

Foot pour tous et surpoids

L'expérience de l'ES Vitry et du
comité FSGT 94

Le contexte de départ

- Le projet santé du comité FSGT.
- Football sélectif contre football ouvert.
- Un championnat local foot jeunes fsgt qui se veut adapté aux motivations et aux besoins des 11/15 ans.

Tests de condition physique et prise de conscience

- Une série de 4 tests : endurance (Luc Léger) équilibre, détente verticale, coordination.
- Environ 150 jeunes de 11 à 15ans.
- 28% en surpoids voire quelques cas d'obésité.
- Une prise de conscience s'est opérée.

Les effets pour le club et les pratiquants concernés

- Création d'une deuxième séance en appui sur l'atelier local « bouger plus manger mieux ».
- Jouer c'est suer !
- Former les entraîneurs et les animateurs.
- Diversifier l'activité tout au long de l'année.

Conclusion

- **Des conditions favorables à réunir :**
 1. Une volonté du club et de la section.
 2. Des pratiques sportives ouvertes et s'adressant à tous sans distinction.
- **Ne pas rester isolé, coopérer :**
 1. Médecine sportive.
 2. Ateliers bouger plus manger mieux.
 3. Service public adapté.





LE TENNIS DE TABLE, CES CARACTERISTIQUES SPORTIVES ADAPTEES A TOUS

Types d'efforts et filières énergétiques

Qualités physiques requises

Améliorations constatées

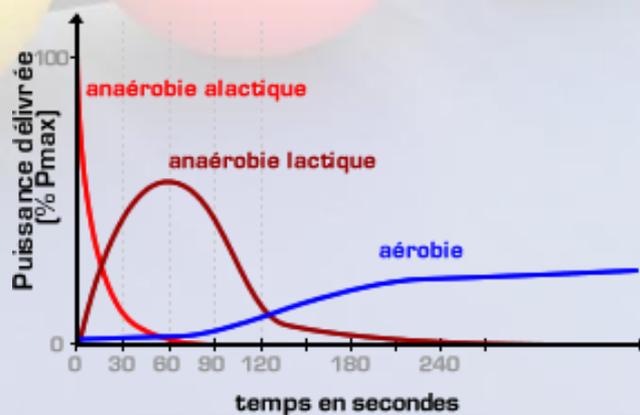
Les publics visés

Les contre-indications et les blessures

TYPES D'EFFORTS ET FILIERES ENERGETIQUES

- Rappel sur les filières énergétiques:
 - Anaérobie alactique (<10 s): efforts courts et maximaux
 - Anaérobie lactique (10 s à 3 mn): efforts à durée moyenne à une intensité élevée
 - Anaérobie lactique (>33 mn): efforts de longue durée à intensité moyenne

Filières énergétiques



- Les types d'efforts en tennis de table:

- L'échange: entre 2 et 5 secondes (7 à 12 s de repos)
- Le set: de 3 à 15 mn (1 mn de repos)
- Le match: de 15 à 45 mn
- La compétition: quelques heures à plusieurs jours

➔ Efforts brefs et explosifs: anaérobie alactique et aérobie)



LES QUALITES PHYSIQUES EN TENNIS DE TABLE

– La force:

coups répétitifs..

...exécutés à vitesse maximale



Endurance de force
(top spin, frappe,
déplacements)

Puissance
(top spin, frappe,
déplacements)

– La souplesse:

- Utilisation maximale des qualités de vitesse
- Amélioration de la coordination générale et spécifique
- Diminution des risques de blessures et de déséquilibres musculaires

– La coordination:

- Coordination générale: dissociation segmentaire, réaliser des actions différentes en même temps
- Coordination spécifique: se déplacer par rapport...

– L'endurance:

- Endurance générale: capacité et puissance aérobie
- Endurance locale: muscles des bras, avant-bras, abdominaux et dorsaux

– La vitesse:

*... d'enchaînement
(plusieurs coups,
déplacements
courts)*

*...d'exécution
(coup terminal, 1^{er}
pas de course)*

Vitesse

*...de réaction
(remise de service,
changement de direction)*

AMELIORATIONS CONSTATEES

- Améliorations des qualités d'endurance:
 - Capacité aérobie: *jeu continu*
 - Puissance aérobie: en travail intermittent, notamment chez les « *pratiquants-matcheurs* » et dans les nouvelles pratiques (*Fit-ping*)
- Amélioration de la souplesse:
 - Étirements systématiques en début et fin de séance
 - Travail maximum des amplitudes articulaires
- Renforcement musculaire généralisé:
 - Coups spécifiques (*frappe, top spin*) sollicitant le gainage
 - Bonds et déplacements variés



- Amélioration de la vitesse:
 - Au niveau du bras: travail *de répétition au panier de balle*
 - Au niveau des jambes: *enchaînements de déplacements au panier de balles*
- Amélioration de la coordination:
 - Coordination générale: corde à sauter, variantes de courses...
 - Coordination spécifique: *jeu à blanc, enchaînements de coups techniques avec déplacements variés*
- Amélioration de la qualité de pied:
 - *Déplacements latéraux spécifiques au TT avec changements fréquents de direction*
 - *déplacements à blanc*

LES PUBLICS VISES

- Avant 7 ans: *Le Baby-Ping*
 - coordination générale et spécifique et adresse
→ *envoyer, rattraper, contrôler, doser, renvoyer*
- Entre 8 et 12/13 ans: *l'école de ping*
 - Travail de souplesse
 - Coordination générale et spécifique
 - Travail de pied
 - Développement de la vitesse d'exécution
 - Engagement physique

- A partir de 12 ans: *entraînement intensif ou pratique loisir*

- *Entraînement intensif:*

- Développement de la capacité aérobie
- Renforcement musculaire généralisé: jambes et ceinture abdominale
- Amélioration de la vitesse d'exécution et de déplacement

- *Pratique loisir:*

- Travail de souplesse
- Travail de pied

- Pratique loisir ados et adultes:



- Basée sur le plaisir: travail de tous les muscles du corps, notamment la ceinture abdominale, les cuisses
- Efforts « *à la carte* »



- Les féminines: *le fit-ping!*

- Pratique mélangeant *tennis de table et fitness*

- Pour répondre aux demandes de mamans, jeunes actives voulant reprendre une activité physique et voulant sentir leurs muscles travailler

- *Renforcement musculaire*

- *Souplesse*

- *Travail du pied*

- *Travail de la coordination*



- Les seniors: *le relaxa'ping!*
 - Pratique mélangeant *gym d'entretien et tennis de table*
 - Pour répondre aux envies de pratique de TT des seniors, qui souhaitent notamment ne pas se blesser
 - *Renforcement musculaire*
 - *Techniques d'étirements*
 - *Préservation de l'équilibre et de la mémoire*
- *Ces nouvelles pratiques, mêlant fitness, gymnastique et tennis de table permettent à nos nouveaux pratiquants de sentir en confiance dans la pratique du TT*

LES CONTRE-INDICATIONS

- Très limitées !
 - Maladies cardiaques et pulmonaires sérieuses
 - lombalgie



Le côté ludique de ce sport peut entraîner les joueurs fragiles physiquement à dépasser leurs limites de tolérance à l'effort et aux émotions. En dehors de ces cas très particuliers, le tennis de table peut être pratiqué par tous sans risque.

LES BLESSURES

- Entorse de la cheville
- Entorse du genou
- Tendinite du poignet et de l'épaule

Risques cardio vasculaires dans la reprise d'une activité physique et sportive chez le sujet sédentaire et le patient en surpoids

Dr Jean-Louis Bussière -

Cardiologue, Coordinateur RCV, Clinique de Châtillon 92
Vice président du Groupe Exercice Réadaptation et Sport / Soc. Fr. de Cardiologie

Référent Montagne / Club des Cardiologues du Sport
Président du Club Île de France Cœur et Sport



• **Est-ce dangereux pour le cœur de faire du sport ?**

La pratique sportive a des effets
bénéfiques indéniables sur la santé
mais

lors de sa pratique intense le risque
cardiovasculaire est transitoirement
accru

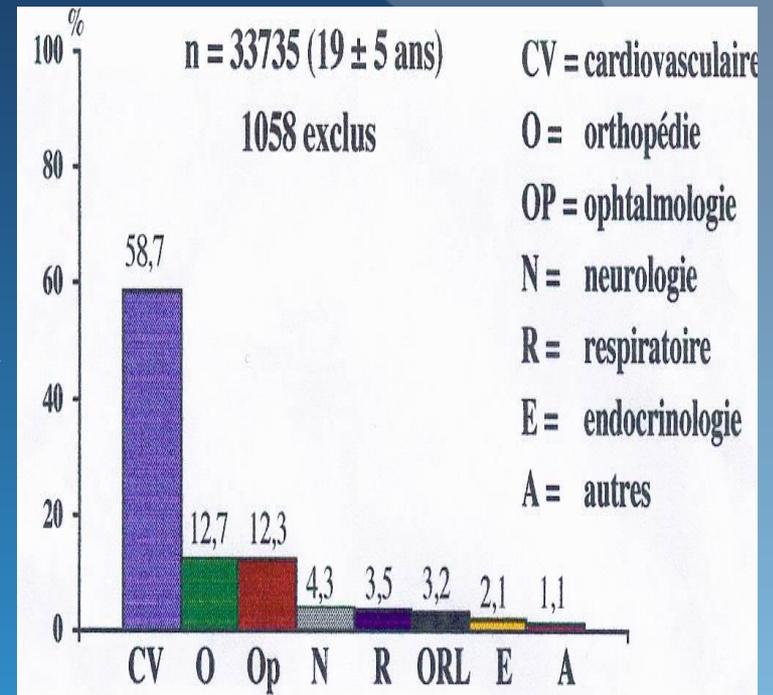
**Le sport ne crée pas la pathologie
cardiaque il la révèle**
Prévention ++

Pourquoi un bilan cardiovasculaire avant la pratique d'un sport ?

1) L'exercice physique est une contrainte majeure pour le système cardiovasculaire

2) Causes principales de contre-indication à la pratique du sport chez l'adulte jeune = cause cardiovasculaire

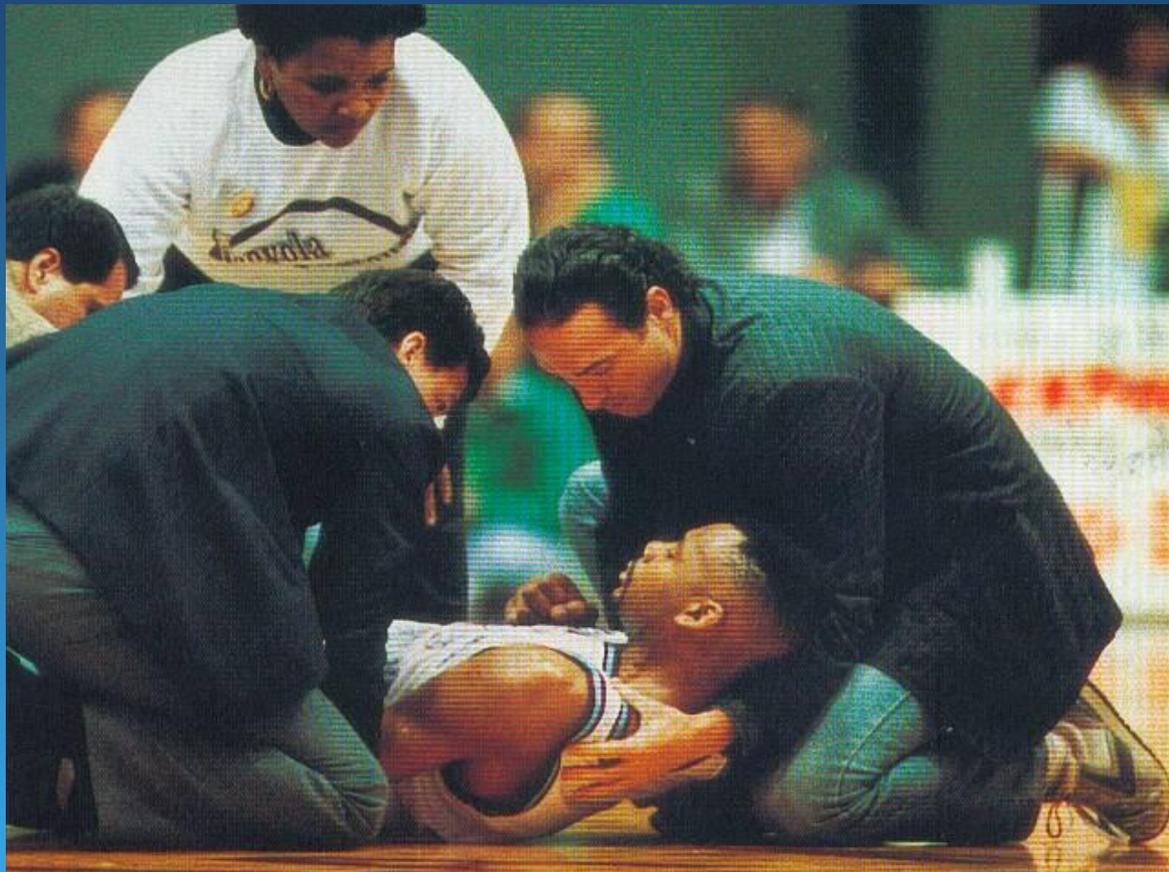
3) Mort subite non traumatique sur le terrain de sport :
90 % cas cause cardiovasculaire



D'après Corrado et al. NEJM 1998

Le risque de mort subite

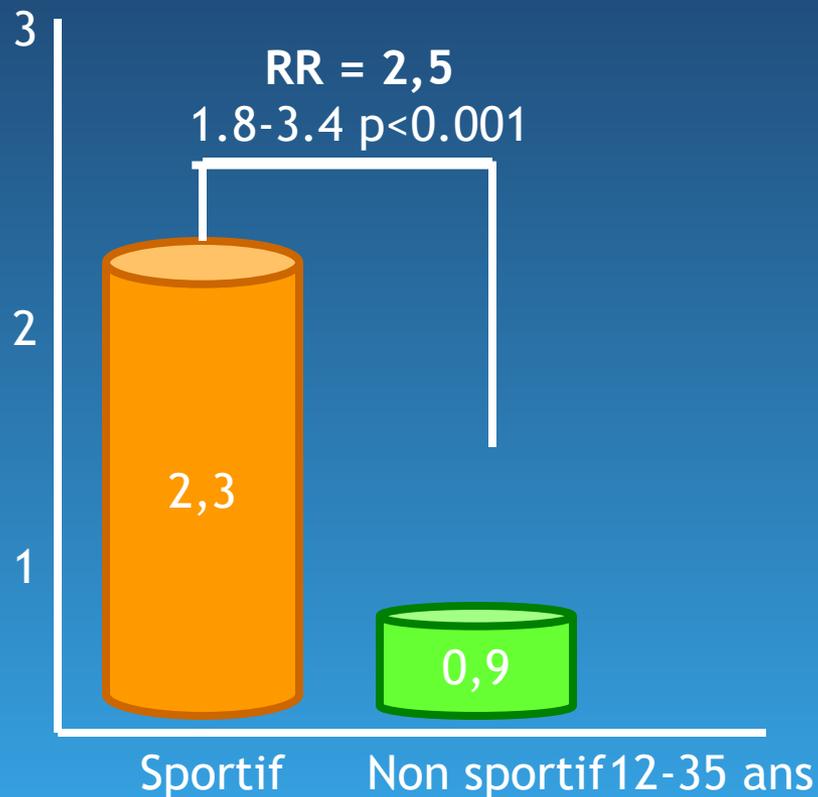
• *Victime d'un arrêt cardiaque jeudi dernier pendant un entraînement de course à pied à Royan (Charente-Maritime), l'entraîneur des athlètes élités d'Endurance 72, Patrice Perrais, est décédé cet après-midi à l'hôpital de La Rochelle 04/01/2012*



- Chaque semaine ou presque, un nouveau nom s'ajoute à la longue liste des sportifs foudroyés en pleine jeunesse par un arrêt cardiaque.

Activité physique = activité à risque ?

Risque de mort subite



Corrado et al. J Am Coll Cardiol 2003

Risque d'accident cardiaque



Siskovic N. Eng J Med 1984
JL Bussiére séminaire CDOS94 janv. 2012



MORT SUBITE SUR LE TERRAIN DE SPORT

Qui ?

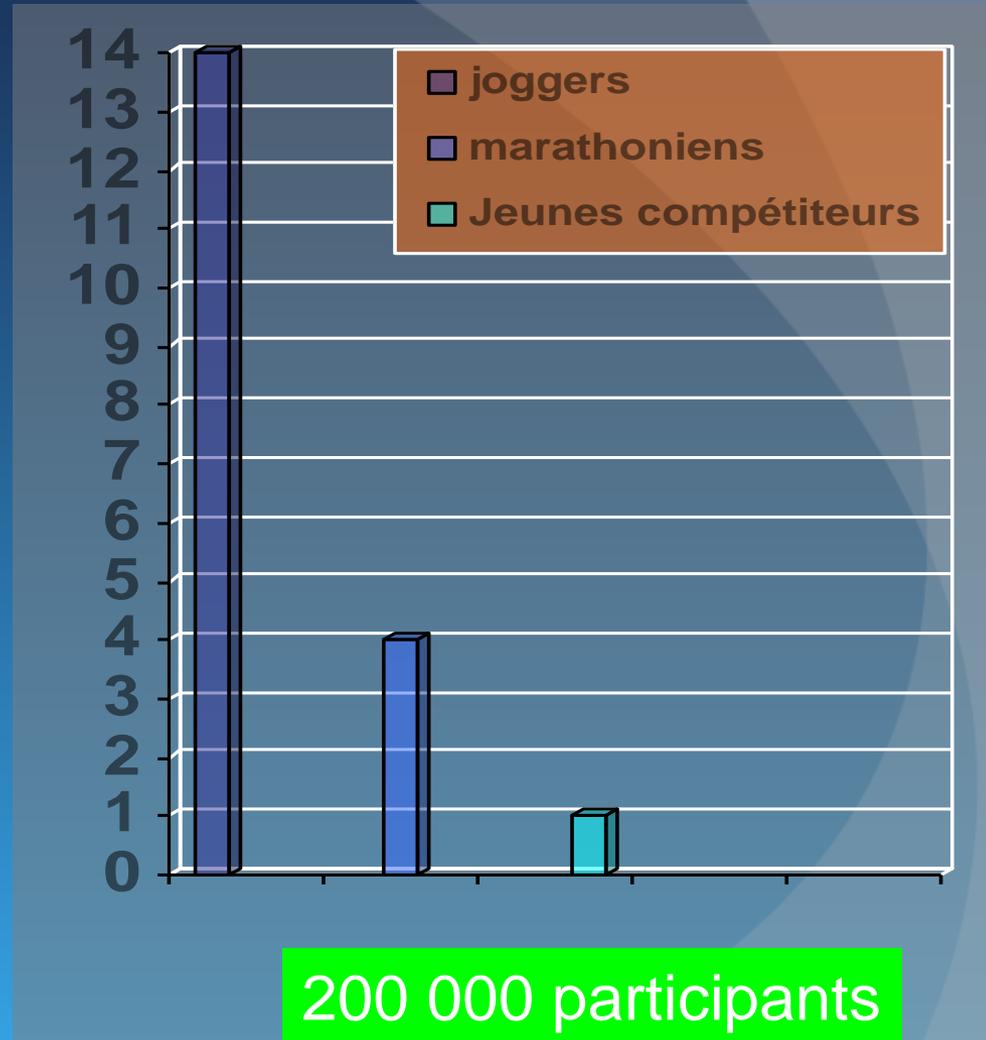
Niveau d'entraînement:

1 MS pour 200 000 jeunes
compétiteurs

1 MS pour 50 000 pratiquants
réguliers

1 MS pour 15 000 sportifs « du
dimanche »

9 Hommes pour 1 Femme



Quels sports sont les plus à risque?

- Football
- Basket
- Cyclisme
- Marathon, jogging, trails
- Natation
- Rugby
- Tennis, squash



Mort subite du sportif = 90 % cardiovasculaire

Age > 35ans



**Maladie
Coronnaire
85 %**



Age < 35ans



**Pathologies
cardiaques,
génétique
congénitale
méconnue**



ARYTHMIE ++

0,5 et 2,5 /100 000 pratiquants entre 12 et 35 ans

1 et 4 /100 000 pratiquants au-delà

Bille K et al Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2006 ;13:859-75

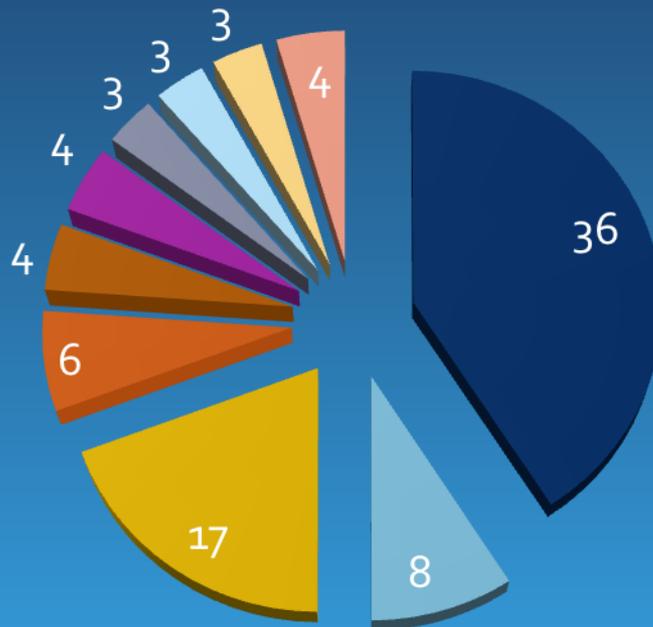
Mort subite chez des jeunes athlètes de compétition 1866 DC de 1980 à 2006

JM Maron *Circulation* 2009; 119:1085-1092

% de Décès de cause cardiaque primitive

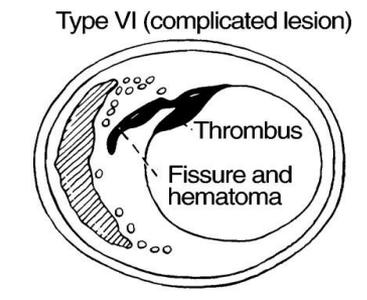
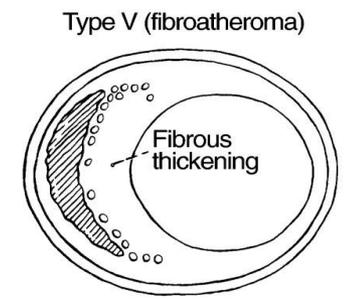
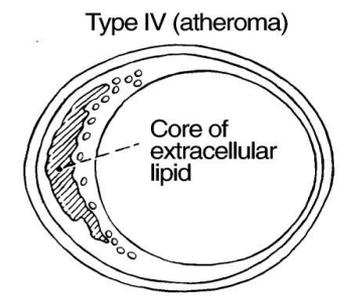
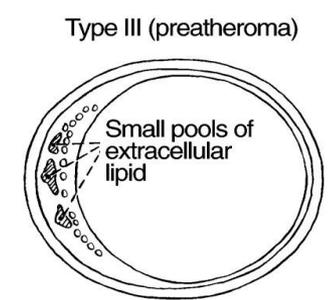
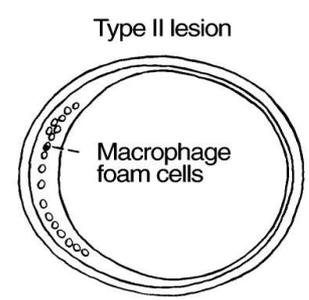
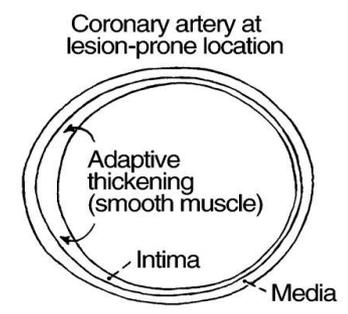
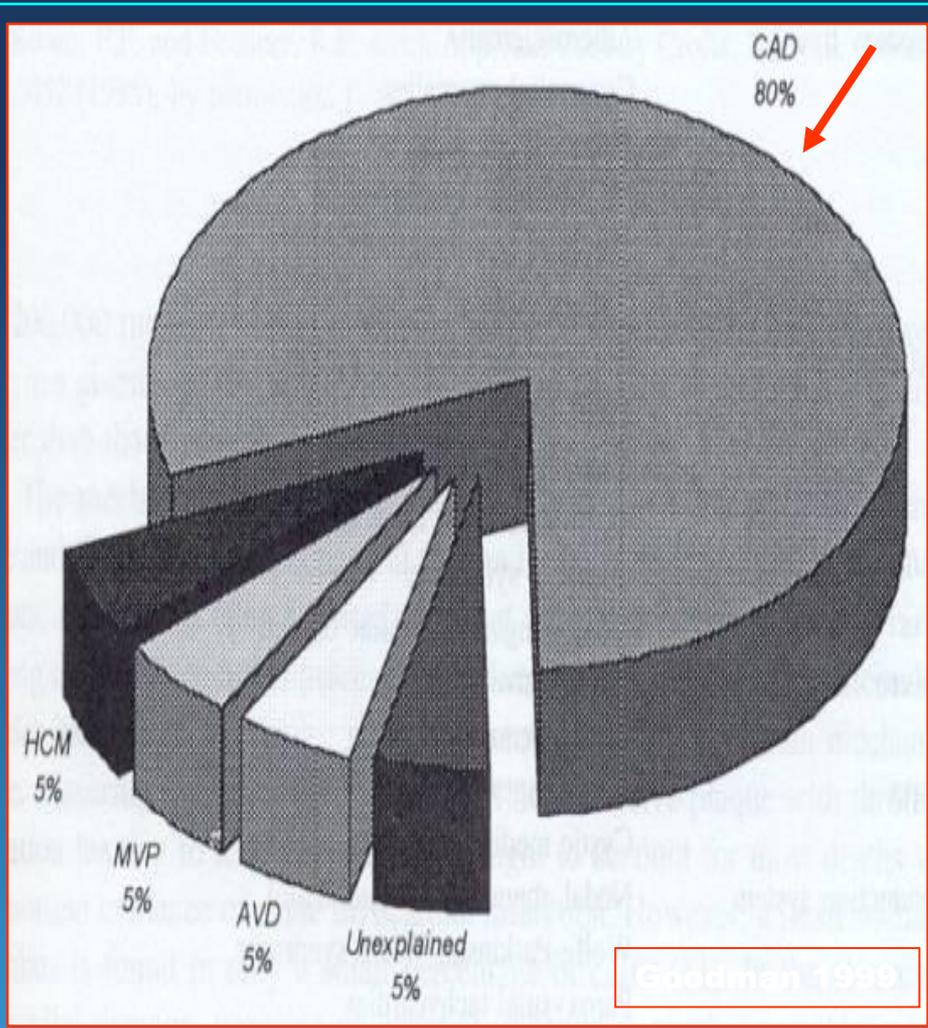


14-year-old boy died after a cross-country race.
McClellan and Jokl Med. Sport 1975,5: 91-98



- CMH
- Masse Cardiaque Elevée
- CORONAIRE ANORMALE
- MYOCARDITE
- DAVD
- CANALOPATHIE
- PVM
- PONT IVA

Mort subite d'origine coronaire lors de la pratique sportive



> 35 ans

Arythmie



ISCHÉMIE

Foyer arythmogène



Gâchette

Environnement

ESV

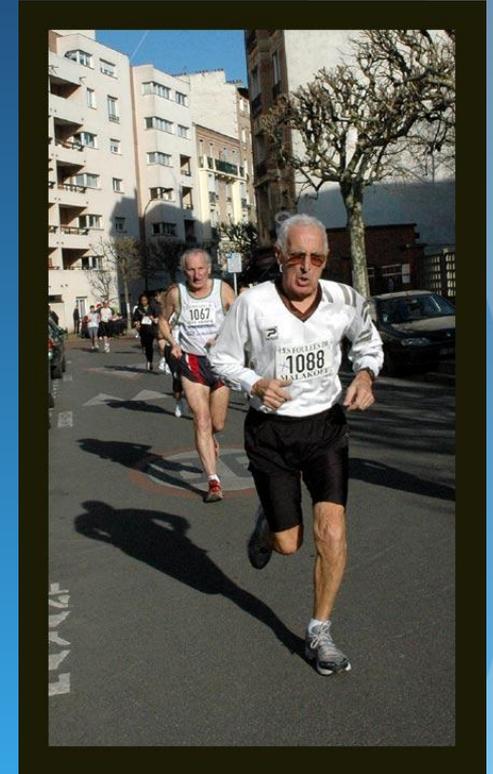
CATHÉCHO.

D' après P. Coumel, 1984

Avant de décider du bilan à réaliser Se poser 2 questions :



1. L'objectif de reprendre l'activité physique est-il différent selon âge et le profil du patient ?



Vieillessement

Sédentarité

Surpoids

Obésité

Diabète



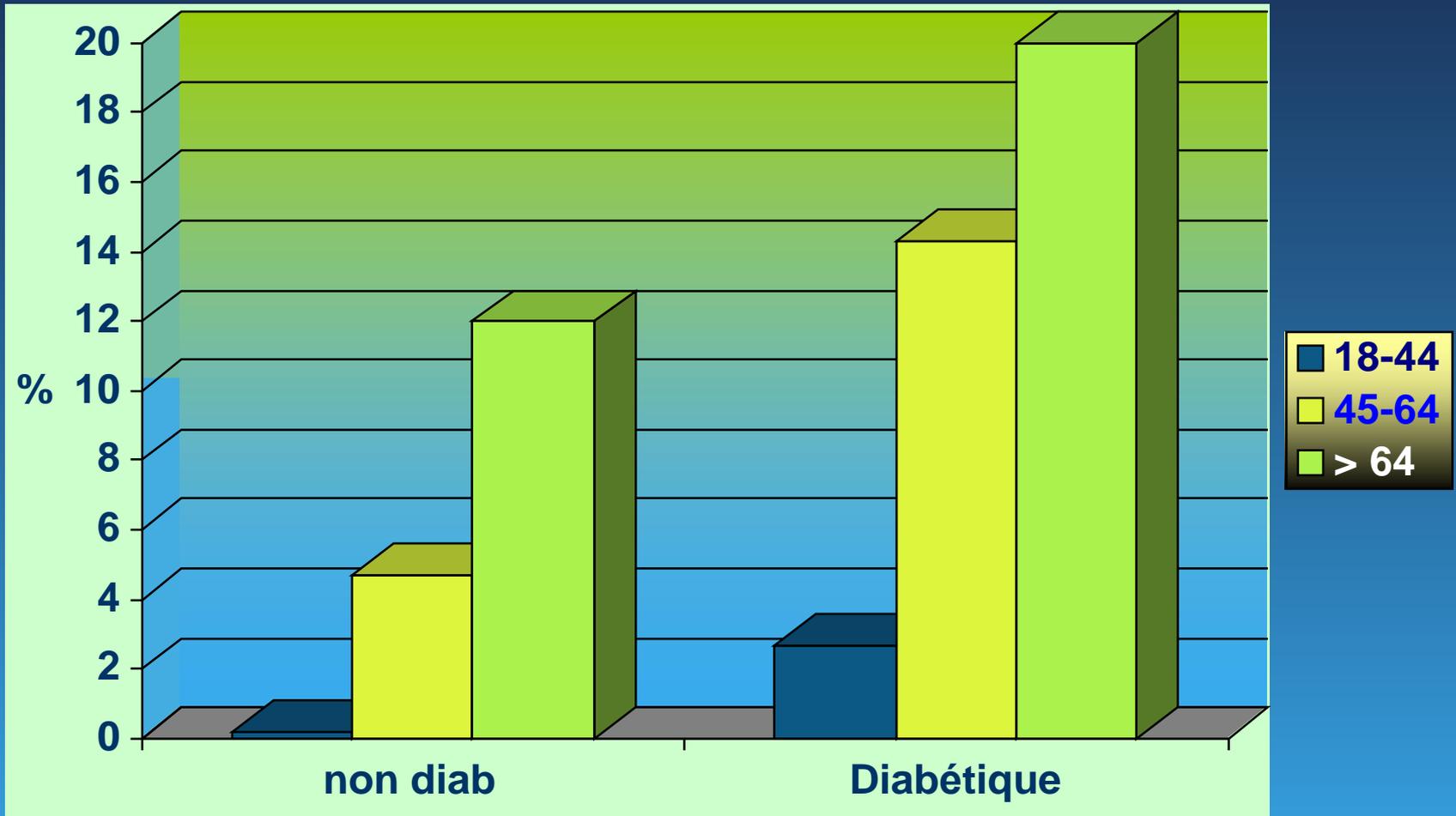
Enchaînement
pas une fatalité
!

- Obésité, qui, lorsqu'elle est présente, est souvent associée à un excès de mauvais cholestérol, une hypertension et un diabète [6]
- Sédentarité, c'est-à-dire le manque d'exercice (moins de 3 fois 30 mn d'exercice physique par semaine), qui constitue également un facteur aggravant
- Hérédité :
 - Survenue d'une crise cardiaque chez le père ou un frère avant 55 ans ou chez la mère ou une soeur avant 65 ans
 - Survenue d'une attaque cérébrale chez un membre de la famille avant 45 ans

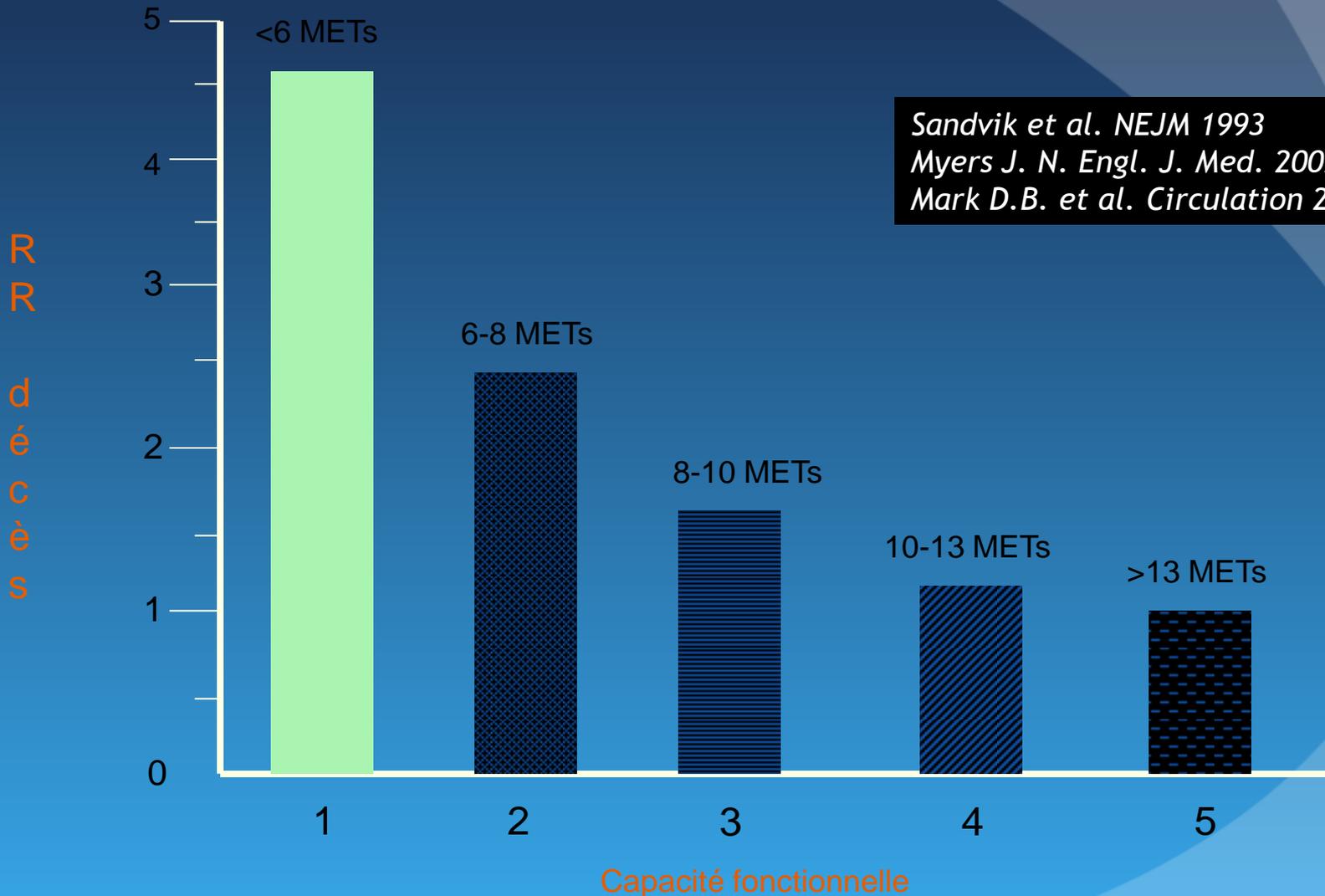
Complications cardio-métaboliques de l'obésité

Métaboliques	Cardiovasculaires
insulinorésistances	Hypertension artérielle
diabète type I et II	Coronaropathie
dyslipidémie	AVC, IC, Troubles du rythme
goutte, hyperuricémie	Thrombose veineuse

Prévalence des cardiopathies ischémiques en fonction de l'âge



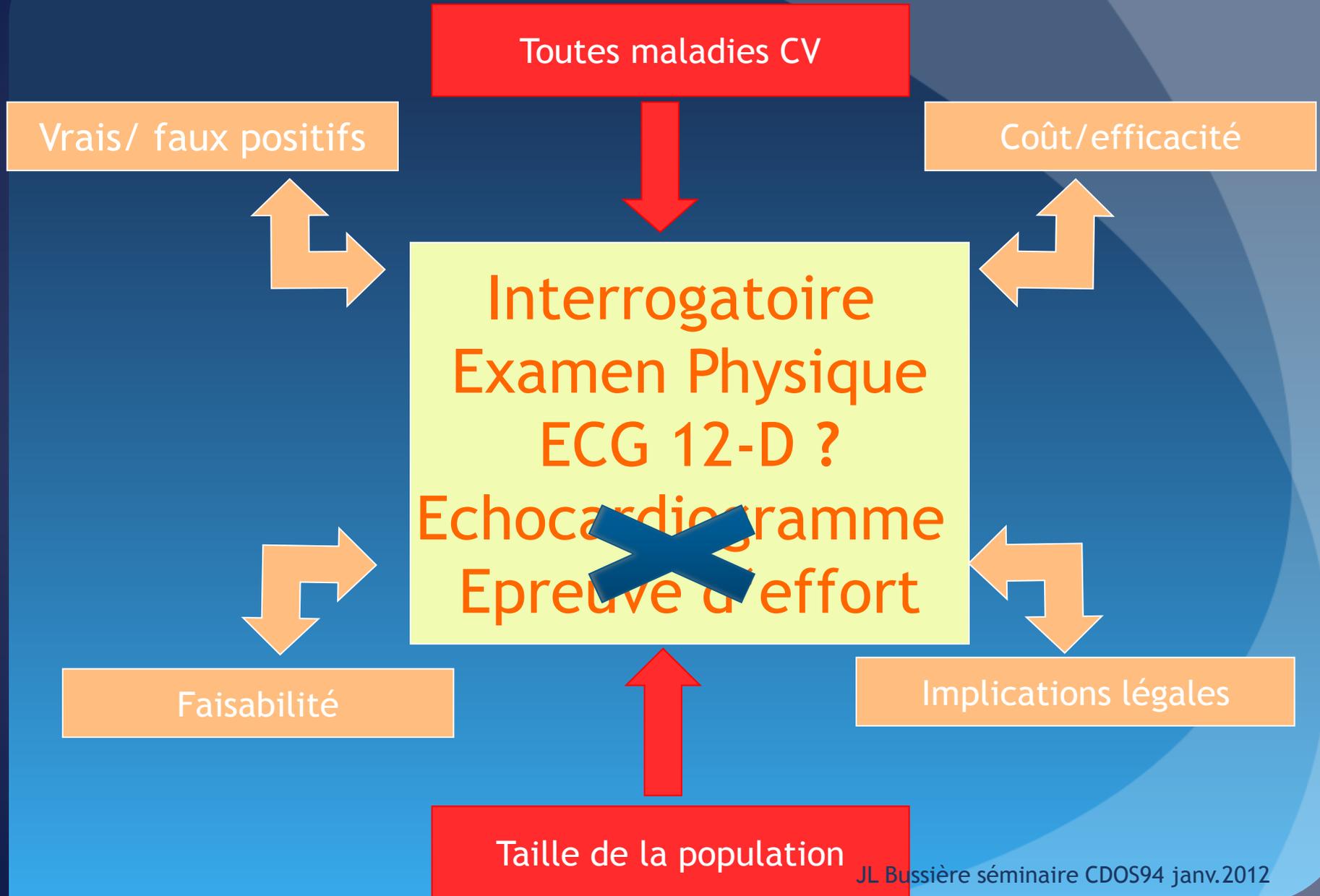
Relation capacité physique et mortalité



Sandvik et al. NEJM 1993
Myers J. N. Engl. J. Med. 2002
Mark D.B. et al. Circulation 2003

2. Le bilan à réaliser est-il adapté à l'objectif ?

Un bilan oui, mais quels examens ?



Dépistage médical avant le sport

USA

Interrogatoire
Examen clinique

Italie et ESC

Interrogatoire
Examen clinique
ECG

France

Haut niveau

Autres

Interrogatoire
Examen clinique
ECG
Echocardiographie
Epreuve d'effort

Interrogatoire
Examen clinique
ECG recommandé (2009)

Sensibilisation insuffisante des sportifs

- Précordialgies non signalées avant une course de fond 1/2 M ou Marathon
 - 1/3 hommes
 - 2/3 femmes
- Motifs invoqués
 - « je ne vais pas m'écouter tout le temps
 - « je fais du sport donc je suis immunisé



Bilan pré course

%	UTMB	CCC
ECG	67	66
E Effort	53	48
E Effort + VO2	17	29
Echo	19	26
Holter	3	4



UTMB 166 km 9600m D+



L'interrogatoire

Les antécédents familiaux avant 50 ans

Mort subite dans la famille

Cardiopathie connue

Notion de gros cœur ++

La pratique antérieure du sport



Les FDR personnels

- Cholestérol
- Stress
- Tabac
- HTA
- Sédentarité
- Surpoids
- Diabète

Le médecin est donc de plus en plus souvent sollicité pour un jeune sportif...ou non

• Sportif Jeune Asymptomatique

- Sportif haut niveau
- Enfant sportif
- Sportif endurance ou sport à risque
- Antécédents CV familiaux
- Découverte d' un SS
- Découverte d' une anomalie ECG

Sportif Jeune Symptomatique

dyspnée inhabituelle à l' effort,
baisse de performance
malaise à l' exercice,
palpitations,
douleur thoracique

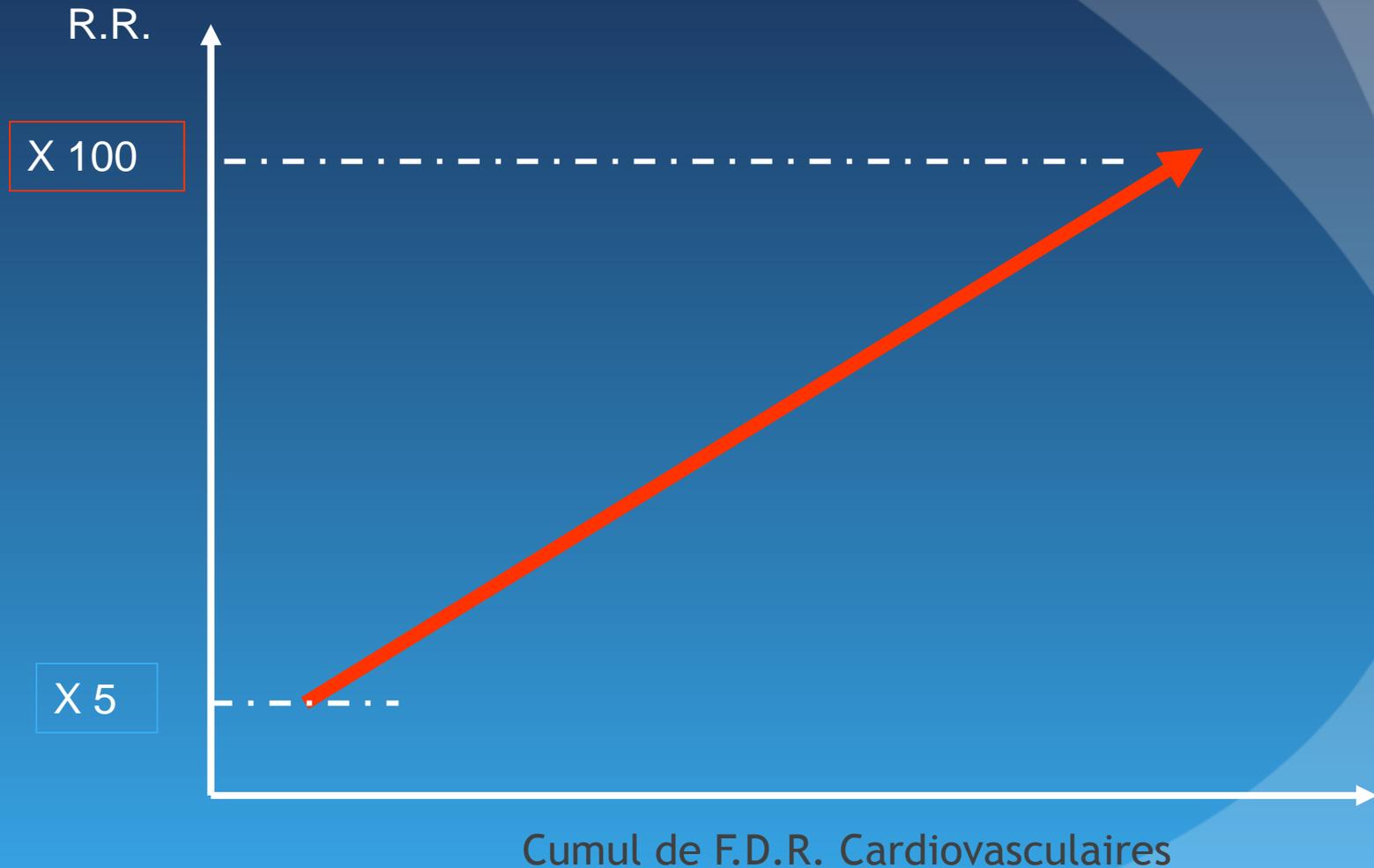


Obésité et activité physique: Quel Bilan ?

- L'interrogatoire
 - Antécédents
 - Familiaux / Personnels / passé sportif
 - Traitements
 - Signes Fonctionnels
 - Cardiovasculaires / Respiratoires / Locomoteurs
 - Degré de sédentarisation
 - Motivations pour reprendre une activité sportive
 - Perte de poids, Maintien en forme, Loisirs, Compétition
 - Enquête diététique (par une nutritionniste)



Risque Relatif de décès lors de la pratique Sportive: Fonction des F.D.R. cardiovasculaires....



Stratification du risque CV selon le niveau de pression artérielle

- Nouvelles recommandations de la ESC/ESH 2003

	PA nle 120-129 85-89	Nle Haute 130-139 85-89	HTA gde1 140-159 90-99	HTA gde2 160-179 100-109	HTA gde 3 PAS _≥ 180 PAD _≥ 110
FDR 0	R moyen	R moyen	R faiblemt majoré	R modért majoré	R fortmt majoré
1-2 FDR	R faiblemt majoré	R faiblemt majoré	R modért majoré	R modért majoré	R très Ft majoré
3 FDR ou + ou AOC ou diabète	R modért majoré	R fortmt majoré	R fortmt majoré	R fortmt majoré	R très Ft majoré
Pathologie associée	R fortmt majoré	R très Ft majoré	R très Ft majoré	R très Ft majoré	R très Ft majoré

...Pour un vétéran sans passé cardiaque...

Profil psychologique type A (esprit de compétition)

Facteurs de risque cardio-vasculaires

Métaboliques: Dyslipidémie (47%), Surpoids, Diabète, Sédentarité

Tabac (72%), Hérédité Familiale <60 ans (Mort subite)

Signes fonctionnels à l'effort et/ou en récupération

Douleurs thoraciques ++ suspectes si pendant l'effort

Dyspnée anormale parfois seul symptôme chez le sujet âgé

Malaises à l'effort +++

Palpitations ou « syndrome du cardiofréquencemètre »

Signes de « plaque déstabilisée »

Gêne, essoufflement au démarrage disparaissant à la poursuite de l'effort



L'examen clinique

Souvent pauvre

→ Pathologie coronaire athéromateuse :

Contexte de facteurs de risque (syndrome métabolique, HTA...)

Localisations décelable d' athérosclérose (pouls, souffle vasculaire, palpation aorte abdominale...)



Obésité et activité physique: Quel Bilan ?

- Examen clinique
 - Morphologie, morphométrie, typer l'obésité
 - Cardiovasculaire
 - Pleuro pulmonaire
 - Dermato, peau, dépôts graisseux, vibices
 - Bilan de l'appareil locomoteur
 - Ostéo-articulaire , y compris le pied
 - Musculo-tendineux
 - Mesures des raideurs excessives et des amplitudes et limitations articulaires
 - ECG de repos

L'ECG : le moyen de dépistage majeur

L'ECG du sportif est le plus souvent normal !
mais environ 15 % atypiques (Pelliccia)
anomalies plus fréquentes chez les endurants (60%)
et chez le sujet de race noire (65%)

Au moindre doute: examens complémentaires

Cardiopathies détectables par l'ECG chez le sujet jeune :

CMH, CMD, DVDA,

Troubles conductifs (BAV, WPW),

Canalopathies (QT, Brugada).

Ces étiologies rendent compte de 60 % des morts subites chez les sportifs jeunes (séries Italiennes et Américaines)



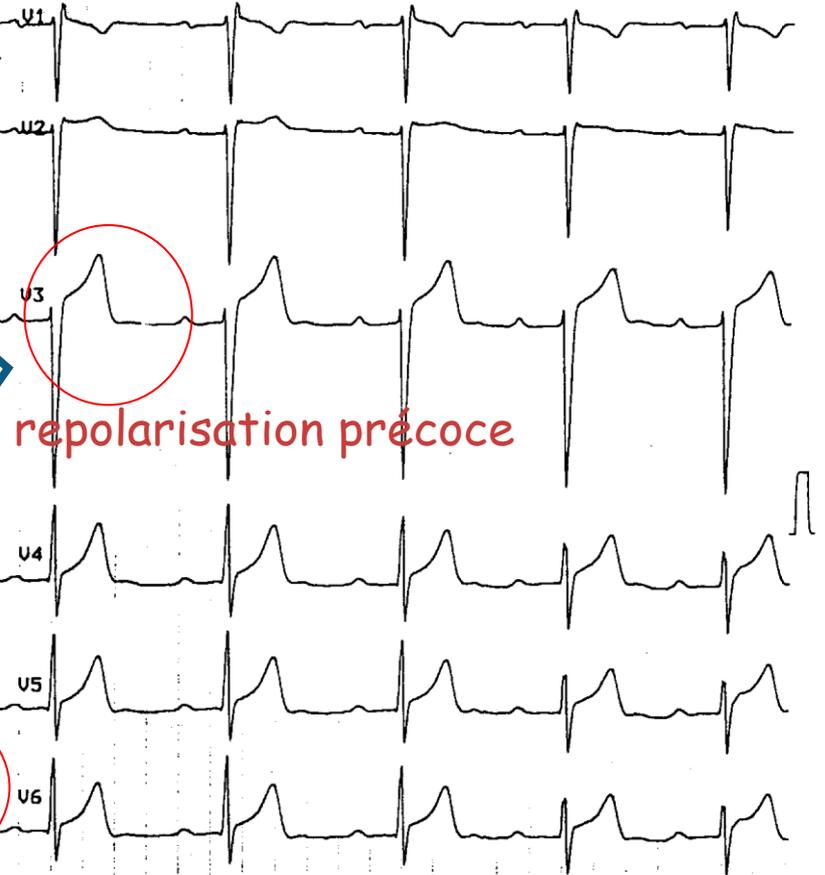
Anomalies a priori bénignes chez un jeune sportif

S'adapte à l'effort

FC = 50 bpm

BBDI en V1

S'atténue à l'effort

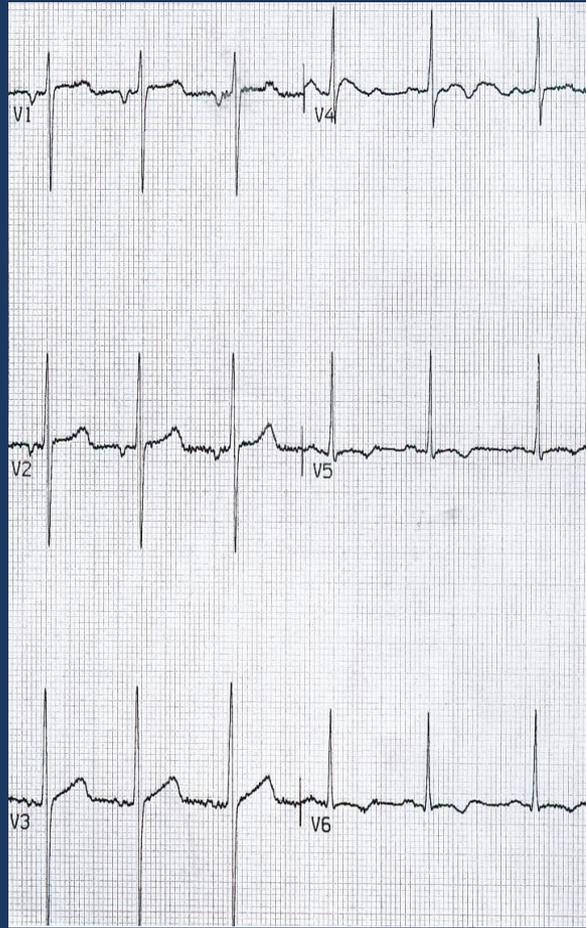


BAV 1 ou 2 (LW)

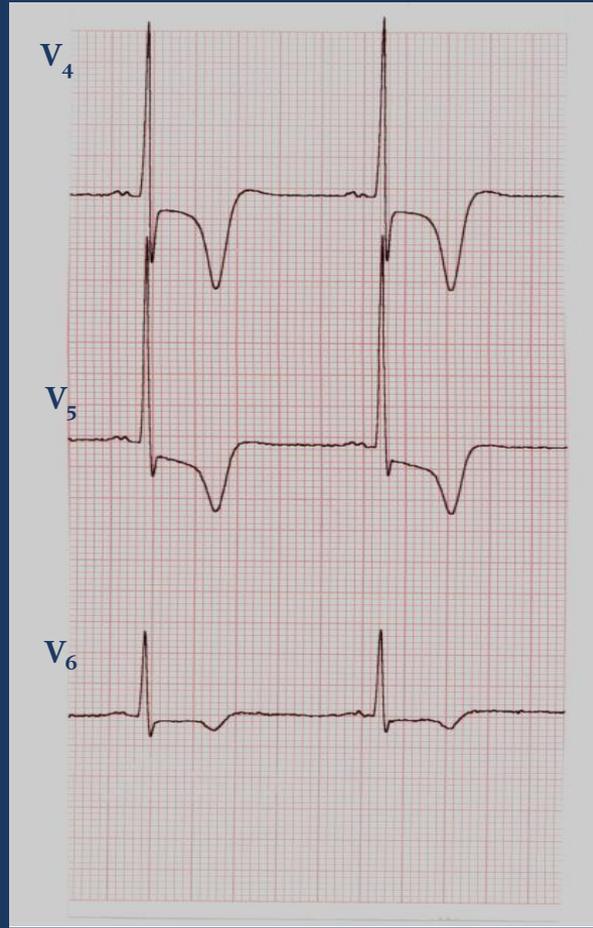
Disparaît à l'effort



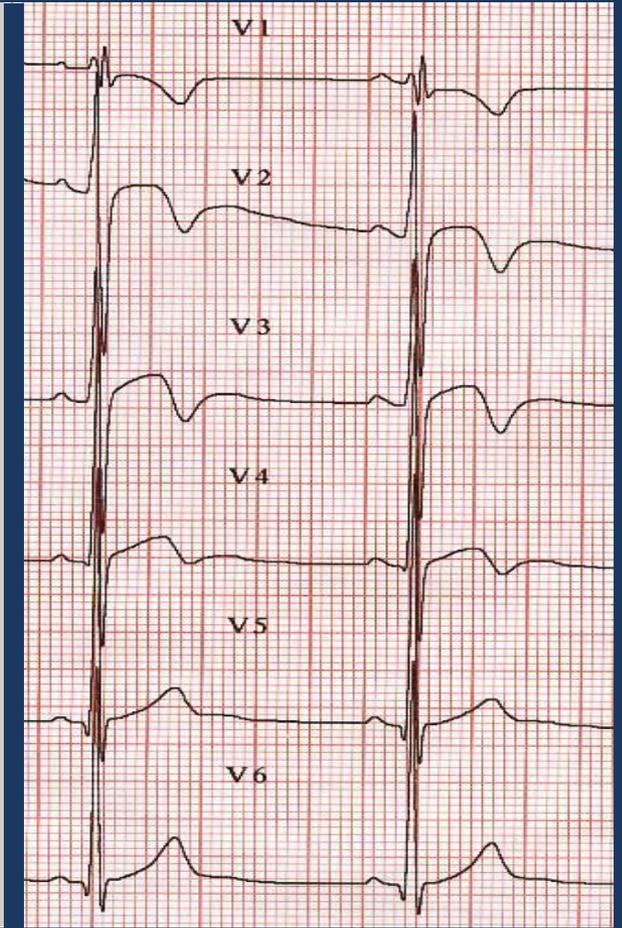
Difficultés diagnostiques de la CMH à l'ECG



CMH

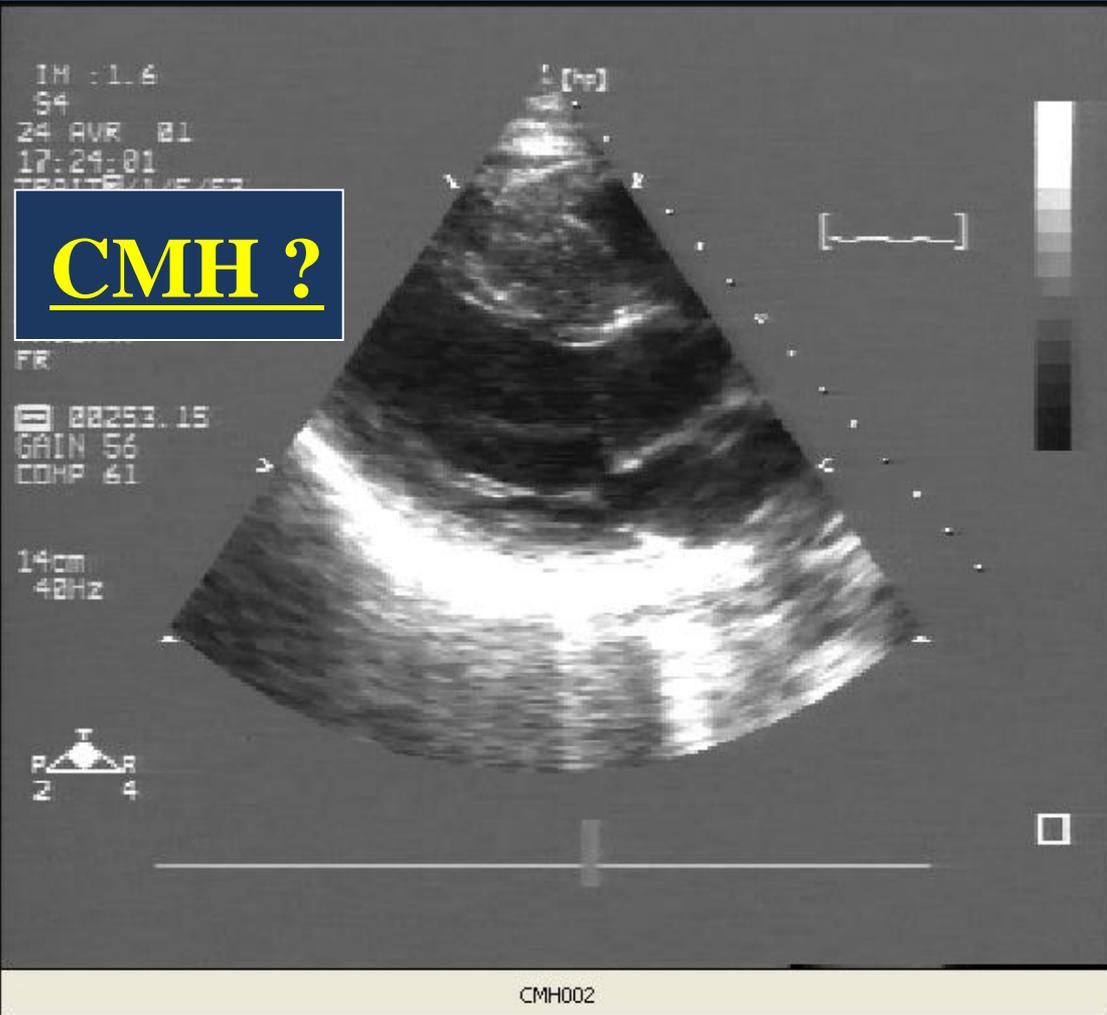


Footballeur « cœur sain »



Cycliste professionnel

Echo coeur



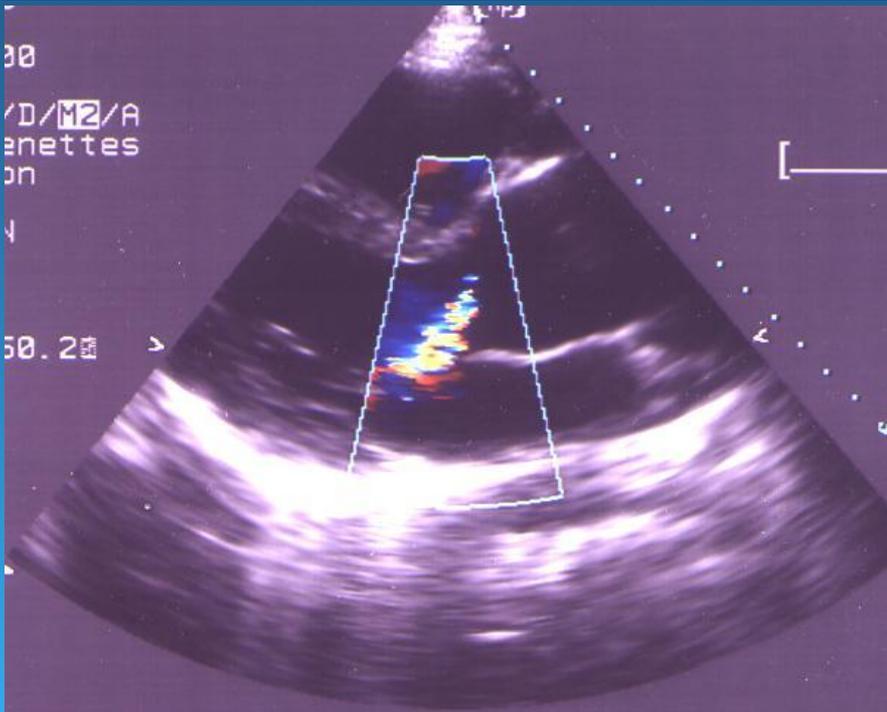
"Grey zone" of LV wall thickness (13–15 mm)

⊕	Unusual patterns of LVH	⊖
⊕	LV cavity < 45 mm	⊖
⊖	LV cavity > 55 mm	⊕
⊕	Marked LA enlargement	⊖
⊕	Bizarre ECG patterns	⊖
⊕	Abnormal LV filling	⊖
⊕	Female sex	⊖
⊖	↓ Thickness with deconditioning	⊕
⊕	Family history of HCM	⊖
⊖	Max VO ₂ > 45 ml/kg/min	⊕

JL Bussi re séminaire CDOS94 janv.2012

Il y a les cas où l'échocardiographie sauve la vie

- Kayakiste de 22 ans
- Préparation des championnats de France de vitesse
- Asymptomatique
- Souffle d'IA 1/6



ECG de 24 h et ECG d'effort

- Le Holter en complément de l'ECG
- et devant une symptomatologie de palpitations ou de malaise à l'effort avec enregistrement **en situation** sur le terrain
- L'épreuve d'effort (avec VO₂) qui rassure faussement par la performance réalisée,
- mais qui démasquera :
 - un syndrome de surmenage chez un compétiteur,
 - rarement une anomalie coronaire avec douleurs thoraciques d'effort chez un enfant,
 - parfois des troubles du rythmes sévères durant l'effort (DAVD)

Indications du test d'effort

Recommandations de l'American College of Sports Medicine :

**Test d'effort chez homme > 40 ans et femme >
50 ans**

**Test d'effort plus jeune si deux facteurs de
risque (tabac, cholestérol, HTA, diabète)**

Test d'effort si sujet symptomatique

Test d'effort si ATCD familiaux

Test d'effort poussé à la FC maximale et non à la FMT +++

Obésité et activité physique: Quel Bilan ?

- Bilan Métabolique

- Glycémie; HbA1c; Cholestérols; Triglycérides; Uricémie;
- SGOT / SGPT / gamma GT
- Urée / Créatinine / microalbuminurie

Bilan Cardio-Respiratoire

(fonction du degré de risque CV et de l'obésité)

- EFR (+/- gazométrie; oxymétrie nocturne)
- Echographie cardiaque si HTA
- Holter rythmique si dysrythmie
- **Epreuve d'effort +/- avec évaluation de la VO2** (sous estimée si obèse)



Le bilan pré-activité physique

Rassurer

Détecter

Éduquer

Guider



Obésité et perte de poids: Orienter les Activités physiques

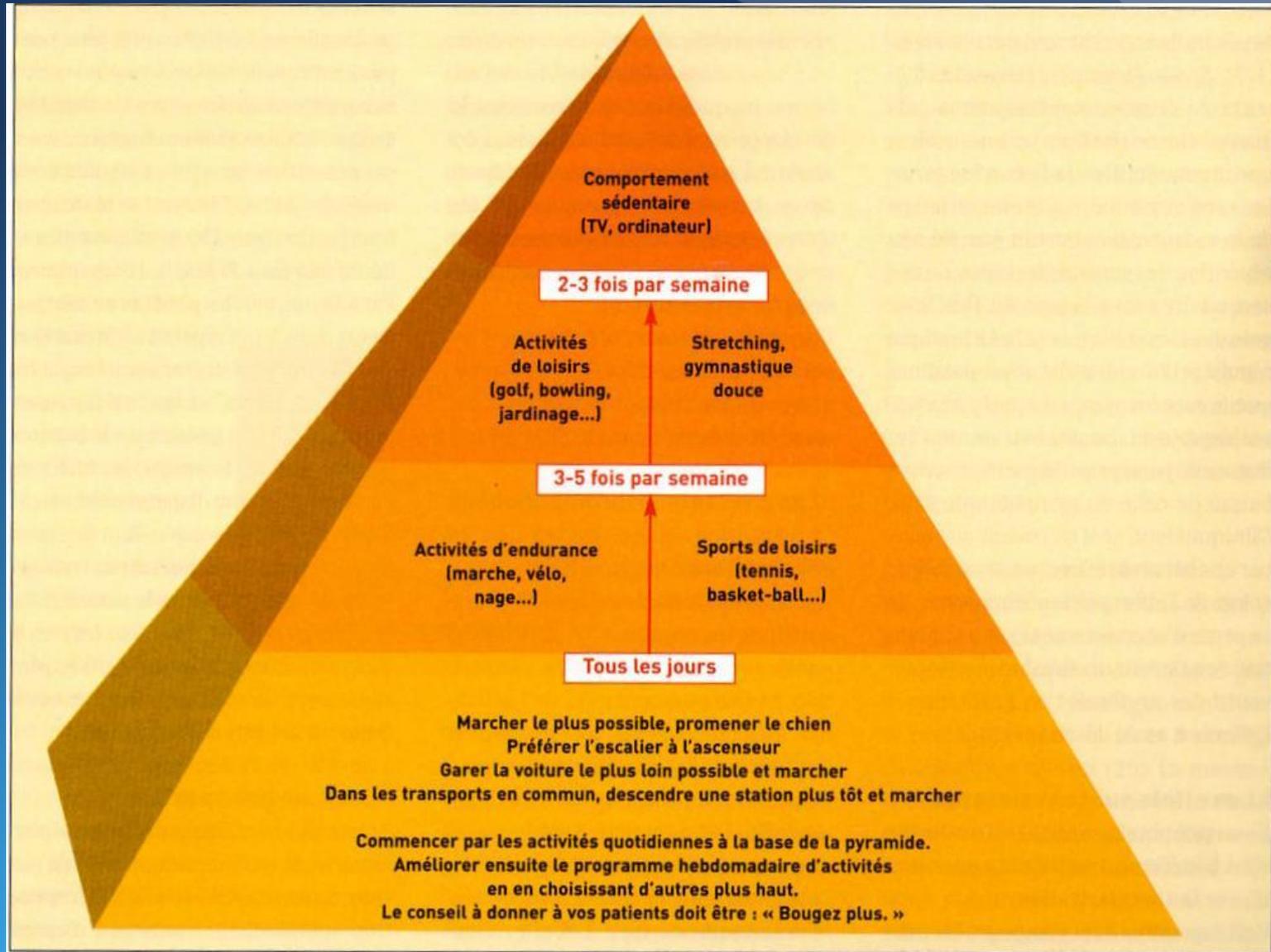
- **Sédentaire complet: Mobiliser**
 - Escaliers / marche dans les déplacements quotidiens
- **Sujet mobilisé: Activer**
 - Activités portées (Natation, Cyclisme)
 - Marche rapide
 - Renforcement musculaire segmentaire 20 à 30 min. 3 séances / sem.
 - Assouplissements 20 à 30 min. 1 / 2 séances /sem.
 - Proprioception
- **Sujet activé: Progresser**
 - Endurance : Durées / Intensités / nb de séances hebdomadaires
 - Renforcement musculaire
 - Activités spécifiques (fonction de la culture et de l'environnement)

William L. Haskell and al.

Physical Activity and Public Health (Circulation. 2007;116:1081-1093.)



OBESITE : QUE PROPOSER ?



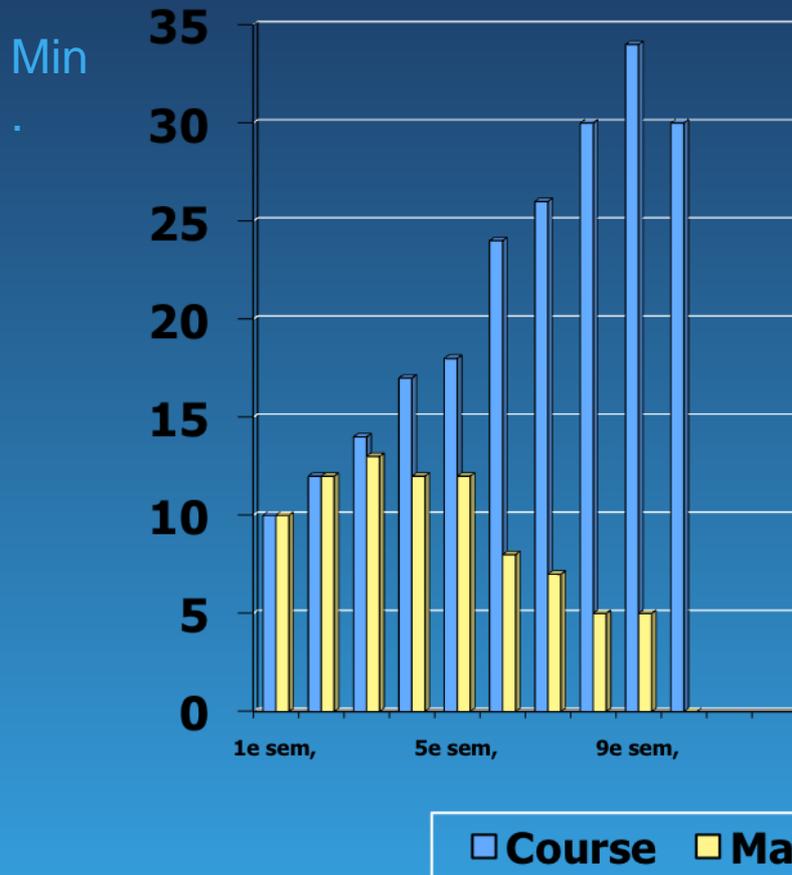
The physical activity pyramid and the new physical activity recommendations. Norstrom J and Conroy HE 1995

JL Bussièrè séminaire CDOS94 janv.2012

« Start to run »

Viviane M Consaads and al. : (Don't) just start running

European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. 2009



Alternance Course / marche

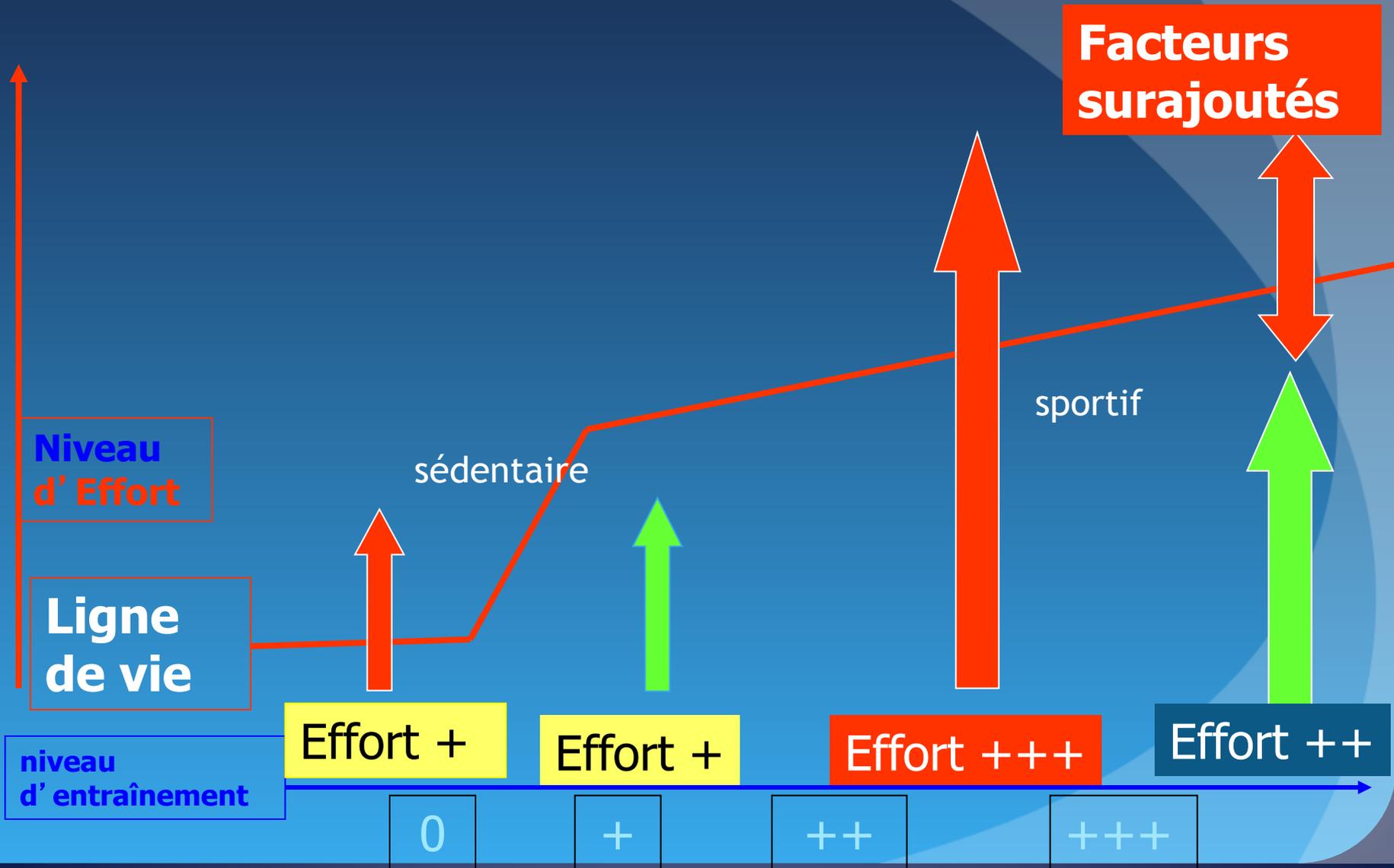
(min.)

1. 1/1 - 2/2 - 1/1
2. 1/1 - 3/3 - 2/2
3. 2/2 - 4/3 - 3/3
4. 3/2 - 4/3 3/2
5. 4/3 - 5/3 - 4/3
6. 5/2 - 7 - 2 - 5/2
7. 8/2 - 10/3 - 8/2
8. 11/2 - 8/1
9. 13/2 - 8/1
10. 28/0.....ou 2 !



Un risque lié au niveau d'entraînement et aux circonstances de l'effort

Autorisation Dr Brion , CCS



Être positif et persuasif

Promouvoir les Bénéfices de l'activité physique

- Elle accroît le bien être, réduit le stress,
- augmente le niveau d'énergie,
- aide à atteindre et maintenir un poids adéquat...
- Allonge la durée de vie
- Diminue les risques cardiaques



Cœur et activité physique et sportive:

« Faire du sport Absolument, mais pas n'importe comment »



Les 10 règles d'or

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

- 1/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort *
- 2/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort *
- 3/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort *
- 4/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min avant de réaliser un effort intense
- 5/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition

* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique

Cœur et activité physique et sportive:

« Faire du sport Absolument, mais pas n'importe comment »



Les 10 règles d'or

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

- 6/ J' évite des activités intenses par des températures extérieures $< -5^{\circ}$ ou $> +30^{\circ}$ et lors des pics de pollution
- 7/ Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 8/ Je ne consomme jamais de substances dopantes et j' évite l' automédication en général
- 9/ Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 10/ Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j' ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes

Conclusion

- La réduction de la mort subite du sportif
- de la sédentarité et de l'obésité est possible
- INFORMER et limiter les comportements à risque
- Mettre en place un réseau de lecture ECG
- Avoir des plateaux techniques cardiologiques orientés pour avis spécialisé

Conclusions II

- Organisation des fédérations sportives face au risque de mort subite
- Organisation des pouvoirs publics, mise en place de défibrillateur, formation de la population aux gestes de survie
- Organisation du suivi longitudinal et information de la communauté médicale

Programme Nutrition Santé Adolescence



CDOS 17 janvier 2012

Obésité Adolescence

Les actions mises en place par le Conseil général

Dr Jeanne Boucher

jeanne.boucher@cg94.fr



CDOS 17 janvier 2012

Un programme de santé publique nutritionnelle locale : 3 dispositifs

Prévention Primaire

- # 1- Éducation critique à la consommation (classe)
- # 2- Promouvoir une politique nutritionnelle à l'école (établissement)

Prévention Secondaire

- # 3- Prévention Obésité 94
(Un programme pour les adolescents déjà en surpoids ou obèses)
- Ces 3 dispositifs répondent aux recommandations du PNNS

Dépistage surpoids/orientation vers le dispositif

■ Education nationale (Santé scolaire)

- Systématique en 5ème
- À la demande dans les autres classes de collèges et de lycées

■ Médecins libéraux/hospitaliers

■ CMS, centres départementaux, autres centres sociaux....

Prise en charge : 2 modalités

- # Un accompagnement individuel
- # Une prise en charge collective

Un accompagnement individuel

- # avec un infirmier du PNSA
- # dans 4 Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)
- # et les MDA du Département.

Des groupes d'éducation thérapeutique pour adolescents en surpoids

Depuis 2002
Pour les 11-14 ans

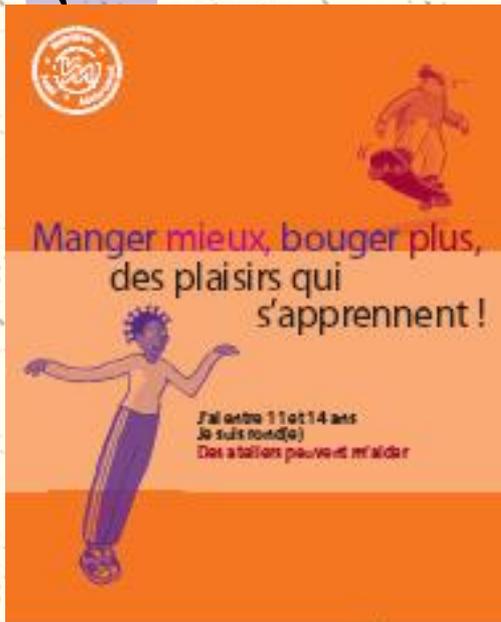


Depuis 2009
Pour les 15-20 ans



11-14 ans

Manger mieux, bouger plus : des plaisirs qui s'apprennent !



Encadrés par :

animateur, professionnel de l'alimentation,
professionnel de l'activité physique

Des séances en groupe pour apprendre à :

- manger selon les sensations de faim et satiété
- bouger un peu plus dans la vie de tous les jours
- renforcer sa motivation ; prendre confiance en soi
- avec le soutien des parents

Formule

11 séances hebdomadaires et 2 journées

15-20 ans

Surpoids : choisir de mieux vivre



Encadrés par :

diététicienne, psychologue, chorégraphe, infirmière

Des séances en groupe, pour :

- Faciliter l'émergence d'une régulation pondérale autonome, inscrite dans la durée
- Réduire la souffrance psychique associée au surpoids.

Formule 2 fois 4 jours consécutifs

Contact pour information, inscription

01 56 72 70 24



Télécharger les plaquettes
www.cg94.fr/nutrition

Colloque Sport Santé du 17 janvier 2012

Thierry MAQUET, UPEC

Etre un jeune en surpoids et faire du sport, quels obstacles.

Nous sommes tous convaincus de la nécessité et de l'utilité de la pratique régulière d'une activité physique, qui plus est pour une personne en surpoids ou en situation d'obésité. Mais nous sommes nous déjà demandé comment ces personnes vivaient le sport lorsqu'elles s'astreignaient à pratiquer, dans certaines structures ? Sommes nous tous préparés à psychologiquement, sommes nous formés, pour accepter ces enfants, ces adolescents, ces adultes, dans les cours d'EPS, dans nos clubs ?

L'extrait présenté ici est un témoignage de ce que Catherine GRANGEARD peut entendre dans son cabinet de psychanalyste.

Catherine GRANGEARD est psychanalyste, elle travaille particulièrement sur les problèmes de poids et de comportements alimentaires. Elle est l'auteur de « Obésités, le poids des mots, les maux du poids » Ed calman-lévy.

« Je m'appelle Abdel, j'ai 14ans, je suis en 4em.

Au début de l'année, le prof de gym a proposé à quelques élèves, après nous avoir pesé et mesuré, de participer à des ateliers, manger mieux bouger plus. Je faisais partie des sélectionnés. Pourquoi ? Les autres trouvent que je suis gros. Moi, je sais pas, je ne me sens pas gros, dans ma famille on est tous comme ça.

A la maison, on s'occupe pas de ça. Sauf de temps en temps, quand on a vu le médecin, Maman affiche sur le frigo des trucs, ce qu'on doit faire ou ce qui est interdit, tout ça... du style les bonnes et les mauvaises choses à manger. Ca dure pas bien longtemps en général. Mon père dit qu'ils sont bien gentils avec leurs fruits et légumes mais qu'il n'a pas les moyens et que de toute façon il aime pas être au régime. Il rassure ma mère en disant qu'elle est très belle comme ça, qu'il faut bien mourir de quelque chose, qu'il a envie de profiter de la vie, qu'on peut pas écouter tout ce qu'on dit... et ça repart comme avant.

Moi j'trouve pas que ce soit bien grave, j'ai pas spécialement envie de maigrir, c'est normal qu'on soit pas tous pareil, y a bien des petits et des grands alors pourquoi y aurait pas les gros et des maigres ?

Par contre j'me suis dit que si j'inscrivais à ces ateliers, on allait s'occuper plus de moi, qu'on allait faire des trucs en plus, que ça pourrait être cool, un peu comme si d'un coup, on devenait plus important.

Au début j'avais un peu le stress parce que j'aime pas trop le sport. Enfin, j'arrive pas à grand-chose, c'est pour ça que j'dis que j'aime pas. Mais là c'était pas pareil, on faisait des jeux avec les prof de sports, des sorties dans les parcs avec des éducateurs qui nous ont accompagné toute l'année. Le mien, c'était Hugo, il était super sympa. Avec lui et les autres copains du groupe on a fait des supers matchs de foot, j'ai découvert le double dutch, on s'est éclaté à la piscine. Il m'a même convaincu de m'inscrire dans un club de foot près de chez moi. La première fois, il est venu avec moi. J'ai fait un entraînement, c'était dur, on a beaucoup couru et à la fin on a joué. Comme j'étais crevé, j'suis allé dans les buts, ça m'arrangeait un peu.

La semaine suivante et les autres fois, j'y suis retourné tout seul. J'aurai bien aimé être avec un copain, je crois que ça m'aurait plus motivé. En fait j'ai continué pour faire plaisir à Hugo mais ça m'a vite saouler c'qu'on faisait. Même si on faisait plus de matchs, j'étais toujours dans les buts et comme j'étais une vraie passoire les autres râlaient tout le temps après moi. Quand on faisait les équipes, j'étais toujours le dernier choisi, et je vous passe les commentaires. Au bout d'un moment, j'ai franchement eu l'impression qu'on me tolérait un peu quand c'était pas important mais quand y avait un match le dimanche, je restais sur le banc, je regardais...on avait peur que je fasse perdre l'équipe.

Le problème c'est que j'suis pas très bon, je fatigue vite et j'cours moins vite, c'est pour ça que j'ai pas ma place. C'est ce qu'on m'a fait comprendre. Quand t'es bon, c'est facile d'avoir de potes au sport. Quand c'est l'inverse... C'était vraiment pas marrant, j'm'demandais pourquoi j'étais là, j'en ai eu marre et au bout d'un mois et demi, j'ai dit que je n'irais plus. Je crois que ça arrangeait l'entraîneur. Je voyais bien qu'il ne savait pas trop quoi faire de moi...

Pistes : Sensibiliser

- Enrichir le référentiel
- Former des éducateurs (Comités rugby et judo)
- Les défis fortiches