

D - C - D é Santé



PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS LES TERRITOIRES



D-CoDé Santé

Une collection de **Dossiers de Connaissances** réalisés dans une perspective d'aide à la **Décision en Santé** publique et en promotion de la santé

Cette publication est soutenue financièrement par Santé publique France

Auteures : Marjorie Cambon, Pauline L'Horset, Ireps Occitanie

Collection sous la direction de : Christine Ferron, Fnes

Conception graphique : Léa Mussillier, Fnes

Utilisation et reproduction : La Fnes autorise l'utilisation et la reproduction du contenu de cet ouvrage, sous réserve de la mention des sources.

Citation proposée : Cambon M, L'Horset P. Promouvoir l'activité physique dans les territoires. Saint-Denis : Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé ; 2021. 36 p. (Collection Fnes D-CoDé Santé)

Remerciements : **Nous remercions pour leur relecture attentive Florence Rostan et Anne-Juliette Serry (Santé publique France), Fabien Pillard (CHU de Toulouse), Cathy Jarroux et Cécile Benoit-Vignole (Ireps Occitanie). Nous remercions également Guillaume Baldy (Commune de Figeac) pour son témoignage, et Delphine Soullignac (Ireps Occitanie) pour son aide et pour avoir réalisé l'interview, ainsi qu'Angèle Nicole (Ireps Occitanie), pour la réalisation des infographies.**

Février 2021.

POINTS CLÉS

POUR LES DÉCIDEURS

1. L'inactivité physique est le 4^{ème} facteur de risque de mortalité dans le monde : on lui attribue plus de 3 millions de décès évitables, dont environ 1 million en Europe. En France, on estime qu'elle coûte près de 17 milliards d'euros par an.
2. La pratique d'activité physique a de multiples bénéfices pour la santé de tous, quels que soient l'âge et le sexe : prévention de l'apparition et de l'aggravation de pathologies chroniques, amélioration de l'état de santé physique et psychique, développement harmonieux de l'enfant et de l'adolescent, amélioration de la qualité de vie, augmentation de la qualité et de la quantité de sommeil, réduction de certains effets liés au vieillissement et, dans certaines conditions, contribution à la cohésion et à l'intégration sociales.
3. L'activité physique est une préoccupation forte d'organisations et agences internationales et nationales (Organisation mondiale de la Santé - OMS, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Anses, Ministères...) et des politiques publiques : elle est l'objet de stratégies et plans nationaux, déclinés au niveau régional et local.
4. L'OMS recommande au moins 2 h 30 à 5 h par semaine d'activité physique pour tous les adultes et une moyenne d'une heure par jour pour les enfants et les adolescents. Les recommandations françaises préconisent la même durée pour ces derniers, ainsi qu'au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance, d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, pour les adultes. En France, les niveaux de pratique d'activité physique sont insuffisants au regard de ces recommandations.
5. De multiples facteurs personnels, interpersonnels, environnementaux et sociétaux expliquent ces niveaux trop faibles de pratique : représentations défavorables, manque de motivation et de temps, faibles revenus, accès imparfait à l'offre et aux installations sportives, manque d'aménagements piétons et de pistes cyclables, insécurité des quartiers...
6. Les autorités locales sont des acteurs phares de la promotion de l'activité physique : elles sont légitimes à se saisir des enjeux de santé (loi « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » - HPST), sont implantées dans les territoires, ont des compétences variées en lien avec la santé (urbanisme, environnement, transports actifs...), fédèrent et créent du lien entre les différents acteurs du territoire et favorisent une approche intersectorielle (santé, sécurité publique, loisirs, insertion sociale...).
7. Les autorités locales peuvent être parties prenantes de tout type d'action, à des niveaux d'implication différents, suivant leurs moyens : en tant que membres du comité de pilotage, en tant que partenaires, par la mise à disposition de financement, de locaux, de matériel, de personnel qualifié, en organisant ou en labellisant des événements...
8. Elles peuvent agir sur l'environnement des individus en coordonnant des projets tels que le développement de transports durables et efficaces favorisant la marche et le vélo ou encore la création d'espaces verts, de chemins de marche et d'installations sportives qui facilitent les contacts sociaux et la participation de tous à la vie du quartier.
9. Mais elles peuvent également participer à des projets actionnant d'autres leviers : l'approche socio-écologique, l'« aller vers » les populations les plus éloignées de l'activité physique, le partenariat intersectoriel, l'accompagnement vers la pratique, le travail sur la motivation...
10. Pour agir, les autorités locales ne sont pas seules et peuvent s'appuyer sur des dispositifs tels que les Contrats locaux de santé, les Ateliers Santé Ville, le label « Ville active & sportive », le Réseau des collectivités actives du Programme national nutrition santé (PNNS)...

SOMMAIRE



P 3 POINTS CLÉS POUR LES DÉCIDEURS

P 6 INTRODUCTION

| | |
|---|------|
| DÉFINITIONS | P 7 |
| L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE | P 8 |
| COLLECTIVITÉS LOCALES, EPCI... LES ÉLUS ONT LE POUVOIR D'AGIR ! | P 9 |
| COÛT SOCIAL DE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE | P 11 |

P 12 DONNÉES DE LA SCIENCE ET DE L'EXPÉRIENCE

| | |
|--|------|
| EFFETS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ | P 13 |
| FACTEURS DE PROTECTION ET FACTEURS DE RISQUE | P 14 |
| LES FREINS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE TOUT AU LONG DE LA VIE, PLUS NOMBREUX QUE LES LEVIERS | P 16 |

P 18 DES PRINCIPES D'ACTION OU D'INTERVENTION

| | |
|--|------|
| PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ | P 19 |
| DÉVELOPPER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUS ET TOUTES | P 20 |
| DONNÉES ISSUES D'ÉVALUATIONS, DE RECHERCHES INTERVENTIONNELLES, DE CAPITALISATIONS D'EXPÉRIENCES | P 21 |

P 26 TÉMOIGNAGE D'UN DÉCIDEUR



P 28 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

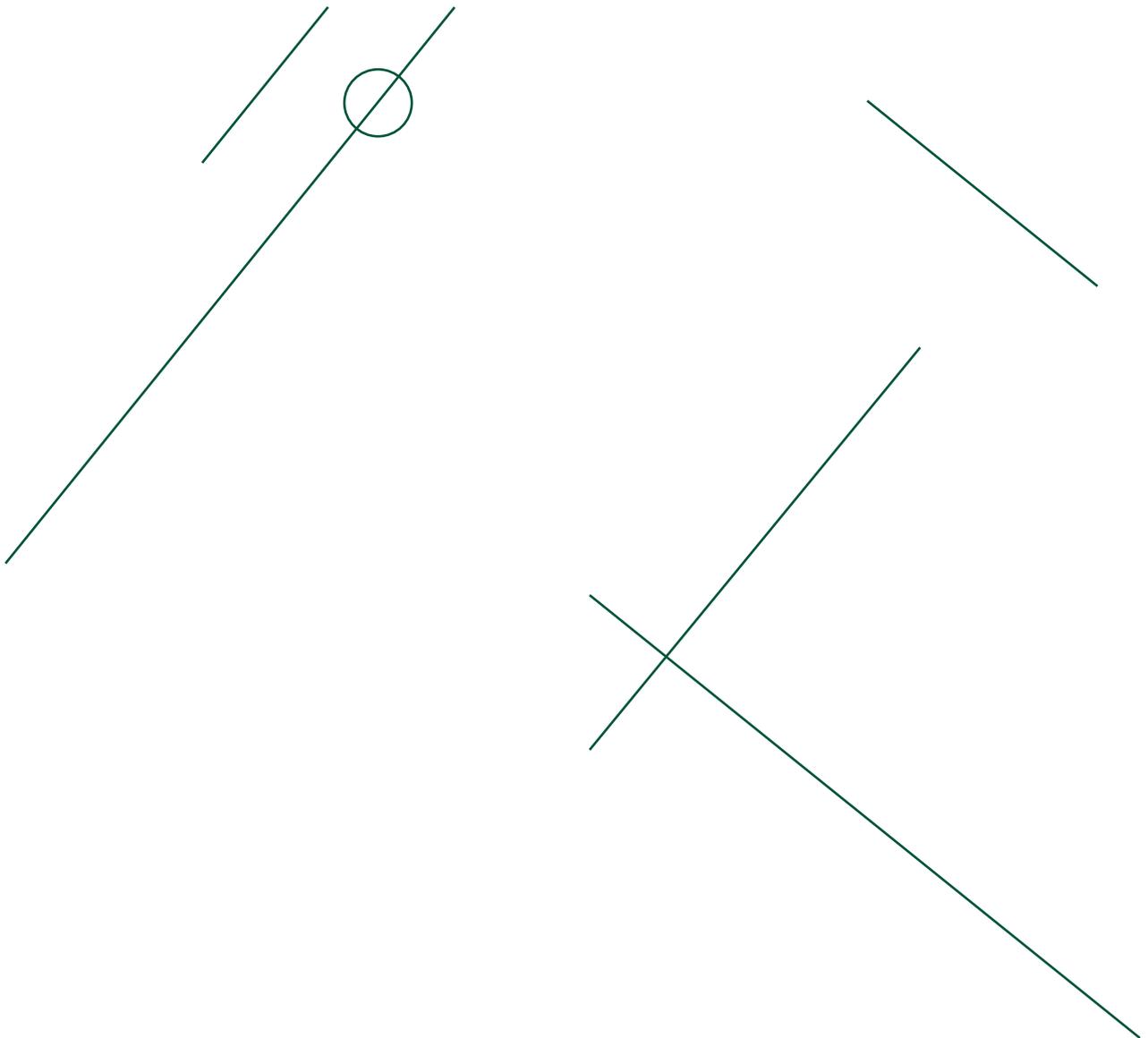
CONCLUSION

P 29

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MESURES DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 (encadré)

P 30

P 31 NOTES BIBLIOGRAPHIQUES



INTRODUCTION

DÉFINITIONS

L'activité physique est définie comme « *tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos* » (Casperan et al., 1985) (1).

L'activité physique regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes (travail, transports, activités domestiques, loisirs...), en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc...). L'activité physique telle qu'elle est définie ici inclut l'exercice musculaire, le sport et l'activité physique de loisir non structurée (1). Elle ne doit pas être confondue avec l'expression « faire de l'exercice » qui correspond à une sous-catégorie de l'activité physique plus délibérée, structurée, répétitive, et qui vise à améliorer ou entretenir un ou plusieurs aspects de la condition physique (2).

En référence au niveau de dépense énergétique caractérisant le niveau d'activité physique d'un individu, il est possible de définir **trois catégories de comportement** :

L'activité physique

Caractérise un comportement au cours duquel le niveau de mouvement corporel produit par la contraction de muscles squelettiques génère une dépense énergétique supérieure à la dépense énergétique de repos et permettant d'atteindre un niveau de dépense énergétique recommandé pour la santé.

L'inactivité physique

Caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée. Il s'agit d'un niveau inférieur à un seuil d'activité physique recommandé pour la santé, mais non-sédentaire.

La sédentarité

Caractérise un comportement en situation d'éveil générant une dépense énergétique faible en position assise ou allongée. L'évaluation du temps de sédentarité peut se faire en observant le temps passé dans des loisirs sédentaires, devant un écran, au travail, etc.

Chacun de ces comportements doit être distingué des autres car ils ont chacun des effets propres sur la santé (1).

Le terme **territoire** se rattache ici à la notion de territorialisation de la santé et comprend :

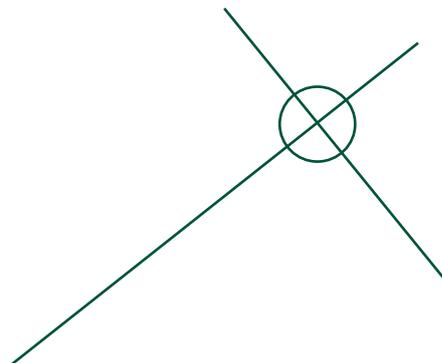
Les collectivités territoriales

Communes, départements métropolitains et d'outre-mer, régions, collectivités à statut particulier et d'outre-mer.

Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)

Communautés de communes, communautés urbaines, communautés d'agglomération, syndicats d'agglomération nouvelle, syndicats de communes et syndicats mixtes.

Le concept de **territorialisation de l'action publique de santé** ne peut être dissocié de la décentralisation des services des collectivités territoriales (Villes et Départements) et des différentes lois qui y sont associées. Il est également lié à la déconcentration des services de l'État, au niveau régional ou local. La loi HPST de 2009 marque véritablement le passage à une approche territoriale de la santé publique afin d'articuler les politiques régionales de santé, l'action des collectivités territoriales et des autres acteurs autour d'un diagnostic partagé. Plus récemment, la loi « de modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016 a réaffirmé la nécessité d'agir au niveau local (3 & 4).



L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

UNE PRIORITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE

L'inactivité physique est la quatrième cause de mortalité due à des maladies chroniques telles que les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et divers types de cancer. Chaque année, on lui attribue plus de trois millions de décès dans le monde (5), dont environ un million en Europe.

Moins de la moitié de la population européenne est considérée comme « active », au regard des recommandations internationales en matière d'activité physique (OMS, 2010) : environ 45 % atteignent le niveau d'activité physique recommandé (6). Au niveau mondial, 1 adulte sur 4 manque d'activité physique et plus de 80 % des adolescents n'ont pas une activité physique suffisante (2). En 2015, en France, 53 % des femmes et 71 % des hommes atteignaient ces recommandations, et seulement 51 % des garçons et 33 % des filles chez les enfants de 6 à 17 ans (7). Actualisées en 2020, les recommandations de l'OMS préconisent au moins 2 h 30 à 5 h par semaine d'activité physique aérobie d'intensité modérée pour tous les adultes, et une moyenne d'une heure par jour pour les enfants et les adolescents. Ces recommandations insistent sur le fait que l'activité physique est bénéfique pour tout le monde (femmes enceintes ou en post-partum, personnes atteintes de maladies chroniques ou en situation de handicap comprises) et que chacun a intérêt à être plus actif, toute quantité d'activité physique valant mieux qu'aucune (8). Les recommandations françaises, actualisées en 2016, préconisent pour les adultes de faire au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance (intensité modérée et élevée), au moins 5 jours par semaine. Pour les enfants¹ et les jeunes de 6 à 17 ans, elles préconisent, comme l'OMS, de faire au moins une heure par jour d'activité physique d'intensité modérée à élevée (9).

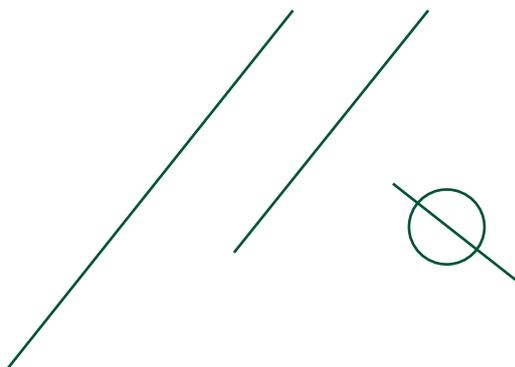
Selon les plus récentes estimations, l'inactivité physique serait une menace pour la santé de 60 % de la population mondiale (10).

Elle est également responsable d'une part substantielle des coûts directs et indirects des soins de santé et entraîne de sérieuses répercussions sur la productivité et l'espérance du nombre d'années de vie en bonne santé (11).

À l'inverse, les bénéfices de l'activité physique sur la santé ne sont plus à démontrer, quels que soient l'âge et le sexe. Largement documentés depuis des années, ils sont multiples : prévention de l'apparition et du développement de pathologies chroniques, amélioration de l'état de santé physique et psychique, développement harmonieux de l'enfant et de l'adolescent, amélioration de la qualité de vie, augmentation de la qualité et de la quantité de sommeil et réduction de certains effets liés au vieillissement (1). Cette liste d'effets favorables n'est pas exhaustive mais la pratique adaptée et suffisante d'une activité physique est à ce jour clairement identifiée comme un déterminant majeur de la santé.

C'est pour toutes ces raisons que l'augmentation générale du niveau d'activité physique des populations constitue une priorité de santé publique dans la plupart des pays et une préoccupation forte d'organisations et agences internationales et nationales (OMS, Anses, Ministères...). Elle donne lieu à de nombreuses publications sur la thématique et au déploiement de stratégies et plans nationaux tels que, en France, le Programme national nutrition santé (PNNS) 4 (2019-2023), la Stratégie nationale Sport-Santé (2019-2024), le plan Vélo ainsi que leurs déclinaisons régionales (6).

1. Les jeunes enfants de moins de 6 ans devraient être actifs au moins 3 heures par jour, grâce à des activités et des jeux. (9)



COLLECTIVITÉS LOCALES, EPCI...

LES ÉLUS ONT LE POUVOIR D'AGIR !

Les bénéfices sanitaires associés à un niveau d'activité physique suffisant ne devraient plus être la préoccupation des seuls professionnels de santé ou de l'activité physique. Ils devraient, en synergie, concerner tous les acteurs de nos contextes de vie (10). La protection de la santé des populations n'est pas une compétence obligatoire des collectivités locales et des EPCI. Cependant, leur légitimité à se saisir des enjeux de santé de leur territoire s'est accrue depuis la loi HPST. Ils peuvent agir en faveur d'une approche globale et transversale de la santé (12) et promouvoir l'activité physique sur leur territoire, qu'il soit urbain ou rural.

L'activité physique d'un individu est tributaire de son environnement de vie physique, organisationnel et social, et ne relève pas uniquement de sa responsabilité individuelle. Il est donc important d'agir sur l'environnement des habitants en créant des milieux favorables au développement d'une activité physique régulière. Les collectivités territoriales, par leurs compétences, leurs liens avec les populations et les professionnels, sont des acteurs essentiels pour la mise en œuvre d'actions de proximité (13,14 & 15).

L'action politique à l'échelle locale peut favoriser une pratique d'activité physique plus élevée et à long terme, par la mise en place de systèmes de transport durables donnant la priorité à la marche et au vélo, ou encore la mise à disposition d'installations en milieu de travail. Au-delà de la promotion du mouvement, la création d'espaces verts, de chemins de marche et d'installations de sport favorisent les contacts sociaux et la participation de tous à la vie du quartier. Les autorités locales ont également la capacité de favoriser la rencontre entre les différents services municipaux et de les fédérer autour d'une stratégie coordonnée commune, afin de développer des actions en faveur de la santé des habitants mais également de la cohésion sociale au sein de la population (16). Le réseau français des Villes-Santé de l'OMS illustre l'importance de la mise en place de politiques favorables aux mobilités actives (17) et la création d'environnements favorables à la

santé et à l'équité (18) en proposant des guides méthodologiques à destination des décideurs locaux, élus et techniciens des collectivités territoriales. La question des mobilités actives a par ailleurs fait l'objet d'une loi « Mobilités » (19) qui permet à chaque collectivité locale de se rapprocher de son département et de sa région pour bénéficier d'aides financières pour des équipements via des appels à projets spécifiques.

Des dispositifs peuvent aussi être mobilisés pour développer des **actions sur un territoire** :

Le Contrat local de santé (CLS) (20) ;

L'Atelier Santé Ville (ASV) (21) ;

Le label « Ville active & sportive »

Il valorise les villes qui portent des initiatives, des politiques sportives cohérentes et la promotion des activités physiques accessibles au plus grand nombre (22) ;

Le label « Terre de jeux 2024 »

Associé au programme national « Action cœur de ville » piloté par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT), il soutient les villes contribuant à la pratique sportive par leurs installations municipales et l'aide aux clubs (23 & 24) ;

Le réseau des collectivités actives

Programme national nutrition santé (PNNS)

Il valorise les actions existantes via la signature d'une charte et permet de bénéficier d'un accompagnement pour le développement de nouveaux projets (25) ;

**Le Cadre d'analyse des politiques locales
Activité Physique - Santé (CAPLA-Santé)**

Proposé à toutes les collectivités territoriales et leurs partenaires, c'est un outil d'aide à la décision et un support de plaidoyer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques d'activité physique - santé (26) ;

Les collectivités locales et les EPCI disposent donc de nombreux leviers pour agir en faveur de la pratique d'activité physique.



ENJEUX DE LA PROMOTION DE

l'activité physique

DANS LES TERRITOIRES

Des bénéfices multiples



État des lieux aujourd'hui

Le manque d'activité physique est le

4^{ème} facteur de risque de décès dans le monde.

MOINS D'1 PERSONNE SUR 2 a un comportement actif en Europe.

PLUS DE 4 ADOLESCENTS SUR 5 n'ont pas une activité physique suffisante.

1 MILLION de décès auraient pu être évités, chaque année en Europe.



Une préoccupation forte des politiques publiques

L'activité physique est une **priorité de santé publique** dans la plupart des pays.

Préoccupation forte d'organisations et agences internationales et nationales (OMS, ANSES, Ministères...).

Objet de stratégies et plans nationaux (PNNS, Stratégie nationale Sport-Santé, Plan vélo...) ainsi que de leurs déclinaisons régionales et locales.

Les autorités locales : des **ACTEURS PHARES** de la promotion de l'activité physique

- ◆ Légitimes à se saisir des enjeux de santé (loi HPST)
- ◆ Implantées localement
- ◆ Ont des compétences variées en lien avec la santé : urbanisme, environnement, transport et mobilité active...
- ◆ Fédèrent et créent du lien entre les différents acteurs du territoire
- ◆ Favorisent une approche intersectorielle : santé, sécurité publique, loisirs, insertion sociale...
- ◆ Ont des dispositifs sur lesquels s'appuyer :
 - Contrats Locaux de Santé (CLS)
 - Ateliers Santé Ville (ASV)
 - Label « Ville active & sportive »
 - Réseau des collectivités actives PNNS

Réalisé par Angèle Nicole

COÛT SOCIAL DE L'INACTIVITÉ PHYSIQUE

D'après une étude de 2016 portant sur 142 pays, l'inactivité physique coûterait chaque année 53,8 milliards de dollars en dépenses de santé et 13,7 milliards de dollars en perte de productivité (27).

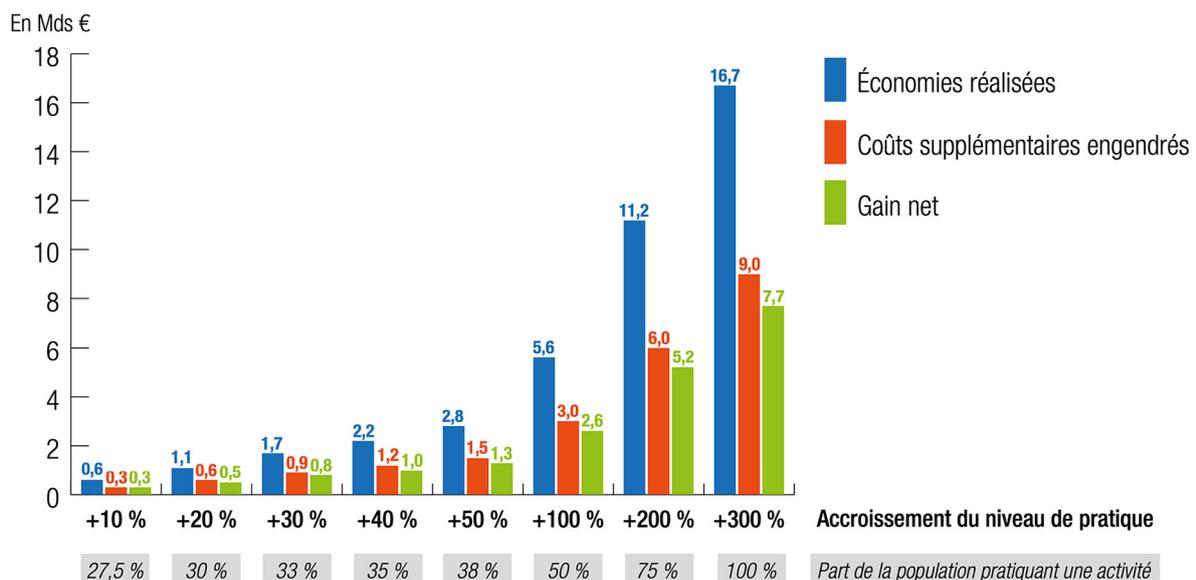
Une étude autrichienne (11) apporte des éléments de réponse tant sur le coût social de la sédentarité que sur le gain économique potentiel d'un accroissement de la pratique sportive pour la collectivité. Cette étude prend en compte les coûts directs (dépenses de santé) et les coûts indirects (pertes de production et dépenses liées aux incapacités). À partir des données d'Eurostat et en supposant que le niveau de pratique sportive des Autrichiens soit proche de celui des Français, la Direction des sports a pu extrapoler ces résultats aux données françaises.

Ainsi, sur la base d'un taux de pratique d'activité physique de 25 %, le coût total de l'inactivité physique est estimé en France à près de 17 milliards d'euros par an. La très grande partie de ce coût est composée des dépenses de santé (81 %), complétées par les coûts indirects liés à l'invalidité (12 %), à la mortalité (5 %) et aux pertes de production (2 %). Trois pathologies

expliquent à elles seules la moitié de ce coût : le diabète de type II (18,6 %), le mal de dos (17,4 %) et les troubles du métabolisme (14,5 %). Le poids des maladies osseuses, ainsi que des troubles mentaux, interpelle également (la dépression représenterait 1,4 milliard d'euros).

À partir de ces données, le bénéfice (coûts évités) de la pratique sportive a été valorisé. Confronté aux coûts directs et indirects liés à la pratique sportive (accidents, fractures, blessures...), le gain économique net d'une amplification de la pratique sportive peut ainsi être estimé (cf. graphique ci-dessous).

Le développement de la pratique sportive peut également améliorer la performance économique collective grâce à son impact présumé sur la productivité. Une étude récente montre qu'un salarié sédentaire qui se met à pratiquer régulièrement une activité physique améliore sa productivité de 6 % à 9 %, en fonction du niveau d'engagement de son entreprise (l'engagement allant de la simple incitation à l'organisation de l'activité physique sur le temps de travail, en passant par une aide financière pour la pratique d'une activité physique en dehors du lieu de travail) (11).



Graphique : Économies générées par un accroissement de la pratique sportive en France
Source : (11) https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf

DONNÉES DE LA SCIENCE ET DE L'EXPÉRIENCE

EFFETS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ

Les données scientifiques sont suffisamment robustes pour démontrer les effets favorables de l'activité physique sur la santé, à tous les âges (1). L'activité physique est un comportement d'autant plus facile à maintenir qu'elle aura été démarrée tôt, notamment dès l'enfance (28). Les études CoviPrev et PhysiCOVID ont confirmé cette dynamique d'ancrage en montrant que la pratique d'activité physique durant le 1^{er} confinement de 2020 avait été meilleure lorsque les personnes pratiquaient déjà auparavant (29 & 30). Il est également acquis que les comportements sédentaires et l'insuffisance d'activité physique font le lit des pathologies chroniques. On a pu mettre en lumière les mécanismes, jusqu'au niveau moléculaire, à l'origine des risques liés à la sédentarité et des bénéfices sanitaires de l'activité physique (6) :

Maladies chroniques

L'activité physique a un rôle protecteur en prévention primaire, vis-à-vis de la survenue de pathologies chroniques (en particulier l'obésité et le diabète de type II) (1). La pratique d'activité physique adaptée (APA) a quant à elle des effets bénéfiques en prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques. On recense dix pathologies chroniques pour lesquelles l'activité physique est reconnue comme étant un traitement à part entière : le diabète de type II, l'obésité, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme, le cancer, les syndromes coronaires aigus, l'insuffisance cardiaque, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies ostéoarticulaires, la dépression et la schizophrénie (29 & 31).

Mortalité

La pratique adaptée et suffisante d'une activité physique peut permettre de diminuer la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) (1).

Sommeil

L'activité physique agit directement sur le sommeil en augmentant sa quantité et sa qualité, améliore la qualité de l'éveil diurne et contribue à la régulation du sommeil, dont les perturbations semblent augmenter le risque de nombreuses pathologies chroniques (1).

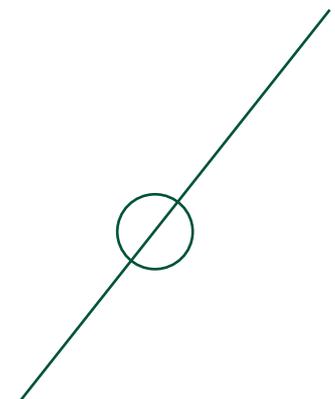
Santé mentale et qualité de vie

La pratique d'activité physique améliore la qualité de vie et réduirait le risque d'état de stress psychologique, les états d'anxiété et de dépression (1).

De plus, l'activité physique a des effets spécifiques sur certaines catégories de population. Par exemple, sa pratique régulière et adaptée est associée à une diminution des risques de chute chez les personnes âgées de plus de 65 ans ; elle favorise l'autonomie des personnes présentant une limitation fonctionnelle d'activité en améliorant la capacité fonctionnelle, la condition physique, l'estime et la perception de soi. De même, l'activité physique joue un rôle essentiel dans le développement des enfants et des adolescents car elle a des effets favorables sur la condition physique. Elle agit également sur leur santé mentale en renforçant la confiance en soi et l'estime de soi et en réduisant l'anxiété, le stress et les risques de dépression. Elle est aussi un facteur favorable à la réussite scolaire (1 & 32).

Plus largement, la pratique d'activité physique favorise la cohésion et l'intégration sociales dès lors qu'elle est organisée dans un cadre facilitant l'accès à tous et la mixité des publics (33).

Les risques liés à la pratique d'une activité physique adaptée et suffisante (risques traumatiques, risques de mort subite, troubles hormonaux, addiction...) sont jugés minimes comparés à ses multiples bénéfices (1).



FACTEURS DE PROTECTION ET FACTEURS DE RISQUE

La pratique d'activité physique et le comportement sédentaire sont influencés par de nombreux facteurs complexes qui interagissent entre eux. Ces facteurs sont d'ordre individuel, interpersonnel, politique, contextuel. Il est important d'identifier quels sont les déterminants de l'adoption d'un comportement actif, pérenne et inséré dans les habitudes de vie afin de créer les conditions politiques, environnementales, sociales et organisationnelles qui favorisent son maintien, sans aggraver les inégalités sociales de santé (28 & 31).

Les principaux facteurs de protection, influençant positivement la pratique d'activité physique

Facteurs individuels ou intrapersonnels

Sexe masculin, jeune âge, bon état de santé, niveau d'éducation élevé, bonne image de soi, confiance en soi et en ses capacités, capacité à rechercher le soutien d'autrui et à mobiliser les moyens pour y parvenir², perception des bénéfices à l'activité physique, plaisir à pratiquer et existence d'antécédents de pratique.

Facteurs interpersonnels ou sociaux

Transmission de valeurs positives et incitation à la pratique voire participation effective, encouragement à être actif issu de l'entourage social.

Facteurs environnementaux et sociétaux

Potentiel piétonnier du quartier élevé, connectivité des rues, proximité de destinations non résidentielles, accessibilité des équipements de pratique sportive, densité de population élevée, sécurité du trafic, facilité d'utilisation des transports publics.

Les principaux facteurs de risque, accroissant la probabilité d'inactivité physique et de sédentarité

Facteurs individuels ou intrapersonnels

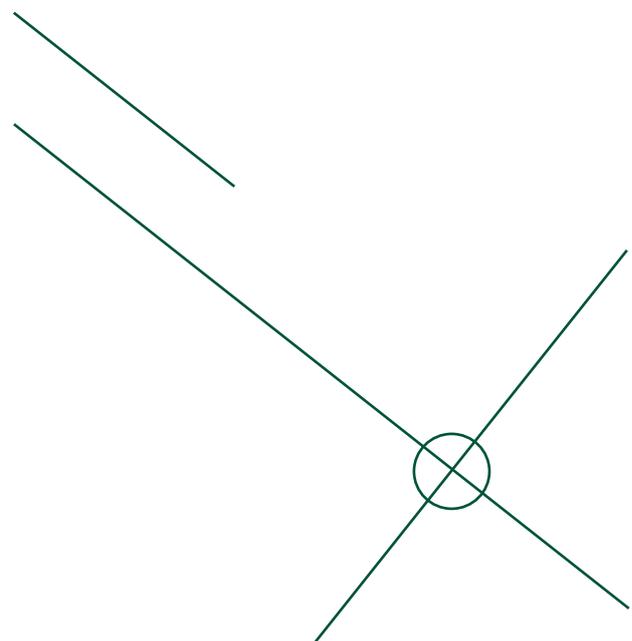
Surpoids, avancée en âge, manque de temps, faible niveau d'éducation, perception d'obstacles à l'activité physique, chômage, symptômes dépressifs.

Facteurs interpersonnels ou sociaux

Chez les enfants, faible niveau d'éducation des parents, appartenance à un ménage à faible revenu, nombre d'écrans au sein du ménage, risque élevé de mésusage des écrans.

Facteurs environnementaux et sociétaux

Forte insécurité perçue dans le voisinage (1 & 33).



2. Il s'agit là de compétences dites « psychosociales », définies comme la « capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » (OMS, UNESCO. Life skills education in schools. Genève: OMS; 1993.)

FACTEURS SOCIÉTAUX, POLITIQUES ET LÉGISLATIFS

MICRO-ENVIRONNEMENT ET FACTEURS INTERPERSONNELS

FACTEURS INDIVIDUELS

Facteurs biologiques et génétiques
Image de soi
Plaisir
Valeurs
Connaissances, croyances
Facteurs psychologiques
Âge
Sexe



Facteurs culturels
Modèles sociétaux
Famille
Amis et pairs
Logement
Offre de loisirs sédentaires
Véhicule de transport
Voisinage, parcs, centres
récréatifs, chemins pédestres

Centres commerciaux
et commerces
Lieu de travail
Écoles
Sécurité du voisinage
Communautés
Cités



Médias et presse
Système de presse
Statut socio-économique
Temps de loisirs
Accessibilité des équipements
de loisirs
Industrie du sport et des loisirs
Urbanisation et politique
de transport

Collectivités territoriales

Horaires de travail
Programmes scolaires
et système éducatif
Criminalité
Gouvernement



Facteurs qui influencent la pratique de l'activité physique, d'après Booth (34)

Réalisé par Angèle Nicole

LES FREINS À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE RÉGULIÈRE TOUT AU LONG DE LA VIE PLUS NOMBREUX QUE LES LEVIERS

Qu'il s'agisse des enfants, des adultes ou des seniors, leur niveau d'activité physique est insuffisant au regard des recommandations de l'OMS, et l'on constate que les filles et les femmes pratiquent moins que les garçons et les hommes (35). La voiture reste le mode de déplacement majoritaire, les transports actifs ne représentant qu'un quart des déplacements. Pourtant, deux tiers des adultes et une majorité des seniors connaissent les recommandations en matière d'activité physique (36 & 37). Alors comment expliquer cette pratique insuffisante et ces inégalités ?

Des pratiques différentes en fonction des trajectoires individuelles

Des irrégularités de pratique suivant les périodes de la vie

Une étude récente (38) analysant les trajectoires individuelles d'activité physique et sportive donne quelques éléments de réponse. Elle fait le constat d'une difficulté à maintenir une activité physique régulière tout au long de la vie : si l'enfance est une période d'amorçage de la pratique, la transition vers l'âge adulte et de nouvelles priorités (études, sorties, cadre de vie mouvant...) ainsi que l'entrée dans la vie active et familiale (travail prenant, horaires variables, grossesse(s) et parentalité...) peuvent constituer des périodes de décrochage. L'intervalle entre 25 et 40 ans correspond à une période où la pratique sportive est en moyenne plus basse, avec trois grandes modalités : décrochage total (surtout chez les femmes), recherche d'activités moins contraignantes (plutôt chez les hommes), pratique irrégulière avec hauts et bas (chez les jeunes générations). À l'inverse, l'installation dans une nouvelle stabilité autour du travail est une période de reprise possible, tout comme la quarantaine (desserrement possible des contraintes, apparition d'une préoccupation pour la santé, envie de rester en

forme, de bien vieillir...) et la retraite (besoin de s'occuper, besoin de vie sociale...) où la remise en mouvement fait une place plus grande à l'activité physique qu'à l'activité sportive (activité physique en association, mobilité active : marche, vélo...).

L'expérience de l'activité physique en milieu scolaire, périscolaire et extra-scolaire

La difficulté du maintien de l'activité physique trouve également ses sources dans la fabrication d'automatismes et la concurrence des activités dès l'enfance. L'étude fait le constat d'une difficulté de l'enseignement en Éducation physique et sportive (EPS) à fabriquer de l'appétence pour le sport. Chez les moins sportifs, l'expérience de l'EPS est souvent structurante de façon négative : souvenirs d'embarras, de moqueries, d'humiliations de la part des autres élèves, attitude parfois peu bienveillante des enseignants, peu préoccupés par les élèves moins sportifs, ne régulant pas les comportements des élèves et ayant parfois eux-mêmes des comportements discriminatoires ou humiliants. L'entrée dans le sport apparaît comme plus positive et constructive en périscolaire ou extra-scolaire, car le rapport au sport est davantage fondé sur le plaisir de pratiquer (motivation forte, espace de liberté et de socialisation autonome, hors de l'univers familial et scolaire) (38).

Des freins territoriaux, environnementaux et culturels

À travers l'analyse des trajectoires individuelles des individus interrogés, l'étude (38) identifie les freins suivants à la pratique d'activité physique :

- Le manque de culture de l'activité physique, entraînant la confusion avec le sport, associé aux notions d'exigence et de compétition, décourageantes pour les moins actifs ;

- Les représentations encore très genrées du sport : univers masculin, traitement médiatique du sport jugé inégalitaire à l'égard des femmes, ressenti de malaise dans les salles de sport par les femmes qui ont parfois l'impression de déranger ou d'être la cible de regards gênants, représentations différenciées des pratiques sportives à l'œuvre dès l'enfance (football pour les garçons, danse pour les filles...);
- Un accès général à l'offre sportive imparfait : insécurité, horaires inadaptés, saturation des équipements en milieu urbain ;
- Une accessibilité problématique pour les personnes en situation de handicap ;
- Le manque de motivation personnelle lié à l'absence de bénéfice immédiat ;
- Le coût élevé de la reprise sur le plan physique et psychologique ;
- Le manque de temps : vie familiale, horaires lourds ou irréguliers du travail, activité physique considérée comme non-prioritaire ;
- La limite physique (blessure, handicap, âge).

Milieu rural, milieu urbain : des différences territoriales

En milieu rural, d'autres problématiques viennent s'ajouter. Les territoires ruraux possèdent plus de la moitié des sites de sport en pleine nature mais ne comptent que 27 % des équipements sportifs en France ; ceux-ci sont inégalement répartis, reléguant parfois les populations à plus d'une demi-heure de certains équipements sportifs spécialisés (39). Un rapport identifie également la vétusté des équipements sportifs et leur manque de confort auxquels s'ajoutent des problématiques de santé environnementale liées à la qualité de l'air intérieur et extérieur. Le même rapport met aussi l'accent sur le poids du cadre sociétal, qui contribue à la faible valorisation et à la faible pratique d'activité physique et sportive, notamment dans les quartiers prioritaires de la ville ou les territoires ruraux (40).

Des leviers individuels aux leviers structurels

L'existence d'une norme sociétale dominante centrée sur une pratique régulière (avec le risque de la stigmatisation de ceux qui ne parviennent pas à s'y conformer), et le relais de cette norme dominante par l'entourage (famille, amis), sont favorables à la pratique d'activité physique.

Ces normes favorables ont des limites pour les moins actifs ; elles peuvent entraîner du découragement par effet de contraste inhibant, ou une image dévalorisante de soi-même et de ses capacités. D'autres leviers existent :

- Une offre importante d'activités physiques et sportives où que l'on soit : aménagements urbains favorables au mouvement, équipements récents, environnement naturel en milieu rural... ;
- Une offre qui s'adapte au public actif : développement des salles de sport privées avec des activités diversifiées et des horaires adaptés ;
- Une offre associative municipale accessible aux petits budgets ;
- La présence accrue d'équipements dans la sphère privée (côté pratique et ludique) ;
- La représentation partagée d'un bénéfice en termes de santé aux multiples déclinaisons ;
- Une capacité personnelle à s'astreindre à la discipline d'une pratique régulière ;
- Enfin, le plaisir de la pratique, un levier puissant, indispensable à son maintien dans la durée (38).

Pour une politique nationale de promotion de l'activité physique

Les freins mis en avant par l'étude analysant les trajectoires individuelles d'activité physique et sportive sont repris par France Stratégie qui définit des orientations politiques à prendre en compte afin de promouvoir l'activité physique pour tous et de l'intégrer de façon durable dans les modes de vie. Ces orientations incluent la nécessité d'une approche intersectorielle portée à un niveau interministériel associant les acteurs du monde sportif, les entreprises ainsi que les collectivités territoriales (41). Cette approche est confortée dans une analyse qui fait le constat en France de l'absence d'une politique nationale intégrée de promotion de l'activité physique englobant toutes ses composantes. Elle n'est présente que dans des politiques non spécifiques, en association à un autre objet (l'alimentation), ou sous l'angle de l'une de ses dimensions (la pratique sportive) (42).

DES PRINCIPES D'ACTION OU D'INTERVENTION

PROMOUVOIR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

UNE DÉMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

La promotion de la santé « est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Charte d'Ottawa, 1986).

La charte définit cinq axes d'intervention pour promouvoir la santé :

L'élaboration de politiques pour la santé

Il s'agit d'inscrire la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard.

La création d'environnements favorables

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique de la santé.

Le renforcement de l'action communautaire

Il s'effectue via la participation effective et concrète des personnes et des groupes à la fixation des priorités, à la prise de décisions, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.

L'acquisition d'aptitudes individuelles

Elle vise à soutenir le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux personnes et aux groupes davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire leurs propres choix.

La réorientation des services de santé

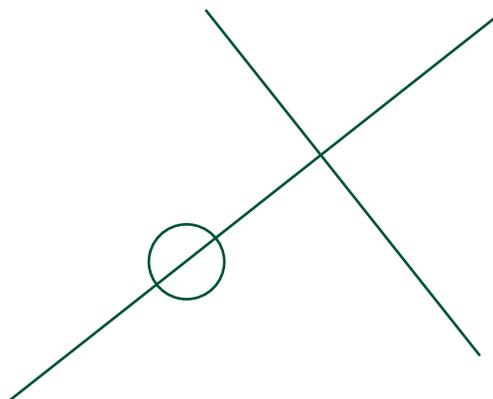
La promotion de la santé relève d'une responsabilité partagée entre les particuliers, les collectivités, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements.

Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé (43).

La promotion de la santé se distingue de la prévention par son approche positive de la santé, perçue comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).

La promotion de la santé peut être déclinée dans l'ensemble des milieux de vie (écoles, administrations, structures d'accompagnement social, établissements de santé ou médico-sociaux, quartiers...) et auprès de tous les publics ; par extension, la promotion de l'activité physique doit être pensée dans une approche globale et permettre la combinaison de chacun des cinq axes d'intervention ci-dessus afin de rendre l'action la plus efficace possible.

La place et le rôle des autorités locales dans la promotion de la santé sont mis en avant tout au long de ce dossier et sont réaffirmés par : leur proximité avec la population ; leur responsabilité dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé ; leur positionnement à la croisée de multiples services et institutions ; la mise en œuvre locale des politiques nationales et régionales ; leur rôle dans le dynamisme et l'attractivité des territoires, qui ont pour préalables l'état de santé, le bien-être et la qualité de vie des habitants (12).



DÉVELOPPER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR TOUS ET TOUTES

L'atteinte de cet objectif appelle de profondes mutations dans les modes de vie au quotidien. **L'agence France Stratégie présente quatre orientations transversales à intégrer aux politiques publiques :**

Faire évoluer les représentations des acteurs

qui ne sont pas encore assez orientés vers l'objectif de l'activité physique et du sport pour tous : acteurs du monde du sport, mais aussi urbanistes, ingénieurs, architectes, employeurs, enseignants, professionnels de santé, parents, citoyens engagés... ainsi que les élus locaux et les collectivités territoriales.

Miser sur l'aménagement urbain

pour rendre marchables et cyclables les espaces de vie, afin de lever des freins à la pratique d'activités au quotidien, pour le plus grand nombre.

Intégrer l'activité physique dans les temps sociaux quotidiens

afin que chacun puisse y consacrer davantage de temps et bénéficier de ses bienfaits immédiats.

Renforcer les stratégies d'accompagnement des publics les plus éloignés de la pratique (41).

Ces orientations sont des composantes d'une politique de promotion de la santé. À ce titre, elles doivent en respecter les principes et valeurs :

La réduction des inégalités sociales de santé

L'alimentation et l'activité physique sont des déterminants majeurs et indissociables de la santé ; ce sont aussi des facteurs participant aux inégalités sociales de santé. Afin de réduire ces inégalités, il convient à la fois d'assurer le maintien d'une offre de service universelle en termes d'accès à l'activité physique et à une alimentation saine, et de promouvoir des politiques et des interventions dont l'intensité est proportionnelle aux besoins des différents sous-groupes de la population (44).

En particulier, il conviendra de veiller à ce que les groupes sociaux les plus favorisés ne soient pas les seuls à tirer profit des politiques publiques en faveur de la santé afin de ne pas contribuer à creuser les inégalités sociales et territoriales (45).

L'augmentation du pouvoir d'agir de la population

La participation est considérée comme un facteur d'efficacité en promotion de la santé, en ce qu'elle accroît l'égalité des chances, améliore la santé mentale, renforce la cohésion sociale et favorise l'intersectorialité. Cette efficacité est particulièrement notable pour les personnes présentant un risque plus élevé d'exclusion sociale et de perte de pouvoir sur leur santé : les personnes en situation de pauvreté, les jeunes, les femmes, les personnes atteintes de maladie chronique ou de handicap... Permettre une meilleure maîtrise des individus et des groupes sur les questions de santé qui les concernent, par l'implication dans les décisions liées à la santé, a un effet significatif sur l'amélioration de leur santé globale (46).

L'action sur les déterminants socio-environnementaux

La promotion de la santé se construit autour d'une vision socio-écologique de la santé prenant en compte les déterminants socio-environnementaux de la santé. Cette approche met l'accent sur les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leurs environnements matériels et humains, ces derniers jouant un rôle dans la genèse des problèmes de santé mais aussi dans l'apport de ressources pour soutenir la santé. Les programmes qui intègrent des actions sur ces déterminants ont des effets durables en modifiant les structures, systèmes, politiques et normes socio-culturelles en faveur de la santé (47). La prise en compte de la santé dans chacune des politiques locales permet de décloisonner les actions mises en place et ainsi de gagner en efficacité. Cette approche transversale permet aussi « de mettre en valeur la cohérence d'un projet politique et social, et d'en faire un axe de communication » (45).

DONNÉES ISSUES D'ÉVALUATIONS, DE RECHERCHES INTERVENTIONNELLES, DE CAPITALISATIONS D'EXPÉRIENCES

L'approche socio-écologique ou globale

Pour être efficaces à long terme, les stratégies de promotion de l'activité physique doivent cibler non seulement l'exercice et l'activité physique pendant les loisirs, mais également les activités de la vie quotidienne. Elles doivent également contribuer à limiter les activités sédentaires. Il convient donc de considérer l'ensemble des activités d'une population en intégrant le contexte social, culturel, physique et organisationnel, c'est-à-dire la niche écologique dans laquelle elle évolue.

Les facteurs intra individuels

Ces facteurs innés ou acquis (sexe, âge, facteurs biologiques et génétiques, capacités physiques, niveau socio-économique...), influencent les représentations, attitudes et comportements vis-à-vis de l'activité physique. D'autres facteurs psychologiques (croyances, image de soi, confiance en soi...) jouent un rôle dans la pratique régulière et dans son maintien, tout comme le plaisir perçu et la motivation.

L'environnement social

Il tient aussi un rôle majeur dans l'acquisition d'un comportement actif au quotidien : famille, amis, collègues, etc. via la transmission de valeurs, leur pratique personnelle, leurs propres représentations ou croyances...

Les facteurs environnementaux

Ils sont des déterminants prépondérants de l'activité physique : logement, quartier de résidence (accessibilité, pistes cyclables, parcs...), milieu scolaire (diversité des cours d'éducation physique et sportive, équipements...).

En d'autres termes, les politiques d'aménagement et de transport urbain, les programmes scolaires et universitaires, les politiques nationales de santé publique sont autant de facteurs susceptibles d'influencer la pratique d'une activité physique (48).

L'intervention centrée sur l'activité physique et la sédentarité : Icaps

L'intervention évaluée dans le cadre de l'étude Icaps, à destination de collégiens, visait l'augmentation de la pratique sous toutes ses formes, à l'école et à proximité de l'école mais aussi pendant les loisirs et la vie quotidienne via la mise en œuvre d'une série d'actions articulées entre elles et ciblant trois niveaux : l'enfant ou l'adolescent en lui-même (connaissances, attitudes, motivations...), son support social (ou environnement social) et son environnement physique. Le programme ne ciblait pas uniquement l'environnement scolaire mais impliquait également les acteurs d'autres lieux de vie des adolescents. L'étude a montré que les résultats obtenus se maintenaient à distance de l'intervention. Des projets de type Icaps peuvent être mis en place et portés par des entités diverses, notamment des collectivités territoriales, des centres de loisirs... L'engagement des collectivités territoriales et EPCI peut se situer à différents niveaux :

- Intégration du comité de pilotage ou de l'équipe projet (services Jeunesse, Éducation, Sports, Médico-social, Transports, Urbanisme...);
- Participation à l'analyse de la situation : offre d'activité physique, recensement des actions déjà mises en œuvre localement;
- Participation en tant que partenaires (élus, directeurs de service, éducateurs territoriaux en activité physique et sportive, éducateurs jeunesse, office municipal des sports...) via l'allocation d'un budget spécifique, l'inscription du projet dans des dispositifs existants (politique de la ville, CLS, politique jeunesse, santé...);
- Mobilisation via la mise à disposition de locaux, de matériel, de personnels qualifiés;
- Participation à l'accroissement de l'offre d'activité physique pour tous sous toutes ses formes via l'aménagement d'équipements diversifiés, sécurisés, d'accès libres ou animés... (33)

Après une première phase de déploiement auprès de 15 sites pilotes, et suite à un appel à candidatures, Santé publique France a désigné le Centre Socio Culturel et Sportif Léo Lagrange de Colombelles comme Centre National de Déploiement en Activité Physique / lutte contre la Sédentarité (CND AP/S), en mars 2019 et pour une période de 4 ans. Ce centre national est chargé d'accompagner la mise en place de projets de promotion de l'activité physique des enfants et des jeunes sur l'ensemble du territoire national en s'appuyant sur la démarche de type Icaps (49).

L'aller-vers

De nombreux termes sont utilisés pour parler des actions d'« aller-vers » : maraude, équipe mobile, visite à domicile, action hors-les-murs, action sociale de proximité, prévention spécialisée, travail social de rue, permanence délocalisée...

L'« aller-vers » se caractérise par « l'adaptation de ses formes à divers publics et réalités sociales » (50). En effet, cette démarche peut être utilisée aussi bien avec une visée commerciale pour un public aisé, que dans un objectif de resocialiser des personnes en situation de grande exclusion.

Ce qui apparaît central dans une démarche d'« aller-vers » est le changement du rapport entre l'intervenant et le public ciblé. Plusieurs éléments contribuent à ce changement de rapport et nécessitent des adaptations de l'intervention et des intervenants. C'est l'intervenant qui fait la démarche de rechercher une personne ou un groupe faisant partie de son public cible. Dans ce but, il se déplace dans les lieux de vie de ces personnes, là où elles travaillent, habitent, etc. Au contraire d'un patient qui prend rendez-vous pour aller chez le médecin, c'est l'intervenant qui provoque la rencontre et va au-devant des personnes pour se présenter et initier la relation.

Il y a donc deux principes fondamentaux dans les approches d'« aller-vers » : l'initiation de la relation par l'intervenant et le déplacement de l'intervenant là où se trouve le public (50).

Le dispositif Mobil'Sport

Le dispositif Mobil'Sport est une structure itinérante dont le but est d'amener l'activité physique et sportive dans les territoires qui en sont dépourvus. Porté par la Fédération nationale du sport en milieu rural (FNSMR) et les Comités départementaux du sport en milieu rural (CDSMR), il a vu le jour en 2015 dans l'Ardèche et la Drôme et est aujourd'hui déployé dans de nombreux départements.

Le Mobil'Sport cherche à inverser la problématique liée à la mobilité. Ainsi, ce n'est plus le bénéficiaire qui se déplace mais bien le professionnel, via ce gymnase itinérant. Le but est de mutualiser les déplacements en proposant plusieurs interventions, en direction de publics différents, dans une même journée et sur un même territoire et ainsi pallier les problèmes d'accessibilité (proximité), les difficultés techniques et pratiques (absence de professionnel formé sur le territoire).

Le Mobil'Sport s'installe dans les espaces mis à disposition par les communes (espace vert, place de village, salle des fêtes, etc.). Il propose une quarantaine d'activités physiques différentes : sports collectifs, sports de raquettes, pratiques innovantes, traditionnelles et de pleine nature, ainsi que des activités de santé/bien-être (équilibre, motricité). Le public visé par le Mobil'Sport est important : enfants, adolescents, adultes, seniors et personnes en situation de handicap. Les structures susceptibles d'être intéressées sont tout aussi diverses : collectivités locales (mairies, communautés de communes, etc.), établissements publics et privés, associations... Le Mobil'Sport n'a pas vocation à intervenir sur le long terme mais il peut inciter à la création de nouvelles associations ou favoriser le développement des associations déjà en place (39).

Le partenariat intersectoriel

Le partenariat en promotion de la santé peut s'établir à différents niveaux : de la simple mise en réseau, à la collaboration associant l'échange d'information, l'activité de transformation, le partage de ressources et le bénéfice mutuel (51).

L'une des stratégies les plus porteuses pour promouvoir la pratique d'activité physique consiste à développer des partenariats intersectoriels. L'intersectorialité renvoie aux « actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration ou pas avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé ». L'action intersectorielle favorable à la santé est menée dans différents « secteurs » ou domaines d'activité (tels que la famille, l'éducation, l'emploi, le logement, l'aménagement urbain, la sécurité publique, les transports et l'environnement) et par différents types d'acteurs (notamment les Ministères et les organismes gouvernementaux, les acteurs publics, les collectivités territoriales mais aussi les fondations, les associations, les entreprises et les médias). L'action intersectorielle suppose la mobilisation de plusieurs secteurs et requiert un partage des responsabilités entre les secteurs concernés. Il s'agit de dépasser la simple réunion ou juxtaposition de plusieurs secteurs pour résoudre un problème ou se saisir d'un objet d'intervention (52). En effet, les initiatives pour promouvoir l'activité physique ont plus de chances d'être efficaces quand des partenariats sont tissés et les efforts sont coordonnés (53).

Le Grand Défi Vivez Bougez (GDVB)

Le GDVB, projet validé scientifiquement, encourage les enfants de 6 à 11 ans à prendre des habitudes favorables à leur santé, notamment celle de pratiquer au minimum une heure d'activité physique quotidienne. Le GDVB utilise une méthode ludique pour quantifier la pratique : le « cube énergie » qui équivaut à 15 minutes d'activité physique réalisée en continu. L'action est divisée en une phase de deux semaines dite de « motivation » et une phase dite d'« action » de quatre semaines durant lesquelles l'enfant, accompagné des acteurs éducatifs qui l'entourent, va prendre conscience de l'importance de l'activité physique pour sa santé mais aussi du rôle central qu'il peut jouer lui-même dans l'adoption d'habitudes de vie plus favorables.

L'intervention s'appuie notamment sur la collaboration entre les enseignants, les élus, les parents et les acteurs de la vie sportive et associative.

De nombreuses collectivités s'associent à ce projet, notamment en organisant ou en labellisant des événements pendant les week-ends de la phase « action » (événements sportifs, foires locales...). Leur implication ne se fait donc pas directement auprès des enfants mais favorise la mise en place d'une approche globale de promotion de l'activité physique. Par ailleurs, les collectivités contribuent également au projet en permettant la participation des centres de loisirs. Le personnel périscolaire est donc formé à la démarche du GDVB et dispose d'un guide pratique adapté à son rôle (54).

L'accompagnement vers la pratique d'activité physique ou sportive

Cet accompagnement peut s'avérer nécessaire afin de lever certains freins (interpersonnels, financiers...) et ainsi remobiliser des publics isolés, sédentaires, démotivés en leur donnant l'envie et les moyens de prendre soin de leur santé. Il peut se décliner sous des formes très diverses. En voici quelques exemples.

Les Maisons Sport-Santé (MSS)

Elles ont pour but d'accueillir et d'orienter les personnes souhaitant pratiquer, développer ou reprendre une activité physique et sportive à des fins de santé et de bien-être, quel que soit leur âge. Ces personnes, notamment celles orientées sur prescription médicale, sont prises en charge et accompagnées par des professionnels de la santé et du sport dans des espaces physiques abrités par différentes structures (associations, établissements sportifs, centres de santé, structures itinérantes...). En lien avec les collectivités territoriales et les acteurs de la société civile, les MSS contribuent au développement de réponses adaptées de proximité.

Leurs missions consistent à renseigner les publics sur les offres localement disponibles, informer et conseiller sur les bienfaits de la pratique, orienter vers des professionnels qualifiés et une activité physique et sportive adaptée à leurs besoins.

Les Maisons Sport-Santé doivent animer un réseau d'acteurs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires afin de mobiliser les compétences nécessaires et de créer des partenariats avec différents champs ainsi qu'avec des collectivités locales au titre de leurs compétences respectives : une inscription ou une articulation de la MSS avec le CLS ou le contrat de ville doivent être favorisées (55).

Le dispositif d'aide à la pratique sportive du Lot

Ce dispositif permet l'attribution d'une aide financière pour le paiement de l'adhésion à une association ou de la licence sportive de certaines personnes (enfants et adultes) en fonction de leur quotient familial afin de favoriser la pratique d'une activité physique et sportive de manière régulière dans le club sportif de leur choix.

Lancé en 2015, le dispositif est porté par le Comité départemental olympique et sportif (CDOS) ainsi que par la Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) du Lot.

De nombreux partenaires publics et privés sont parties prenantes de ce projet et participent à son financement ; parmi eux, des collectivités territoriales et EPCI. En 2019, 142 communes ont été concernées par le dispositif pour 1252 personnes aidées.

Les clubs et associations ont la possibilité d'intégrer le dispositif et sont alors inscrits sur une liste mise à disposition des individus et des familles. Une fois la structure choisie, les personnes intéressées doivent se rapprocher de leur centre social de référence afin de pouvoir bénéficier de cette aide (56).

Le dispositif Sport-santé sur ordonnance

Il permet aux médecins de prescrire de l'activité physique aux patients atteints d'une Affection Longue Durée (ALD). La pratique régulière d'activité physique adaptée aide les patients à adopter un mode de vie plus actif afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'ALD dont ils sont atteints.

Le décret du 30 décembre 2016 entré en vigueur le 1^{er} mars 2017, a permis à de nombreuses collectivités de s'emparer du dispositif en le portant au sein des services municipaux ou en soutenant le développement de dispositifs d'activité physique sur prescription : recrutement ou affectation de professionnels spécialisés qui orientent les patients vers des pratiques adaptées (proposées par la commune elle-même ou des associations, fédérations et clubs partenaires), délégation de la coordination à des associations locales... (57 & 58).

Le travail sur la motivation

Les différents plans nationaux, régionaux et locaux, et la communication qu'ils ont mobilisée, ont contribué à sensibiliser le grand public sur l'intérêt de l'activité physique. Or la sensibilisation massive, seule, ne suffit pas pour observer un changement.

Si les professionnels bénéficient aujourd'hui d'un contexte plus favorable pour engager des actions de promotion de l'activité physique auprès des publics qu'ils accompagnent, ils se heurtent souvent à la difficulté de leur donner envie d'être plus actifs de manière durable.

La motivation est un processus qui pousse l'individu à vouloir faire quelque chose de précis, à agir. **La littérature différencie deux formes de motivation :**

La motivation intrinsèque

La personne réalise une activité pour le plaisir, la satisfaction qu'elle en retire. L'action est réalisée volontairement, par intérêt pour l'activité elle-même, souvent parce qu'elle est associée à des émotions positives et à des sensations agréables.

La motivation extrinsèque

Provoquée par l'environnement, elle conduit la personne à agir dans l'intention d'obtenir quelque chose d'extérieur à l'activité elle-même. L'engagement est lié aux bénéfices que la personne retire d'une activité : une récompense, l'approbation sociale ou le lien social, le plaisir tiré de la compétition et de la réussite, le sentiment de prendre soin de soi ou d'accroître la maîtrise de soi...

Si les deux types de motivation coexistent en général, la motivation intrinsèque est la plus stable et la plus durable.

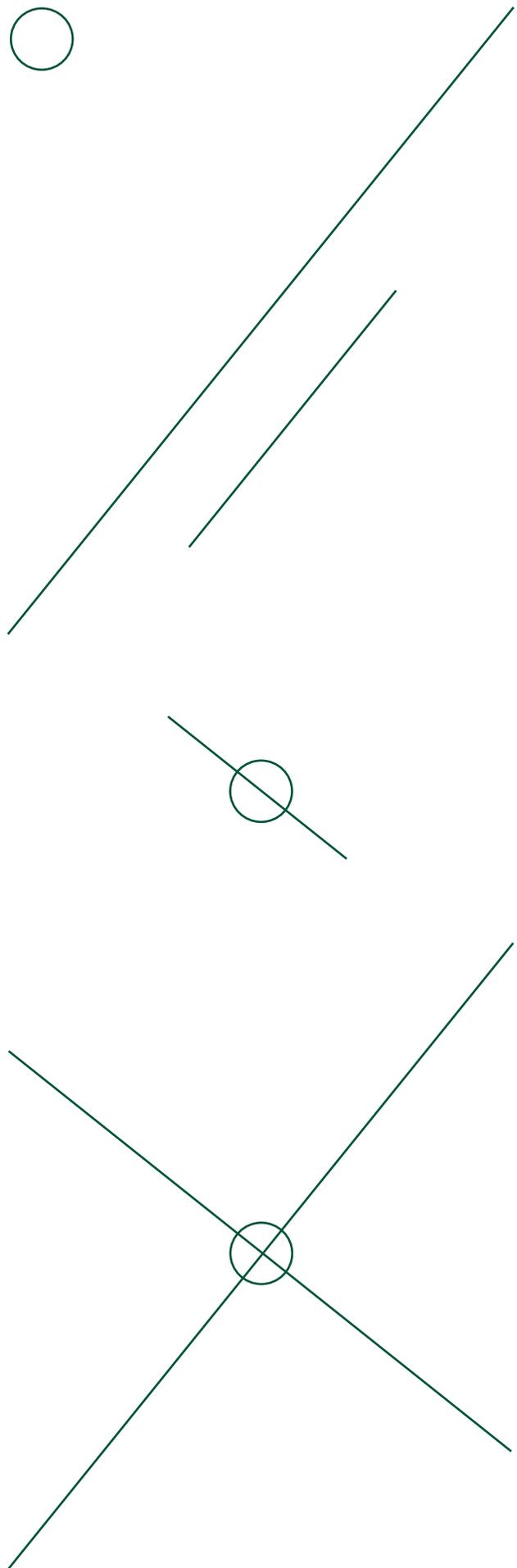
Il est possible de la renforcer, notamment en développant la capacité des individus à s'autodéterminer (c'est-à-dire à prendre des décisions pour eux-mêmes), en renforçant leur sentiment et leur capacité d'autonomie (c'est-à-dire leur pouvoir d'agir), et en leur permettant de se sentir plus compétents (chacun se fixant des objectifs en fonction de ses capacités), ce qui participe à la construction de l'estime de soi (59).

Le programme D-Marche

Le programme D-marche, porté par l'association ADAL (À la Découverte de l'Âge Libre) a pour objectif de lutter contre la sédentarité et l'isolement social en favorisant les déplacements par la marche pour augmenter durablement la quantité de pas quotidiens en incitant les bénéficiaires à sortir et à retrouver ou maintenir une vie sociale et citoyenne.

Après un temps de formation initial collectif durant lequel les bénéficiaires se voient remettre des kits D-marche, chacun est ensuite accompagné pendant 3 mois au moins par l'intermédiaire de son podomètre connectable (dont le biofeedback accroît la motivation), du site Internet dédié et d'un accompagnement collectif sous la responsabilité des partenaires territoriaux formés par l'ADAL : centre communal d'action sociale, établissement scolaire... Le programme permet à chacun d'autodéterminer sa quantité d'activité physique au quotidien et de rester motivé pour la maintenir ou l'améliorer.

Ce programme motivationnel, qui crée les conditions favorables aux changements durables de comportement, a fait l'objet de différentes études et est aujourd'hui considéré comme efficace. Il a notamment démontré son impact sur la sédentarité, le lien social, la mobilité verte... Selon une étude d'utilité sociale, 87 % des répondants ont affirmé que le programme les a incités à marcher davantage ou plus régulièrement et 84 % ont (ré)intégré la marche quotidienne à leur mode de vie. D'autres bienfaits ont également été observés sur la motivation et le plaisir à long terme ; en particulier, 60 % des répondants se sont fixés des objectifs et 91 % les ont atteints ou dépassés (60 & 61).



TÉMOIGNAGE D'UN DÉCIDEUR

« L'aménagement urbain comme levier d'actions
favorables à la santé »

Guillaume Baldy
Adjoint à la municipalité de Figeac (Lot, 46).

Activité physique : les engagements concrets de la collectivité et de l'équipe municipale

« Depuis plusieurs années, la ville de Figeac et la communauté de communes du Grand Figeac sont engagées dans la réhabilitation d'équipements existants ou encore le soutien aux acteurs de terrain, clubs et associations du territoire.

Ce sujet a toujours été présent dans les échanges : permettre aux habitants, notamment les plus jeunes, de se retrouver, de bouger, de pratiquer une activité, de vivre ensemble, le plus simplement possible.

Au fil des différents échanges, nous en sommes naturellement venus à nous intéresser à l'environnement, cadre de réalisation de la pratique.

Parallèlement, une stratégie « mobilité » a été développée par la commune afin de réduire la pollution de l'air par le soutien aux transports en commun et aux mobilités douces. L'ensemble des actions mises en place participe à la diminution des émissions de CO2 et de particules fines, et nous a aussi engagés à réfléchir aux moyens de lutter contre les pathologies liées à la sédentarité. Ce sujet est intégré dans les axes de travail du CLS du Grand Figeac, notamment au travers des actions financées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie au titre des collectivités actives PNNS.

La collectivité a également répondu à un appel à projets dans le cadre du 3^{ème} Plan régional santé environnement (PRSE 3) de l'ARS Occitanie et de la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) Occitanie, comprenant un focus particulier sur les mobilités actives ; et à l'appel à projets « Vélo et territoires » de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), ce qui a conduit à la mise en œuvre d'un plan d'actions comprenant :

- La définition d'itinéraires cyclables et l'aménagement de couloirs cyclables ;
- La création de cheminements piétons sécurisés et confortables (avec une attention particulière aux usages connexes, de type poussettes ou fauteuils roulants) ;

- La création d'une « vélo école » pour redonner confiance en la pratique du vélo en ville, animée par une association locale ;
- La mise en place d'ateliers associatifs de réparation de vélos, en appui sur une association du champ de l'économie sociale et solidaire ;
- Le subventionnement de l'achat de vélos à assistance électrique ;
- La piétonnisation estivale du centre-ville.

Toutes ces actions visent à favoriser la pratique du vélo et de la marche à pied pour lutter contre la pollution de l'air, générer des économies d'énergie, améliorer l'ambiance sonore du domaine public et favoriser les modes actifs de déplacement participant à la prévention santé, dans une démarche globale et participative. »

Points de vigilance et facteurs de réussite

« La recherche de financements pour mener à bien tous ces projets, le lien à faire avec les compétences de l'échelon communal, ou la mobilisation des usagers, peuvent présenter quelques difficultés.

Cependant, la mise en œuvre des projets a bénéficié du partenariat que nous avons mis en place avec des acteurs locaux très impliqués, les associations d'usagers, les associations accompagnant les publics les plus en difficulté, qui nous ont aidés à faciliter l'accès à des équipements à moindre coût. En fait, tout l'écosystème de la vie citoyenne et associative d'une ville à taille humaine comme Figeac est un élément facilitateur : les personnes se côtoient, elles connaissent, partagent et pratiquent le territoire, ce qui favorise le dialogue et la proposition d'actions d'intérêt général.

Nous avons aussi identifié des bénéfices non attendus, comme le renforcement des liens avec la population ou le côté positif de l'entrée « pratique » dans la thématique de la santé. C'est également le type de projet qui améliore l'attractivité du territoire et peut être valorisé auprès des acteurs du soin, notamment des futurs professionnels de santé que nous souhaitons accueillir. »



CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'inactivité physique a un coût humain et financier très importants pour la société. À l'inverse, la pratique d'activité physique a de multiples effets bénéfiques sur la santé globale des individus, telle que la conçoit la promotion de la santé : un état de bien-être physique, mental et social, ressource pour la vie quotidienne. Les études estiment qu'augmenter la pratique d'activité physique des populations générerait des économies voire des bénéfices pour l'ensemble de la société, en contribuant à l'amélioration de la qualité de vie et des environnements de vie de tous.

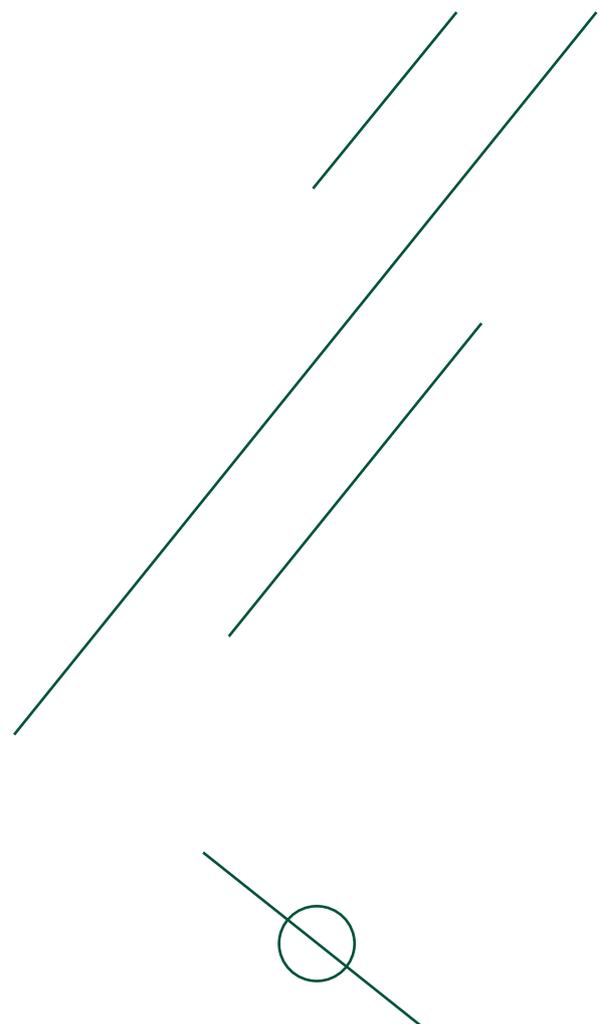
La pratique d'activité physique et le comportement sédentaire sont influencés par de nombreux facteurs complexes qui interagissent entre eux : individuels, interpersonnels, environnementaux, sociétaux et politiques. Ainsi, un niveau d'éducation élevé, une bonne confiance en soi et en ses capacités, l'accès à des équipements sportifs et à des aménagements urbains favorisant les mobilités actives (marche, vélo) sont des facteurs qui influent positivement sur la pratique d'activité physique. À l'inverse, un faible niveau d'éducation, un faible niveau de revenu, l'insécurité perçue dans le voisinage ainsi que des conditions quotidiennes de vie défavorables sont des facteurs plus souvent associés à des comportements sédentaires.

La promotion de l'activité physique est donc un enjeu majeur qui ne doit pas être la préoccupation seule du champ de la santé publique mais celle de toutes les composantes des politiques publiques, qui doivent l'intégrer de manière coordonnée dans leurs stratégies d'action. Pour être efficaces, ces dernières doivent s'articuler autour des principes et des valeurs de la promotion de la santé, en veillant à ne pas aggraver les inégalités sociales de santé mais en visant au contraire leur réduction ; en travaillant sur l'augmentation du pouvoir d'agir des populations par le renforcement de leurs aptitudes individuelles ; et en agissant sur les déterminants socio-environnementaux de la santé et de l'activité physique, c'est-à-dire sur les différents contextes de vie des individus.

S'il est important d'avoir une politique nationale coordonnée de promotion de l'activité physique, sa déclinaison régionale et locale est tout aussi importante.

Les collectivités territoriales et les établissements publics de coopération intercommunale, implantés localement, sont alors tout désignés pour agir : ils sont en effet légitimes à se saisir des enjeux de santé, ont des compétences variées ayant trait à la santé, peuvent créer du lien entre les différents acteurs du territoire et favoriser une approche intersectorielle.

Dans ce dossier sont présentés des exemples de projets activant des leviers d'actions de natures diverses, que les autorités locales peuvent piloter ou auxquelles elles peuvent participer avec des niveaux d'implication différents. Ces exemples ne résument pas les possibilités d'action des collectivités ; d'autres leviers, parfois complètement différents, parfois complémentaires, sont encore à imaginer et mobiliser pour agir en faveur de la promotion de l'activité physique. Les acteurs spécialistes de la promotion de la santé, présents dans les territoires, sont prêts à accompagner les collectivités dans ces démarches.



ACTIVITÉ PHYSIQUE ET MESURES DE LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

La crise sanitaire liée à la Covid-19, qui a marqué l'année 2020, a eu de lourdes conséquences économiques, démographiques et sociales. Pour ce qui concerne la pratique d'activité physique, il convient de noter que c'est moins la maladie elle-même qui a eu un impact, que les mesures prises pour la prévenir : confinement dans des domiciles ne permettant pas toujours la pratique, restriction des possibilités d'éloignement du domicile, fermeture des sites naturels de mobilités douces (plages, sentiers de randonnées), fermeture des salles de sport, généralisation du télétravail, incitation à l'usage des écrans et des outils numériques... Ces mesures ont favorisé l'inactivité physique et la sédentarité au sein de la population. De nombreuses études ont en effet souligné l'existence d'une association entre le déclin observé de l'activité physique, l'augmentation des comportements sédentaires dus au confinement induit par la prévention de la Covid-19, et une détérioration du bien-être, de l'optimisme et de la santé mentale chez les adultes (62).

Outre ses effets positifs incontestables sur la santé physique, mentale et sociale en population générale, l'activité physique est également considérée par la Haute Autorité de santé comme une thérapeutique non médicamenteuse utilisée en prévention des pathologies chroniques depuis 2011, avec des impacts en termes de réduction de la mortalité et des récidives, de l'entrée dans la dépendance à certaines substances, d'amélioration des capacités de défense du système immunitaire...

Les différentes mesures prises par le Gouvernement visant à enrayer l'épidémie, qui ont amené certains patients à réduire ou interrompre leur activité physique, ont donc eu un impact équivalent à une interruption d'une partie importante de leur traitement (63).

Au regard de l'ensemble de ces données, il apparaît primordial d'adopter, en contexte épidémique, une approche centrée sur la réduction des risques, en construisant avec et pour la population des stratégies de prévention et de protection adaptées, responsabilisantes, favorisant le maintien d'un niveau d'activité physique régulier, dans un cadre aussi sécurisé que possible.

NOTES

BIBLIOGRAPHIQUES

Méthodologie de recherche

Dans un premier temps, des bases de données et des portails documentaires spécialisés en santé publique, en éducation pour la santé et promotion de la santé ont été interrogés. La sélection de mots-clés utilisée a été adaptée au fil des résultats obtenus. Les articles en français proposant des analyses de la littérature scientifique ont été sélectionnés en priorité. Dans un second temps, des recherches ont été effectuées directement sur les sites internet d'organismes fiables, identifiés sur la thématique abordée dans ce dossier. Au fil des lectures et de la rédaction des synthèses, la bibliographie initiale a été enrichie et affinée.

(1) Actualisation des repères du PNNS - Révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort: ANSES; 2016.

[En ligne] <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

(2) Organisation mondiale de la Santé. Activité physique

[En ligne] <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

(3) Bésault-Echard P. Des politiques pour la santé dans les territoires. In: Approches territoriales en santé publique. Dossier documentaire. Laxou: SFSP; 2018.

[En ligne] <https://www.sfsp.fr/content-page/item/3108-approches-territoriales-en-sante-publique>

(4) La territorialisation des politiques de santé. Paris: Fabrique Territoires Santé, 2018.

[En ligne] https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/paris_acte_2018_-_internet.pdf

(5) La charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action. Toronto: ISPAH, GAPA; 2010.

[En ligne] https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/charte_de_toronto_pour_l_activite_physique.pdf

(6) Margaritis I. S'activer contre la sédentarité. Santé publique. 2016;28(1 suppl 1):7-8.

[En ligne] <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-7.htm>

(7) Deschamps V, Salanave B, Torres M, Verdot C. Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2ème édition. Saint-Maurice: Santé publique France; 2020.

[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activite>

(8) Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité sédentarité : en un coup d'œil. Genève: OMS; 2020.

[En ligne] <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240014886>

(9) Santé publique France, Direction générale de la Santé.

Etat des connaissances. Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'ANSES de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité. Actualisation des repères du PNNS. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017.

[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/synthese-pour-les-professionnels-des-recommandations-de-l-anses-de-fevrier-2016-sur-l-activite-physique-et-la-sedentarite.-actualisation-des-repere>

(10) Prévention des maladies non transmissibles. Investir dans la promotion de l'activité physique, ça rapporte ! Un complément à la Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action. Toronto: ISPAH, GAPA; 2011.

[En ligne] <https://www.globalpa.org.uk/pdf/investments-work-french.pdf>

(11) Ministère des sports. Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques. SportEco. 2018;(11):1-12.

[En ligne] https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf

(12) Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Argumentaire pour aider les élus locaux à mettre en place des dynamiques territoriales de santé. Marseille: CRES PACA, ARS PACA; 2020.

[En ligne] http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/2368/voir-l-argumentaire_doc.pdf

- (13) Lemonnier F, Le Masne A. Promouvoir des environnements favorables à la pratique de l'activité physique. Dossier. La santé en action. 2015;(433):10-38.
[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2015-n-433-promouvoir-des-environnements-favorables-a-la-pratique-de-l-activite-physique>
- (14) ARS Occitanie. Chartes « Villes actives » et « départements actifs » PNNS. 2019.
[En ligne] <https://www.occitanie.ars.sante.fr/chartes-villes-actives-et-departements-actifs-pnns>
- (15) Lemonnier F, Van Hoyer A, Furrer P, Bunde-Birouste AW, Rostan F. Promouvoir la santé par l'activité sportive et physique. Dossier. La Santé en action. 2020;(454):3-41.
[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/magazines-revues/la-sante-en-action-decembre-2020-n-454-promouvoir-la-sante-par-l-activite-sportive-et-physique>
- (16) Pommier J, Ferron C. Promotion de l'activité physique : que les politiques se bougent ! La santé en action. 2015;(433):12-15.
[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/promotion-de-l-activite-physique-que-les-politiques-se-bougent>
- (17) Espaces verts urbains. Promouvoir l'équité et la santé. Rennes: Réseau français des Villes-Santé de l'OMS; 2020.
[En ligne] https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/web_Ouvrage_GreenhCity-2020.pdf
- (18) Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Mobilités actives au quotidien. Le rôle des collectivités. Rennes: Presses de l'EHESP; 2013.
[En ligne] https://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_mobilites_actives-1.pdf
- (19) Loi Mobilités. Le mémo des collectivités. Paris: Ministère de la transition écologique et solidaire; 2020.
[En ligne] <https://www.ecologique-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/M%C3%A9mo%20LOM.pdf>
- (20) Cœur de Beauce – Communauté de communes. Le Contrat Local de Santé (CLS).
[En ligne] <http://www.coeurdebeauce.fr/le-contrat-local-de-sante-cls#:~:text=Cet%20outil%20de%20contractualisation%20permet,aussi%20d'acc%C3%A8s%20aux%20soins>
- (21) Labo Cités. ASV, CLS et médiateurs de santé de la région.
[En ligne] <https://www.labo-cites.org/article/asv-cls-et-mediateurs-sante-de-la-region>
- (22) Ville Active & Sportive. Le Comité National.
[En ligne] <https://ville-active-et-sportive.com/le-comite-national>
- (23) Comité d'organisation des jeux olympiques et paralympiques de Paris 2024. Terre de jeux 2024 : Le label des jeux de toute la France.
[En ligne] <https://www.paris2024.org/fr/label-terre-de-jeux-2024/>
- (24) Terre de Jeux 2024 et Action Cœur de Ville investissent le design actif pour faire bouger les français. Communiqué de presse. Paris: Ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales; 2021.
[En ligne] <https://medias.paris2024.org/uploads/2021/01/Terre-de-Jeux-2024-et-Action-Coeur-de-Ville-investissent-le-design-actif-pour-faire-bouger-les-Francais.pdf>
- (25) Rejoignez le réseau « Collectivités actives » du Programme national nutrition santé. Toulouse: ARS Occitanie, Ireps Occitanie; 2019.
[En ligne] https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-04/%23PNNS_Plaquette_A4_0.pdf
- (26) Société Française de Santé Publique. CAPLA-Santé - Cadre d'analyse des politiques locales Activité physique - Santé.
[En ligne] https://sfsp.fr/index.php?option=com_flexicontent&view=item&cid=51&id=14751:capla-sante-cadre-d-analyse-des-politiques-locales-activite-physique-sante&Itemid=233
- (27) Ding D, Lawson K, Kolbe Alexander T, et al. The economic burden of physical inactivity : a global analysis of major non-communicable diseases. The Lancet. 2016;388(10051).
[En ligne] [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30383-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30383-X/fulltext)
- (28) Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Expertise collective. Synthèse et recommandations. Paris: Inserm; 2019.
[En ligne] https://www.inserm.fr/sites/default/files/2019-02/Inserm_EC_2019_Activite%20PhysiqueMaladiesChroniques_Synthese.pdf
- (29) Covid-19 : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie. Saint-Maurice: Santé publique France; 2020.
[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie>
- (30) CHU Toulouse. PhysiCOVID.
[En ligne] <https://www.chu-toulouse.fr/physicovid>
- (31) Grémy I, Bodeau-Livinec F, Gagnière B, et al. Activité physique en prévention et traitement des maladies chroniques. Dossier. BEH. 2020;(Hors-série):1-37.
[En ligne] http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/pdf/2020_HS.pdf



(32) Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Paris: Inserm; 2008.

[En ligne] <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>

(33) Rostan F, Chantal S, Ulmer Z. Promouvoir l'activité physique des jeunes : Elaborer et développer un projet de type Icaps. Saint-Denis: Inpes; 2011.

[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/promouvoir-l-activite-physique-des-jeunes-elaborer-et-developper-un-projet-de-type-icaps>

(34) Booth SL, Sallis JF, Ritenbaugh C, et al. Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. Nutrition reviews. 2001;59(3 Pt 2):S21-39; discussion S57-65.

(35) Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. BEH. 2020;(15):296-304.

[En ligne] http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/15/pdf/2020_15_1.pdf

(36) Praznoczy C, Lambert C, Pascal C, Etat des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. Edition 2017. Clermont-Ferrand: ONAPS; 2017.

[En ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_Tableau-de-bord_2017.pdf

(37) Larras B, Praznoczy C. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France. Edition 2018. Personnes avançant en âge. Clermont-Ferrand: ONAPS; 2018.

[En ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_TABPA_pdf.pdf

(38) KANTAR PUBLIC=. Trajectoires individuelles d'activités physiques et sportives. Rapport d'étude qualitative. Paris: France Stratégie; 2018.

[En ligne] <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-etude-kantar-trajectoires-individuelles-activites-physique-sportives.pdf>

(39) ONAPS. Activité physique en milieu rural. Debout l'info. 2020;(8):1-16.

[En ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/onaps_bulletin_08.pdf

(40) Hurtis M, Sauvageot F. L'accès du plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives. Avis du CESE. Paris: CESE; 2018.

[En ligne] <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000459.pdf>

(41) Activité physique et pratique sportive pour toutes et tous. Comment mieux intégrer ces pratiques dans nos modes de vie ? Paris: France Stratégie; 2018.

[En ligne] <https://www.strategie.gouv.fr/publications/activite-physique-pratique-sportive-toutes>

(42) Prévot-Ledrich J, Van Hoyer A, Lombrail P, Lecompte F, Vuillemin A. Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. Santé publique. 2016;28(1 suppl 1):25-31.

[En ligne] <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-25.html>

(43) Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Genève : OMS ; 1986.

[En ligne] https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

(44) Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective. Paris: Inserm; 2014.

[En ligne] <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6515>

(45) Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Intérêts d'une approche locale et transversale. Saint-Denis: Inpes, Elus, Santé publique & Territoires, Réseau français des villes santé de l'OMS; 2013.

[En ligne] https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/3081/PLE/1451_PDF.txt

(46) PromoSanté IdF. Comprendre & Agir. Participation des habitants-usagers-citoyens. Paris: PromoSanté Île-de-France; 2020.

[En ligne] <https://www.promosante-idf.fr/dossier/participation-des-habitants-usagers-citoyens>

(47) Richard L, Barthélémy L, Tremblay MC, et al. Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Saint-Denis: Inpes; 2013.

[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/interventions-de-prevention-et-promotion-de-la-sante-pour-les-aines-modele-ecologique>

(48) Nazare JA. Une approche socio-écologique pour la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité des adolescents. La santé en action. 2016;(437):6-7.

[En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/une-approche-socio-ecologique-pour-la-promotion-de-l-activite-physique-et-la-reduction-de-la-sedentarite-des-adolescents>

(49) Centre Socio-Culturel et Sportif Léo Lagrange de Colombelles. Centre National d'Appui au Déploiement en Activité Physique et lutte contre la Sédentarité (CNDAPS).

[En ligne] <https://www.cndaps.fr/>

(50) Blanc A, Bertini B, Chabin-Gibert I, État des lieux des actions d'« aller-vers » à destination des personnes en situation de grande précarité en Île-de-France. Paris: ARS Île-de-France; 2018.

[En ligne] <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-07/AAI-Rapport-maraudes-Aller-Vers.pdf>

(51) Cornibert AC, Pelosse L, Le partenariat en promotion de la santé : ce qu'il recouvre, ce qu'il produit et le faire vivre en pratique. Lyon: Ireps Auvergne Rhône-Alpes; 2019.

[En ligne] <http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=1352#top>

(52) Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé. Assises nationales 2019, la santé dans toutes les politiques : le défi de l'intersectorialité. Saint-Denis: Fnes; 2019.

[En ligne] <https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2019/09/Intersectorialit%C3%A9-Approches-en-PS-VDEF.pdf>

(53) Pommier J, Ferron C, La promotion de la santé, enfin ?

L'évolution du champ de l'éducation pour la santé au cours des dix dernières années. Santé publique. 2013;(HS2):111-118.

[En ligne] <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS2-page-111.htm>

(54) Mourges M, Gourlan M, Coste O, Fregeac B, Mora L, Cousson-Gélie F. Promouvoir l'activité physique des enfants : Le « Grand Défi Vivez Bougez ». Santé publique. 2016;28(1 Suppl 1):83-88.

[En ligne] <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-HS-page-83.htm>

(55) INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGS/EA3/DS/B1/2019/204 du 13 septembre 2019 relative à la procédure d'évaluation des dossiers de candidature déposés dans le cadre de l'appel à projets « Maisons sport-santé ». Paris: Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports; 2019.

[En ligne] https://medias.amf.asso.fr/upload/files/Instruction_SportSante.pdf

(56) CDOS du Lot. Aide à la pratique sportive.

[En ligne] <https://lot.franceolympique.com/art.php?id=70286>

(57) Charles M, Larras B, Bigot J, Praznoczy C. L'activité physique sur prescription en France : Etat des lieux en 2019. Dynamiques innovantes et essor du sport sur ordonnance. Clermont-Ferrand: ONAPS; 2019.

[En ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/191017_Onaps_Sport%20sur%20ordonnance_Rapport_vf.pdf

(58) Bigot J, Larras B, Praznoczy C. Sport santé sur ordonnance. Contexte et exemples de mise en œuvre. Clermont-Ferrand: ONAPS; 2017.

[En ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_PRN2SBE_Sport-sur-ordonnance.pdf

(59) Jacob I, Beauvil ML, Tabouelle A, Grapeggia M, Activité physique. Mieux connaître et prendre en compte les motivations des publics à la pratique d'activités physiques : repères pour les professionnels. Lyon: Ireps Rhône-Alpes; 2010.

[En ligne] <http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=439>

(60) D-marche, un programme motivationnel efficace de promotion de la santé par la marche. Paris: Fabrique Territoires Santé, 2016.

[En ligne] https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/inspir_actions/d-marche-un-programme-motivationnel-efficace-de-promotion-de-la-sante-par

(61) Portail documentaire Santé Publique France. Registre des interventions probantes. D-marche. Saint-Maurice: Santé publique France; 2020.

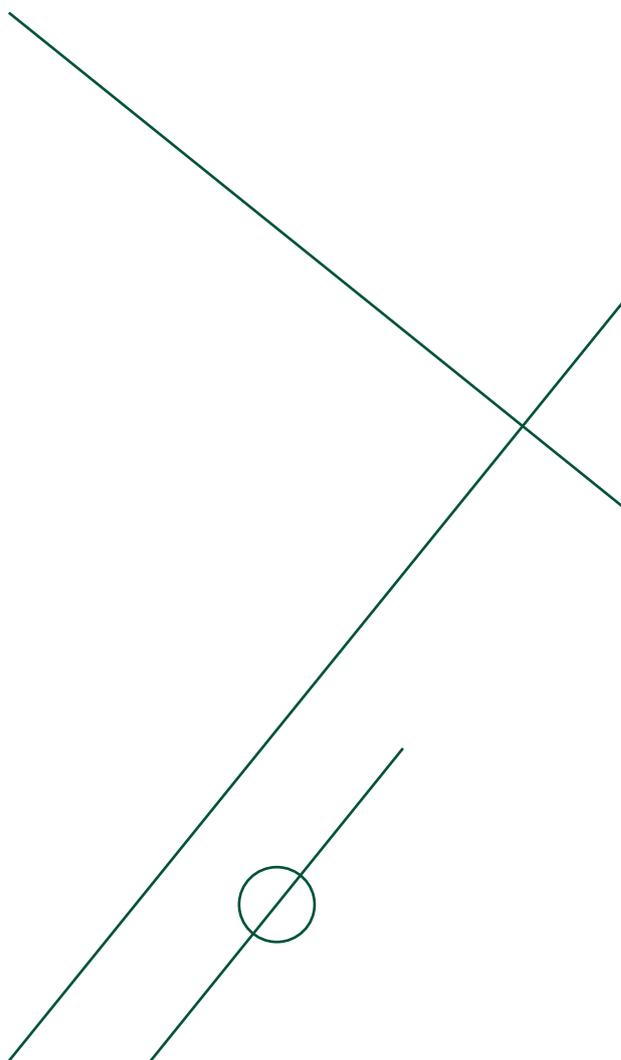
[En ligne] http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf__internet_registre/REG00000241

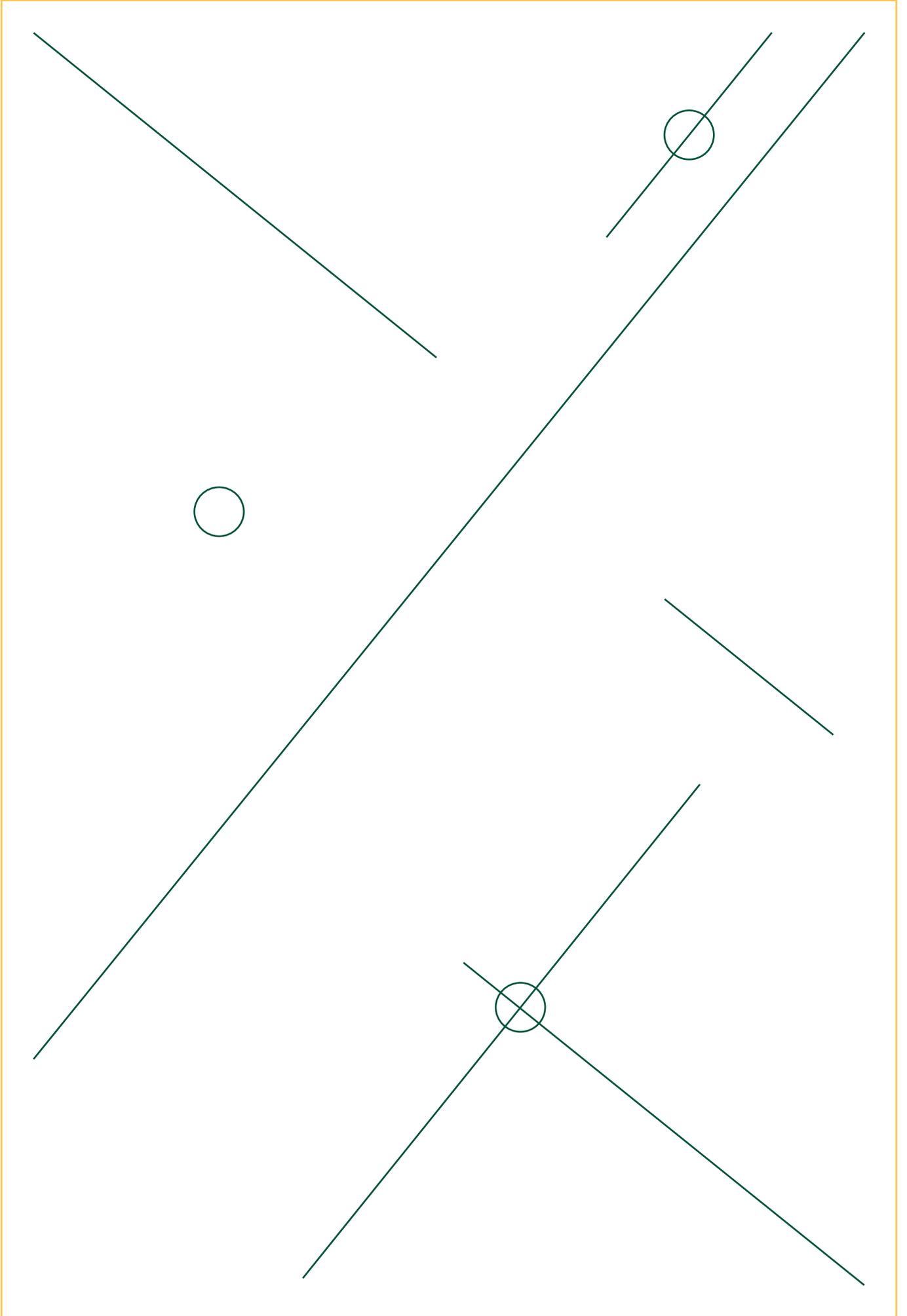
(62) Activité physique et sédentarité : évolution des comportements pendant le confinement (mars-mai 2020). Clermont-Ferrand: ONAPS; 2020.

[En ligne] http://www.onaps.fr/data/documents/Etat%20des%20lieux%20confinement_Onaps.pdf

(63) Avis relatif aux mesures d'accompagnement de la reprise d'une activité physique adaptée (APA) des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées. Paris: HCSP; 2020.

[En ligne] <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=875>







DE LA CONNAISSANCE À LA DÉCISION EN SANTÉ PUBLIQUE ET PROMOTION DE LA SANTÉ UNE COLLECTION POUR RÉPONDRE AU BESOIN D'UNE EXPERTISE PRATIQUE

En matière de santé publique, l'abondance de savoirs et de connaissances, loin de faciliter la prise de décision, la rend souvent difficile. Comment s'y retrouver dans la masse de données disponibles, comment démêler le vrai du faux, comment gérer les avis contradictoires, comment identifier les informations valides, fiables et pertinentes ? La diversité des sources à explorer, la complexité des concepts à convoquer, tout comme le travail de structuration et de traduction des connaissances à réaliser, nécessitent la mobilisation d'une expertise spécifique, pour rendre ces connaissances aptes à éclairer et motiver la décision.

La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) est le principal réseau spécialiste de l'éducation et de la promotion de la santé en France. Elle représente, auprès des institutions et associations nationales, ses 18 structures adhérentes, dont les Ireps - Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé, présentes sur l'ensemble du territoire national.

La collection **D-CoDé Santé** rassemble les dossiers de connaissances élaborés par la Fnes et son réseau. Elle vise à mettre à la disposition des élus et des décideurs, dans un format accessible, les données disponibles sur des thématiques de santé publique prioritaires, de façon à soutenir la mise en place de projets et programmes efficaces de promotion de la santé sur ces thématiques. Elle s'inscrit dans le cadre méthodologique et éthique de la Charte d'Ottawa et se situe explicitement dans une perspective de transfert de connaissances utiles à l'action et à la décision.