beaucoup d'élèves n'ont pu enfourcher leur vélo pour aller en classe, à un âge où ils en avaient le goût. Plutôt que de se focaliser sur des plans de lutte contre l'obésité qui coûtent très cher à la collectivité, comment peut-on faire pour accélérer drastiquement la création de pistes cyclables ? Elles permettent de résoudre à la fois les problèmes de santé, de sport, de transport, d'urbanisme et d'environnement. Est-ce trop simple ? Cela suppose-t-il de faire travailler ensemble trop de ministères ? Je suis sûre pourtant que vous êtes sensible à une telle logique, saine et simple...

M. le président Bruno Studer. Merci pour cette question qui insiste une fois de plus sur le changement de culture que nous appelons tous de nos vœux.

M. Thierry Bouillet. S'agissant du mécanisme de transmission des bienfaits du sport, disons pour faire simple que la pratique sportive agit sur le niveau des œstrogènes, des cytokines et de l'insuline. Or, dans les cas de diabète, de surcharge pondérale, de maladie d'Alzheimer et de pathologie cancéreuse, le fait de diminuer l'insulo-résistance, c'est-à-dire la capacité à mettre en échec l'insuline, accroît largement les chances de survie des patients, et réduit les risques d'un autre cancer. Nous avons beaucoup de publications sur ce sujet, notamment sur le système immunitaire, et je suis tout prêt à échanger avec tous ceux que cela intéresse.

S'agissant de la formation des médecins et des intervenants en santé, ce qui a été dit sur les intervenants sportifs est fondamental : nous ne pouvons confier à n'importe qui nos malades atteints de pathologies chroniques, il faut des formations en cardiologie, en diabétologie et en cancérologie, dont ne bénéficient pas les éducateurs des clubs sportifs de proximité.

Par ailleurs, le ministère doit définir un cahier des charges qui permette d'évaluer qui fait quoi. Nous pourrions alors arriver à la définition de deux groupes : d'un côté, les maisons de santé, reposant sur le multi-partenariat, qui prendront en charge les patients à proximité de chez eux ; de l'autre côté, des structures hospitalières qui prendront en charge des pathologies chroniques, telles le diabète, les problèmes neurodégénératifs ou les problèmes cardiovasculaires, avec du personnel spécialement formé. Les patients ne voulant plus, à partir d'un certain stade, aller à l'hôpital, il faut cette double structure.

M. Alexandre Feltz. Il est bon pour les personnes âgées fragilisées que les EHPAD emploient des kinésithérapeutes et des éducateurs. Mais, avant cela, un travail considérable

reste à faire puisque la moitié des critères déterminant la dépendance sont liés à l'activité physique. Parvenir à faire se lever et s'asseoir une personne âgée est en soi un progrès énorme.

Vous aurez le soutien des médecins généralistes et de toutes les personnes impliquées pour juger comme vous, madame la ministre, que prévention primaire et prévention secondaire doivent être gérées ensemble.

Enfin, pouvoir remettre en mouvement des personnes malades, isolées, en arrêt de travail ou invalides suppose la constitution de groupes de soutien. Ces groupes de solidarité entre malades, au sein desquels chacun progressera à son rythme propre, ont un impact énorme sur le plan sociétal, qui dépasse le seul aspect sanitaire.

Mme la ministre des solidarités et de la santé. Dans le plan de santé publique en cours de rédaction, madame Valentin, la question de l'activité physique est traitée sous l'appellation « nutrition », le terme scientifique utilisé pour comptabiliser les « entrées » - l'alimentation – et les « sorties » – la dépense physique. L'éducation à l'alimentation et à l'activité physique forme un tout.

Outre-mer se pose effectivement le problème de l'accessibilité territoriale. N'étant pas armée pour le faire, je me garderai de vous répondre à la place de ma collègue Laura Flessel au sujet des équipements, monsieur Nilor. Je puis toutefois vous dire que, dans le grand plan d'investissement annoncé par le Premier ministre, figureront des lignes consacrées à l'outre-mer. Les états généraux débutent, et un accompagnement particulier sera prévu, sachant que les outre-mer ont des besoins spécifiques, divers selon les territoires considérés. Je pense que, au-delà de l'accès au sport, une attention singulière sera portée à l'accès à la santé dans les outre-mers.

L'action menée par les collectivités locales dans le cadre du comité des financeurs par le biais de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sera poursuivie, madame Biémouret.

Il a beaucoup été question des activités physiques adaptées (APA). Elles supposent des professionnels dûment formés, connaissant les questions de santé, les risques et les limites de l'activité physique. N'importe qui ne peut se lancer dans l'ouverture d'un centre « sport santé » accueillant des malades – d'autant moins que les prises en charge doivent différer en fonction des pathologies que l'on traite. Une formation existe qui conduit à quelques diplômes mais il faudra renforcer la qualité de l'enseignement ou en tout cas vérifier qu'elle correspond aux recommandations de la Haute Autorité de santé et des groupes de travail sur les APA qui se réunissent actuellement à la direction générale de la santé et où siègent des acteurs professionnels.

J'espère entraîner l'ensemble des élus dans une démarche qui conduira à un changement de regard de la société sur la prévention. (*Applaudissements*)

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je remercie les ministres ainsi que nos invités médecins dont je sais la foi dans le sport santé.

M. le président Bruno Studer. J'associe mes remerciements à ceux qui viennent d'être exprimés.

La séance est levée à dix-huit heures trente-cinq.



Présences en réunion

Réunion du mardi 26 septembre 2017 à 16 heures 25

Présents. – M. Jean-Félix Acquaviva, M. Lénaïck Adam, Mme Aude Amadou, M. Gabriel Attal, Mme Géraldine Bannier, Mme Valérie Bazin-Malgras, M. Philippe Berta, Mme Gisèle Biémouret, M. Pascal Bois, M. Pierre-Yves Bournazel, Mme Anne Brugnera, Mme Marie-George Buffet, Mme Céline Calvez, Mme Danièle Cazarian, Mme Sylvie Charrière, Mme Fannette Charvier, Mme Fabienne Colboc, M. François Cormier-Bouligeon, Mme Béatrice Descamps, Mme Jacqueline Dubois, Mme Virginie Duby-Muller, Mme Frédérique Dumas, Mme Nadia Essayan, M. Alexandre Freschi, M. Laurent Garcia, M. Jean-Jacques Gaultier, Mme Annie Genevard, M. Raphaël Gérard, Mme Valérie Gomez-Bassac, M. Pierre Henriot, Mme Danièle Hérin, M. Régis Juanico, M. Michel Larive, Mme Constance Le Grip, Mme Brigitte Liso, Mme Josette Manin, Mme Sophie Mette, M. Maxime Minot, Mme Sandrine Mörch, Mme George Pau-Langevin, Mme Maud Petit, Mme Béatrice Piron, Mme Cathy Racon-Bouzon, M. Pierre-Alain Raphan, Mme Cécile Rilhac, Mme Stéphanie Rist, Mme Sabine Rubin, M. Bruno Studer, Mme Agnès Thill, M. Patrick Vignal

Excusés. – M. Stéphane Claireaux, M. Frédéric Reiss, M. Franck Riester, Mme Marie-Pierre Rixain, M. Thierry Solère

Assistaient également à la réunion. – M. Joël Aviragnet, Mme Delphine Bagarry, Mme Ericka Bareigts, M. Belkhir Belhaddad, Mme Justine Benin, M. Julien Borowczyk, Mme Brigitte Bourguignon, M. Jean-Louis Bourlanges, M. Xavier Breton, M. Gérard Cherpion, M. Guillaume Chiche, Mme Josiane Corneloup, M. Marc Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Catherine Fabre, Mme Caroline Fiat, Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, Mme Albane Gaillot, Mme Patricia Gallerneau, Mme Carole Grandjean, Mme Florence Granjus, M. Brahim Hammouche, Mme Monique Iborra, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Caroline Janvier, Mme Fadila Khattabi, Mme Fiona Lazaar, Mme Charlotte Lecocq, M. Gilles Lurton, M. Thomas Mesnier, M. Thierry Michels, M. Jean-Philippe Nilor, M. Bernard Perrut, Mme Valérie Petit, Mme Michèle Peyron, M. Laurent Pietraszewski, Mme Claire Pitollat, M. Alain Ramadier, Mme Nadia Ramassamy, M. Jean-Hugues Ratenon, Mme Mireille Robert, M. Aurélien Taché, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe, M. Adrien Taquet, Mme Hélène Vainqueur-Christophe, Mme Isabelle Valentin, Mme Michèle de Vaucouleurs, Mme Annie Vidal, Mme Corinne Vignon, M. Stéphane Viry, Mme Martine Wonner