



RAPPORT D'ENQUÊTE

Health-Enhancing Physical Activity (HEPA) Policy Audit Tool (PAT)

HEPA-PAT FRANCE

Décembre 2016



Société Française de Santé Publique
ASSOCIATION DE DROIT PRIVÉ
Tél. 02.01.44.19.17 | www.sfsp.fr



Sommaire

Editorial	3
Introduction et contexte	5
Glossaire	7
SECTION 1	8
Information générale et contexte	8
1a. Décrire succinctement la structure gouvernementale de votre pays	8
1b. Décrire brièvement la structure administrative de votre pays à l'échelon infranational... ..	10
1c. Citer les principaux ministères (par exemple : santé, sport, éducation, transport, environnement et urbanisme) jouant un rôle dans la promotion de l'HEPA, c'est-à-dire toute forme d'activité physique qui apporte des bénéfices pour la santé et les capacités fonctionnelles, sans engendrer de risque ou de danger.	13
1d. Dresser la liste d'autres organisations nationales importantes, s'il en existe, en dehors du gouvernement, et qui sont activement engagées dans la promotion de l'HEPA.	18
SECTION 2	23
Leadership et coordination	23
2. Indiquer quelle/s instance/s, si elle/s existe(nt), assure(nt) un rôle de leadership dans la promotion de l'HEPA au niveau national.	23

3. Indiquer quelle/s instance/s, si elle/s existe(nt), assure(nt) un rôle de leadership dans la promotion de l'HEPA au niveau local 24

4. Existe-t-il des modes d'organisation ou des instances qui assurent une collaboration intersectorielle dans l'élaboration de politiques HEPA au niveau national ?..... 24

5. Existe-t-il des modes d'organisation ou des instances qui assurent une collaboration intersectorielle dans l'élaboration de politiques HEPA au niveau local ?..... 25

SECTION 3 26

Documents-cadres..... 26

6. Décrire les documents-cadres et événements clés passés, s'il en est, qui ont conduit au contexte actuel de promotion de l'HEPA de votre pays..... 26

7. Détailler (titre, calendrier, organisme émetteur) les politiques clés, les législations, stratégies ou plans d'action en cours de votre pays permettant d'augmenter la pratique de l'activité physique au niveau national. 33

8. Un processus consultatif a-t-il été mis en place avec les acteurs concernés au cours du développement des politiques et plans d'action les plus importants figurant dans la question 7 ? 55

9. Votre analyse des documents-cadres rapportés dans la question 7, fait-elle apparaître une cohérence entre les différentes politiques, et une référence aux autres politiques ? Ou au contraire les politiques présentent-elles des stratégies séparées, spécifiques à chaque secteur et sans lien entre-elle ?..... 56

10. Existe-t-il au sein de votre pays un système garantissant le fait que l'élaboration des politiques s'appuie sur les dernières données scientifiques probantes relatives à l'HEPA ? 57

11. Evaluer dans quelle mesure les documents internationaux suivants ont été utiles dans le développement de la politique favorable à l'activité physique de votre pays, en servant par exemple de base, d'information ou de source d'inspiration, qu'ils aient été ou non explicitement cités dans un document politique. Evaluer les documents suivants à l'aide de l'échelle allant de 1 (« pas du tout utile ») à 5 (« très utile »)..... 58

12. Existe-t-il des documents nationaux ou des directives qui orientent la mise en œuvre des activités HEPA au niveau local ?..... 61

SECTION 4 62

Champ, contenu et mise en œuvre des politiques..... 62

14. En examinant les documents politiques rapportés dans la question 7, quels sont les publics ciblés par les actions HEPA? 63

15. Existe-t-il actuellement dans votre pays une campagne de communication nationale (utilisant les médias) dans le but de sensibiliser et promouvoir l'activité physique ? 64

16. Pour illustrer le type d'action politique de votre pays, fournir un ou deux exemples (lorsque cela est possible) de programme d'intervention à grande échelle (de préférence nationale) dans chacun des secteurs suivants. 66

SECTION 5 68

Recommandations, objectifs et cibles des politiques 68

17a. Votre pays propose-t-il des recommandations nationales sur l'activité physique et la santé ? Les recommandations nationales renvoient au seuil d'activité bénéfique pour la santé..... 68

17b. Votre pays propose-t-il des recommandations nationales sur la réduction de la sédentarité ?..... 73

18. Votre pays dispose-t-il d'objectifs nationaux (ou de cibles nationales) pour la prévalence de l'activité physique dans la population ? 75

19. En dehors des objectifs nationaux de prévalence de l'activité physique ou de comportements sédentaires mentionnés précédemment, votre pays a-t-il d'autres objectifs ou cibles qui soient directement ou indirectement liés à la promotion de l'activité physique ? 76

SECTION 6 77

Surveillance 77

20. Votre pays dispose-t-il d'un système de surveillance ou d'observation de la santé incluant des mesures de l'activité physique ou des comportements sédentaires ? 77

20a. Enfants et adolescents	78
20b. Adultes	81
20c. Séniors	85
21a. Les données de prévalence de l'activité physique, de la sédentarité ou d'autres facteurs associés ont-elles influencé le développement des politiques de votre pays ?	86
21b. Selon vous, les données de surveillance ont-elles permis de faire progresser la promotion nationale de l'activité physique de toute autre manière ?	86
SECTION 7	87
Evaluation	87
22a. Votre pays a-t-il entrepris une évaluation des politiques nationales ou des plans d'action figurant dans la question 7 ?	87
22b. Une évaluation des interventions ou projets relatifs à l'activité physique a-t-elle déjà été effectuée au niveau local (coordonnée avec ou indépendamment du niveau national) ?	90
23. Une évaluation économique nationale des interventions ou de l'inactivité physique (c'est-à-dire n'atteignant pas le niveau minimum recommandé d'activité physique) a-t-elle été entreprise dans votre pays ?	91
SECTION 8	92
Financement et engagement	92
24a. Dans chacun des secteurs ci-dessous, existe-t-il des financements spécifiquement alloués à la mise en œuvre des politiques ou plans d'actions relatifs à l'activité physique au niveau national ?	92
24b. Dans chacun des secteurs ci-dessous, existe-t-il des financements spécifiquement alloués à la mise en œuvre des politiques ou plans d'actions relatifs à l'activité physique au niveau local ?	92
25. Selon vous, existe-t-il des preuves d'un engagement politique en faveur de la promotion de l'activité physique dans les politiques actuelles ?	93
SECTION 9	95
Accompagnement des professionnels	95
26. Votre pays dispose-t-il d'un réseau professionnel ou d'un système qui relie et/ou soutient les professionnels intéressés par l'activité physique, ou travaillant dans ce domaine ou de domaines associés?	95
SECTION 10.....	96
Expérience de mise en œuvre des politiques, progrès réalisés et défis	96
27a. Quels sont selon vous les domaines marqués par les plus grandes avancées dans la promotion de l'HEPA de votre pays au cours de ces dernières années ?	96
27b. Quels ont été selon vous les défis les plus importants auxquels votre pays a dû faire face au cours de ces dernières années dans le lancement ou la poursuite d'actions de promotion de l'HEPA ?	96
28. D'après votre expérience, identifier jusqu'à trois conseils que vous offririez à un pays mettant en place une politique nationale HEPA.	97
29. Utiliser cet espace pour indiquer tout détail ou commentaire supplémentaire que vous n'avez pas pu fournir dans d'autres sections de l'outil.	97
SECTION 11.....	98
Résumé : passation de l'outil HEPA-PAT.....	98
Contexte de réalisation du projet HEPA-PAT en France.....	98
Liste des acronymes	104



HEALTH-ENHANCING PHYSICAL ACTIVITY (HEPA) POLICY AUDIT TOOL (PAT)

HEPA-PAT FRANCE

Version : 2 – avril 2015

Date : Août 2016 (porte sur les politiques jusqu'au 31 janvier 2016)

Rempli par :

Flore Lecomte, Société Française de Santé Publique, France

Julie Prévot-Ledrich, Société Française de Santé Publique, France

Auteur responsable : Anne Vuillemin, Société Française de Santé Publique

Contacts :

03 83 44 39 17

flore.lecomte@sfsp.fr ou anne.vuillemin@unice.fr



Société Française de Santé Publique
ASSOCIATION LOI 1901 – RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE
Tél. 03.83.44.39.17 / www.sfsp.fr

ANALYSE DES POLITIQUES PUBLIQUES NATIONALES

DE PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE BENEFIQUE POUR LA SANTE

HEALTH-ENHANCING PHYSICAL ACTIVITY (HEPA)

POLICY AUDIT TOOL (PAT)

HEPA-PAT FRANCE



EDITORIAL

Le monde change, associé à une accélération technologique qui transforme nos échanges, nos relations, bouleverse nos modes de vie et nous invite à en faire le moins possible. Nous devenons plus « sédentairement actifs » que « physiquement actifs » ! Parallèlement, la prévalence des maladies non transmissibles augmente et chez des personnes de plus en plus jeunes.

L'activité physique est un des moyens efficaces pour améliorer la santé des populations. Les preuves confirmant les bénéfices associés à la pratique d'une activité physique n'ont cessé de s'accumuler au cours de ces dernières années, tant dans le champ de la promotion de la santé que dans le milieu du soin. La littérature scientifique foisonne d'études originales ou de revues de synthèse sur les effets de l'activité physique sur la santé, dans toutes ses dimensions. Même les grands journaux de médecine accordent à l'activité physique une place de premier rang, en témoignent les deux numéros spéciaux publiés par le Lancet en 2014 et 2016. La France y accorde également une certaine importance, notamment au travers de son Programme National Nutrition Santé (PNNS) et des expertises collectives commanditées par des Ministères. Mais comment cela se traduit-il dans les politiques publiques ? Existe-t-il une véritable politique publique de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA en anglais, pour Health-Enhancing Physical Activity) en France ? Prend-elle suffisamment en compte les inégalités sociales et territoriales de santé et d'accès à cette pratique ? Une présentation du contexte politique national existant est une première étape importante pour comprendre la situation et contribuer à son amélioration.

Le travail réalisé permet d'avoir une photographie panoramique de l'ensemble des politiques touchant à l'activité physique et à la santé. L'utilisation de l'outil d'analyse des politiques de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA PAT - Health-Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool) a permis de rassembler et de résumer les éléments constitutifs des politiques actuelles de promotion d'une activité physique bénéfique à la santé. Ce travail identifie des synergies et des divergences entre les politiques, mais aussi des manques. L'utilisation de l'outil a permis de réunir des représentants de différents secteurs et administrations, ce qui illustre également sa capacité à favoriser les échanges. Il peut constituer un support pour une meilleure communication, l'élaboration de stratégies communes de planification et d'action, et peut encourager une meilleure collaboration intra- et intersectorielle pour l'élaboration et la mise en œuvre de futurs politiques et programmes car il est également démontré que l'activité physique est un levier d'action pour différents secteurs. Pour autant, il n'existe pas de véritable politique coordonnée en faveur d'une activité physique bénéfique pour la santé adaptée à la diversité des publics concernés dans notre pays. La politique actuelle menée n'est pas un ensemble rationnel, mais un tout fragmenté, avec un manque de coordination et de vision stratégique. Cela souligne la nécessité de mettre davantage l'accent sur l'élaboration d'une politique HEPA qui marquerait l'engagement politique et sa reconnaissance en tant que domaine politique prioritaire et apporterait un soutien et une visibilité. Un cadre politique solide en faveur d'une activité physique bénéfique pour la santé est nécessaire pour définir un plan permettant d'agir aux différents niveaux de responsabilité territoriale, de favoriser les collaborations et les partenariats entre les secteurs tout en assurant une cohérence dans les actions, en poursuivant des objectifs communs et en partageant des stratégies communes, tout en répartissant les rôles et les responsabilités. La formulation d'une politique nationale HEPA devrait servir à engager tous les acteurs à mettre en œuvre des actions, tout en assurant une coordination.



Malgré les politiques de promotion de l'activité physique, les dispositifs d'incitation à la pratique, ou encore la multiplication des offres de pratique, la population française reste insuffisamment active, avec des inégalités sociales marquées mais également des barrières à la pratique comme certaines situations pathologiques ou de handicap. Cependant, le retour à une société plus active physiquement constitue une stratégie importante pour améliorer la santé globale, collective et individuelle, à tous les âges de la vie, chez les personnes malades comme chez les biens portants. La santé publique est en mesure de prendre l'initiative d'instaurer les changements structurels nécessaires pour promouvoir une activité physique bénéfique pour la santé. Les facteurs qui soutiennent et freinent ou entravent les efforts visant à augmenter le niveau d'activité physique de la population sont complexes et interconnectés à plusieurs niveaux d'influence ne servant pas toujours les intérêts de la promotion d'une activité physique bénéfique pour la santé. Si la promotion du sport et du sport pour tous en particulier a une longue histoire, la promotion d'une activité physique bénéfique pour la santé est d'intérêt plus récent. Des efforts restent à faire pour mieux comprendre les mécanismes d'engagement des personnes dans un mode de vie physiquement actif, le rôle des environnements et les conditions du développement de l'activité physique bénéfique pour la santé.

Anne Vuillemin
Membre du Conseil d'administration
de la SFSP

Pierre Lombrail
Président de la SFSP



INTRODUCTION ET CONTEXTE

De par son impact sur la santé – et notamment en matière de prévention des cancers, le développement de l'activité physique est un enjeu essentiel qui fait l'objet de plusieurs politiques de santé.

De multiples facteurs influencent l'adoption d'un mode de vie physiquement actif et parmi eux, l'élaboration, la mise en place et la coordination de politiques publiques.

En 2014 et 2015, la Société Française de Santé Publique (SFSP) a entrepris un projet d'analyse des politiques Françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé à l'aide de l'outil HEPA-PAT (*Health Enhancing Physical Activity-Policy Audit Tool*).

Ce projet s'inscrit dans le cadre de sa participation au réseau du Bureau européen de l'OMS HEPA (Health Enhancing Physical Activity) de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé, réunissant les acteurs impliqués dans ce domaine et promouvant le développement et le partage de connaissances. Ce projet répond en outre à une recommandation de la stratégie européenne sur l'activité physique 2016-2025, de dresser un état des lieux des politiques nationales existantes, notamment à l'aide de l'outil HEPA-PAT (*Health Enhancing Physical Activity-Policy Audit Tool*). Développé dès 2009 par le réseau HEPA, cet outil a déjà été utilisé au sein de 7 pays européens avant son expérimentation en France par la SFSP.

L'outil HEPA-PAT a pour objectifs d'offrir une vue d'ensemble des politiques nationales de promotion de l'activité physique en cours, et d'identifier les leviers utilisés ou à renforcer pour promouvoir une activité physique bénéfique pour la santé. Il constitue en ce sens une base de connaissances et non pas une évaluation des politiques. Idéalement, la démarche est utilisée périodiquement. Les résultats permettront ensuite de tirer des enseignements pour réorienter les politiques ou en définir de nouvelles.

C'est également sur la base d'une analyse plus globale que ces résultats permettront d'alimenter les comparaisons internationales à venir dans le cadre du réseau européen HEPA. L'utilisation de cet outil standardisé favorise en effet les comparaisons entre pays et l'analyse des différentes approches. De plus, depuis sa mise en œuvre en France, des échanges sont régulièrement organisés avec la Belgique qui utilise l'outil pour la Belgique francophone.

Ces comparaisons permettront de compléter les recommandations pour la politique française et de valoriser les expériences françaises.

Remarque : le projet a débuté en France fin 2014 et le recueil des informations s'est déroulé jusqu'à janvier 2016. Entre la fin du recueil d'information et la finalisation du rapport, quelques textes clés sont parus. Ils sont intégrés au présent document.



Version de l'outil HEPA-PAT : N°2 – avril 2015

Date : Août 2016 (porte sur les politiques jusqu'au 31 janvier 2016)

Traduit de l'anglais et adapté pour la France par l'équipe projet (2016). Pour consulter la version originale du PAT, la formulation des questions et tout exemple de réponse aux questions, vous pouvez consulter : www.euro.who.int/hepapat

Rempli par :

Flore Lecomte, Société Française de Santé Publique, France

Julie Prévot-Ledrich, Société Française de Santé Publique, France

Auteur responsable : Anne Vuillemin, Société française de santé publique

Equipe projet : Flore Lecomte (SFSP), Pierre Lombrail (président de la SFSP), Julie Prévot-Ledrich (SFSP), Aurélie Van Hoyer (Université de Lorraine) et Anne Vuillemin (membre du CA de la SFSP, membre du groupe européen HEPA-PAT).

La SFSP remercie

- les experts pour leur accueil, le temps consacré et leur implication dans cette analyse : Marie-Christine BINOT, Xavier BIGARD, Alain CALMAT, Michel CHAULIAC, David COMMUNAL, Pascale DUCHE, Martine DUCLOS, Marie FIORI, Didier JOURDAN, Marie-José JUSSERAND, Serge HERCBERG, Marie LE BAIL, Dominique LEBRUN, Daniel RIVIERE, Florence ROSTAN, Simona TAUSAN, Jean-François TOUSSAINT et Fabien VERDIER ;
- l'IREPS Lorraine pour son appui dans les recherches documentaires : Virginie Briot et Sébastien Biard ;
- l'équipe de l'Université de Liège (Belgique), pour les échanges et les participations croisées au séminaire d'experts belges et français : Chantal Vandoorne et Catherine Fallon, Aurélie Van Hoyer ;
- les responsables du projet HEPA-PAT au niveau européen pour leur soutien (par ordre alphabétique) : Fiona Bull (Université d'Australie-Occidentale), Sonja Kahlmeier (Université de Zurich, Suisse) et Karen Milton (Université d'Oxford, Royaume-Uni) ;

Contacts :

03 83 44 39 17

flore.lecomte@sfsp.fr ou anne.vuillemin@unice.fr



GLOSSAIRE

Les définitions suivantes sont proposées pour aider au recueil des informations (elles sont basées en partie sur le *Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control* de l’OMS - <http://www.who.int/chp/about/Report-Global-Survey-09.pdf>). Il n’est cependant pas rare que certains termes soient utilisés de façon interchangeable. Par exemple, un même document peut désigner une politique ou un plan d’action.

Plan d’action	Doit identifier qui fait quoi (type d’activités et personnes responsables de la mise en œuvre), quand (échéance), comment (approches, activités et interventions) et avec quels moyens (ressources). Dans l’idéal, le plan d’action prévoit également un système de surveillance et d’évaluation. Un plan d’action peut faire partie d’une politique (voir ci-dessous) ou être un document indépendant.
Politique	Document écrit qui contient des priorités, définit des objectifs et provient habituellement d’un secteur spécifique de l’administration publique. Une politique peut contenir, ou être accompagnée d’un plan d’action (voir ci-dessus).
Programme	Ensemble de mesures ou mesure unique à grande échelle, planifié(e) sur le long terme et qui peut ou non être associé(e) à un document politique. Un programme peut contenir différents types d’activités, telles que des campagnes, des événements, des offres ou interventions spécifiques, et peut être limité ou non dans le temps.
Stratégie	Définit un plan à long terme conçu pour atteindre des objectifs nationaux de prévention des maladies et de promotion de la santé.
Activité physique (bénéfique pour la santé)	Toute forme d’activité physique qui apporte des bénéfices pour la santé et les capacités fonctionnelles, sans engendrer de risque ou de danger.
Surveillance / système d’observation de la santé	Recueil continu et systématique, analyse et interprétation des données de santé, nécessaires à la planification, la mise en œuvre et l’évaluation des pratiques de santé publique.
Comportement sédentaire	Toute situation d’éveil caractérisée par une dépense d’énergie très faible et une position assise ou allongée.



SECTION 1

Information générale et contexte

1a. Décrire succinctement la structure gouvernementale de votre pays

Préciser par exemple si votre pays a un système centralisé ou fédéral, et où se situent les responsabilités dans le champ de la santé, du sport, de l'éducation, du transport, de l'environnement et de l'urbanisme.

Pour tout exemple concernant cette question ainsi que les autres présentes dans le PAT, consulter : www.euro.who.int/hepatat.

La France a un système mixte : la politique générale du pays reste de la compétence de l'Etat, mais certaines compétences ont progressivement été décentralisées au niveau régional et infra-régional (Cf question 1.b).

Le président de la République nomme le Premier ministre et, sur proposition de celui-ci, les membres du gouvernement. Il préside le Conseil des ministres, promulgue les lois. Le 1er ministre et le gouvernement déterminent et conduisent la politique de la nation. Le gouvernement est composé de ministres qui s'appuient chacun sur un ou plusieurs services techniques :

- L'administration centrale qui regroupe les services d'un ministère et qui dispose de compétences nationales. Ces services ont une mission d'impulsion et d'application des politiques du Ministère. Elle est organisée en directions thématiques (e.g. Direction générale de la santé, Direction des sports).
- Les services déconcentrés pour l'échelon infra-national (Cf question 1b).

Les attributions des ministres varient en fonction des gouvernements. Ainsi, depuis 2007, selon les gouvernements, les secteurs impliqués dans le développement de l'activité physique ont été dirigés par différents Ministères, regroupés ou non avec d'autres secteurs :

- Le secteur de la santé a ainsi été dirigé par un Ministre dont les attributions couvraient également le travail et l'emploi, ou les sports et la jeunesse, ou les droits des femmes et les affaires sociales, ou les affaires sociales seules (intitulé officiel depuis mai 2012).
- Le secteur des sports a été géré seul, ou au sein d'un ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, ou au sein d'un ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, ou au sein d'un ministère des Droits des Femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports ou encore au sein du ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports (intitulé officiel depuis août 2016).
- Les secteurs des transports et de l'environnement ont quant à eux été gérés par un seul ministère, même si les appellations et périmètres d'attributions autres ont varié au cours du temps. Ils sont aujourd'hui regroupés au sein du ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer (intitulé officiel depuis février 2016).
- Le secteur de l'éducation a été géré par le ministère de l'Éducation Nationale, ou le ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et



de la Vie associative. Il est aujourd'hui associé à l'Enseignement supérieur et à la Recherche et forme le ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (intitulé officiel depuis août 2014)

- Le secteur de la justice est géré par le ministère de la Justice. Il a notamment la charge des politiques en direction des personnes sous mains de justice.
- Le secteur du travail a été géré seul ou par le même ministère que celui du secteur de la famille, des solidarités, de la santé ou encore de la ville. Il est aujourd'hui géré par le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social (intitulé officiel depuis août 2014)
- Les secteurs de l'enseignement supérieur et de la recherche ont été gérés par un ministère spécifique, puis ils ont été rattachés au secteur de l'éducation nationale, au sein du ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (intitulé officiel depuis août 2014).
- Un secteur particulier est ajouté pour la France : celui de la « Politique de la Ville », qui regroupe un ensemble de mesures politiques multisectorielles prises en faveur des quartiers défavorisés et pour la réduction des inégalités entre territoires. Cette politique a été définie seule au sein d'un ministère ou en association avec d'autres, en charge des sports, de la jeunesse, des droits des femmes, du logement, du travail, etc. Sa mise en œuvre est assurée par les collectivités territoriales. *Précision pour l'international* : cette appellation ne couvre pas les politiques des transports, de l'urbanisme... pour l'ensemble des villes qui sont définies et menées par d'autres ministères (urbanisme, transport, etc).
- Le secteur de l'urbanisme (planification, aménagement du territoire) est partagé entre le ministère du logement et de l'habitat durable (intitulé officiel depuis mars 2016) et le ministère de l'Environnement, de l'Énergie et de la Mer (intitulé officiel depuis février 2016). Le premier pilote la planification urbaine, l'occupation des sols et l'urbanisme opérationnel, tandis que le second gère la politique des transports et à ce titre, les politiques liées aux infrastructures, et élabore la politique d'intermodalité.

D'autres ministères ont des fonctions transversales à l'ensemble des ministères et jouent ainsi un rôle important sur les politiques de tous les ministères : c'est le cas par exemple du ministère en charge des Finances et du budget, ou du ministère en charge de l'intérieur qui a notamment la responsabilité de la sécurité routière, de l'administration territoriale d'Etat et des collectivités territoriales

Il y a à ce jour 18 ministères en France.

Le Parlement (Assemblée nationale et Sénat), outre sa fonction de contrôle du gouvernement, élabore et vote les lois.



1b. Décrire brièvement la structure administrative de votre pays à l'échelon infranational

(environ 200-400 mots) (par exemple le niveau régional/départemental/cantonal/municipal).

On distingue cinq principaux échelons infranationaux en France :

- Région
- Département
- Métropoles
et
- Intercommunalités
- Communes (municipalités)

Organisation de l'Etat au niveau infranational :

L'Etat est représenté :

- Dans les régions par le préfet de région ; il représente le gouvernement uniquement auprès de la collectivité régionale, et dirige les services administratifs de l'État. Il coordonne l'action des préfets de département dans les domaines qui sont de compétence régionale.
- Dans le département par un préfet qui dirige les services déconcentrés de l'État dans le département.

Les services déconcentrés des ministères sont des services qui assurent le relais aux différents échelons du niveau infranational, des décisions prises au niveau national. Ils gèrent également les services de l'Etat au niveau local. En général, ils disposent de services au niveau régional et départemental. Par exemple :

les relais du ministère en charge du développement durable sont constitués au niveau local par les directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) - et en département par les Directions départementales des territoires (et de la Mer) - DDT(M) ;

- Les relais du ministère en charge de l'éducation sont constitués des rectorats pour le niveau régional et des services départementaux de l'éducation nationale
- Les relais des ministères en charge de la Ville, de la Jeunesse et des Sports sont les directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR/D JSCS).

A cette structure administrative de l'Etat, s'ajoutent les collectivités territoriales, distinctes de l'Etat, autonomes juridiquement et patrimoniallement : les régions, départements, communes. Elles ne possèdent que des compétences administratives, ce qui leur interdit de disposer de compétences étatiques comme édicter des lois ou des règlements autonomes, de bénéficier d'attribution juridictionnelles... Leurs compétences sont définies par la Loi et non par les collectivités elles-mêmes.

Les régions

La région est la plus grande collectivité. Ses compétences sont surtout centrées sur le développement économique, l'aménagement durable du territoire (elle fixe notamment les orientations stratégiques en matière d'aménagement du territoire, de mobilité, de lutte contre la pollution de l'air), la formation professionnelle, la gestion des lycées et les



transports hors agglomération (transport interurbain par car, transport scolaire, transport express régional (TER), etc.). Elle a des compétences partagées avec les départements en matière de culture, sport, tourisme, langues régionales.

Elles sont au nombre de 12 auxquelles s'ajoute la collectivité territoriale de Corse.

Les départements

Au nombre de 96 en métropole, les départements gèrent les collèges, les routes et sont le chef de file de l'action sociale et médico-sociale.

Ils disposent de compétences partagées avec les régions en matière de culture, sport, tourisme, langues régionales.

Les métropoles

Les métropoles sont des outils de gouvernance des grandes aires urbaines de plus de 500 000 habitants. La métropole bénéficie de transferts de compétences de la part des départements et des régions (développement économique, transports, éducation...) et l'État peut lui confier des grands équipements et infrastructures. Dotée de compétences plus importantes et intégrées que les actuelles communautés urbaines, la métropole facilite le développement économique, social et culturel de l'aire urbaine et améliore sa compétitivité et son attractivité.

Sur le plan financier, la métropole peut disposer de transferts de fiscalité locale ou de dotations de l'État mais sous réserve que toutes les communes membres soient d'accord.

Pour les créer, il conviendra de constituer un ensemble de plus de 300 000 habitants et comprenant au moins un EPCI de plus de 150 000 habitants. Il existe 14 métropoles.

Les communes et intercommunalités

La commune est la collectivité administrative de « base ». On en compte 36 700 en France.

Les intercommunalités ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont les formes de coopération entre communes pour gérer en commun certains services publics locaux comme les transports urbains ou le ramassage des déchets, ou pour la conduite collective de projets de développement local. Au 1er janvier 2016, on comptait 13 métropoles, 11 communautés urbaines, 196 communautés d'agglomération et 1842 communautés de communes. La quasi-totalité des communes font aujourd'hui partie d'une intercommunalité.

Les communes et intercommunalités sont responsables notamment de l'urbanisme et de la maîtrise des sols, de la culture et du patrimoine, des transports urbains. Elles gèrent également les écoles maternelles et élémentaires, les équipements sportifs, l'action sociale de proximité (crèches, foyers pour personnes âgées, ...). Les communes disposent en outre d'une clause de compétence générale, c'est-à-dire le droit d'intervenir dans tous les domaines, au nom de l'intérêt public local, même au-delà des compétences qui sont leur sont dévolues dans les textes.



Les collectivités d'Outre-Mer

Ces collectivités, situées au-delà du territoire « européen », ont des statuts particuliers :

- 5 départements et régions d'outre-mer (DROM) : Guadeloupe, Martinique, Mayotte, Guyane et Réunion. Ces régions sont monodépartementales ; elles cumulent les compétences du département et de la région.
- 7 collectivités d'outre-mer : Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, la Polynésie française, les Iles Wallis-et-Futuna ; la Nouvelle-Calédonie et les Terres australes et antarctiques françaises, qui disposent toutes deux d'un statut différencié.



1c. Citer les principaux ministères (par exemple : santé, sport, éducation, transport, environnement et urbanisme) jouant un rôle dans la promotion de l'HEPA, c'est-à-dire toute forme d'activité physique qui apporte des bénéfices pour la santé et les capacités fonctionnelles, sans engendrer de risque ou de danger.

Fournir une brève description de leur rôle respectif.

Note : cette question ainsi que la suivante font référence à l'échelon national ; n'inclure des informations à l'échelon local que si elles sont pertinentes, par exemple pour les pays possédant un système fédéral fortement décentralisé.

Faire la liste des ministères, de leur rôle et des liens avec les autres ministères.

Les politiques ont été classées pour la France selon trois niveaux de finalités : (**Figure 1**)

- Niveau 1 : Les politiques de développement de l'activité physique (AP) dans une visée explicite de santé (politiques dites « HEPA »)
- Niveau 2 : Les politiques de développement de l'AP sans visée explicite de santé (politiques dites « AP »)
- Niveau 3 : Les politiques où ni l'HEPA, ni l'AP ne sont citées, mais dont les libellés permettent tout de même de développer de l'HEPA

A noter : Les politiques intersectorielles sont toutes de niveau 1 (à l'exception du plan priorité jeunesse)

L'implication des ministères et le niveau de développement de politiques HEPA ou AP ont également été classés en 4 niveaux pour la France :

- Niveau A : ministères développant des politiques HEPA
- Niveau B : ministères qui inscrivent dans leurs politiques la déclinaison des politiques HEPA dans leur propre politique pour la population dont ils ont la charge et / ou qui ont une politique AP propre, sans visée explicite de santé
- Niveau C : ministères qui concourent au développement de l'HEPA, mais sans politique propre HEPA ou AP, sans visée de santé explicite (*i.e.* insertion, citoyenneté)
- Niveau D : niveau dit « support » pour les ministères exerçant des fonctions de support ou ayant un impact sur le développement des autres politiques. Il s'agit des ministères en charge de l'Intérieur, qui a la charge notamment des collectivités territoriales, et des Finances. Ce niveau ne sera pas détaillé ici.

En France, trois principaux ministères portent des politiques HEPA (niveau A) :

- - **Le ministère en charge de la Santé** : il définit et porte la politique de santé publique. A ce titre, il concourt à renforcer l'attention portée à l'activité physique dans les actions de prévention et de soins. En 2016, ce ministère a également la charge du secteur des affaires sociales.
- - **Le ministère en charge des Sports** : il réglemente et promeut la pratique d'activités sportives encadrées et de loisir. Au-delà du sport de compétition, il développe des actions à destination de la population générale et de publics éloignés de la pratique. En 2016, il a également en charge les secteurs de la ville et de la jeunesse.
- - **Le ministère en charge de l'Environnement et des Transports**. Ce ministère, qui a la responsabilité de ces deux secteurs, oriente davantage



ses actions vers la promotion des mobilités actives que sont la marche et le vélo au travers de différents lois et plans.

Deux ministères sont de niveau B, ils inscrivent dans leurs politiques la déclinaison des politiques HEPA dans leur propre politique pour la population dont ils ont la charge et / ou ont une politique AP propre, sans visée explicite de santé :

- **Le ministère en charge de l'Éducation** prévoit dans le Code de l'Éducation l'aménagement de temps et d'espaces dédiés à la pratique en intégrant au sein de ses enseignements l'éducation physique et sportive et le sport scolaire. Sa politique éducative de santé encourage également la participation à des manifestations sportives ainsi que l'utilisation d'outils principalement développés dans le cadre du PNNS.
- **Le ministère en charge de la Justice** cherche à développer et diversifier les pratiques sportives en milieu carcéral, aussi bien pour les adultes que pour les mineurs sous mains de justice

Les autres ministères concourant au développement de l'HEPA, mais sans politique propre (niveau C) sont :

- **Le ministère en charge de la Politique de la Ville** qui décline certaines politiques dans le cadre de la politique de la ville, en particulier par le biais des outils dont il dispose tels que les Ateliers Santé Ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS).
- **Le ministère en charge de l'Enseignement supérieur et de la recherche** qui participe aux politiques HEPA dont certaines des mesures concernent la formation ou la recherche.
- **Le ministère en charge du Travail** qui n'intègre pas explicitement dans sa politique la notion d'activité physique ou de sport, mais développe une politique de santé en milieu de travail qui ouvre la voie à des actions HEPA, via la promotion d'environnements de travail favorables à la santé.



Implication des ministères dans l'HEPA (finalité et degré de développement des politiques)

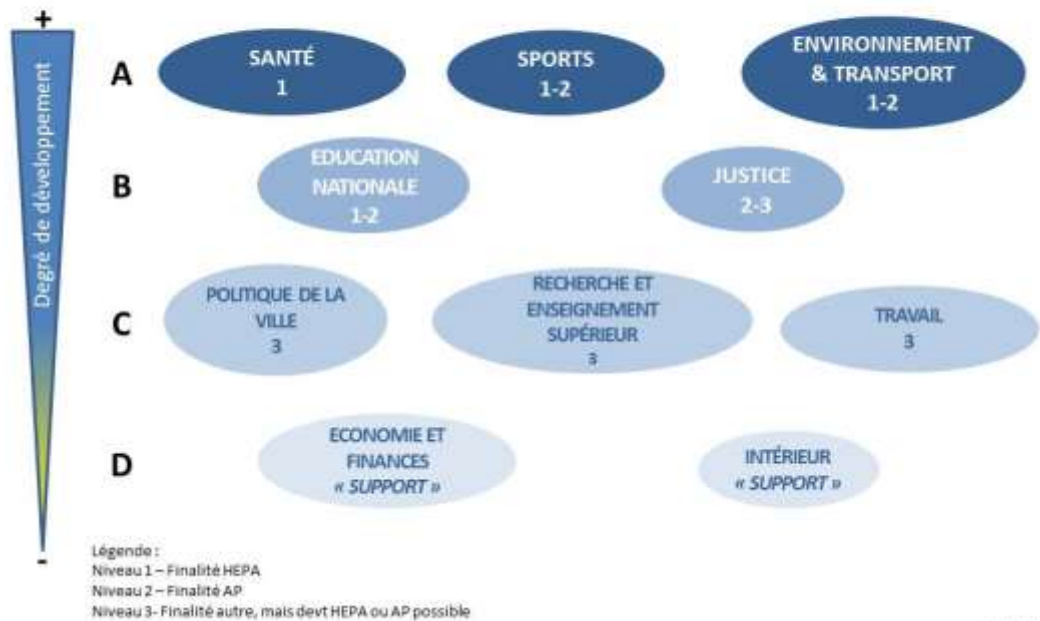


Figure 1. Niveau d'implication des Ministères dans HEPA

Certaines politiques HEPA ont été développées en France en interministériel, par plusieurs de ces ministères ou l'ensemble du gouvernement français.

Pour développer les politiques qui concourent à l'HEPA, ces ministères s'appuient sur (Figure 2) :

- Une instance d'expertise indépendante : **le Haut conseil de la santé publique (HCSP)**, chargé notamment de contribuer à la définition, au suivi et à l'évaluation des objectifs, de fournir aux pouvoirs publics l'expertise nécessaire à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention, ainsi que des réflexions prospectives ;
- Deux instances de coordination interministérielle :
 - *le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) qui conçoit et met en œuvre la politique nationale d'égalité des territoires.*
 - *la Coordination Interministérielle pour le Développement de l'Usage du Vélo (CIDUV) qui examine toute question liée à l'usage de vélo, émet des propositions et favorise la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques.*
- La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) est une caisse qui assure le financement d'aides pour les personnes âgées en perte d'autonomie et personnes en situation de handicap. Elle assure également une fonction d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'accès à l'autonomie, quels que soient l'âge et l'origine du handicap, elle exerce une mission d'information et d'animation de réseau pour les personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles.
- Des agences publiques nationales dont ils ont la tutelle pour la réalisation de recherches, d'expertises, de mise à jour des connaissances et des recommandations. Pour le développement de l'activité physique, les



agences suivantes sont susceptibles d'intervenir de par leur champ de compétences :

- L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), qui a pour mission l'évaluation des risques dans le domaine de l'alimentation, de l'environnement et du travail, en vue d'éclairer les pouvoirs publics dans leur politique sanitaire.
- L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), organisme public de recherche dédié à la santé humaine, et dont une la mission est d'assurer la coordination stratégique, scientifique et opérationnelle de la recherche biomédicale. Il a créé dans cet objectif de coordination des Instituts thématiques multi-organismes (ITMO), dont un concerne la santé publique (ISP).
- La Haute autorité de santé (HAS), dont la mission générale est de contribuer à la régulation du système de santé par l'amélioration de la qualité en santé et l'efficacité. La HAS développe deux activités principales : évaluation et recommandation d'une part et accréditation et certification d'autre part.
- L'Institut national du cancer (INCa), l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer.
- L'Institut de veille sanitaire (InVS), chargé de la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population.¹
- l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), dont la mission est la mise en oeuvre, des programmes de santé publique prévus par l'article L 1411-6 de 2004 , d'apporter expertise et conseil en matière de prévention et de promotion de la santé, d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire, de participer à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence et d'établir les programmes de formation à l'éducation à / pour la santé.²
- Le Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema), qui apporte un appui scientifique et technique pour élaborer, mettre en oeuvre et évaluer les politiques publiques de l'aménagement et du développement durables. Il regroupe huit Centres d'études techniques de l'équipement (CETE), le Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques (CERTU), le Centre d'études techniques, maritimes et fluviales (CETMEF) et le Service d'études sur les transports, les routes et leurs aménagements (SETRA).
- L'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) a pour mission d'accompagner la transition pour passer à un modèle de développement sobre en énergie et en ressources, limitant les émissions de gaz à effet de serre et de polluants. Elle intervient donc sur les champs environnementaux, sociaux, sociétaux et économiques.
- L'Institut français des sciences et technologies des transports, de

¹ Au 1er mai 2016, ces deux dernières agences - INPES et InVS – ont fusionné avec une autre agence sous tutelle du ministère en charge de la santé : l'EPRUS (Etablissement de Préparation en Réponse aux Urgences Sanitaires) pour devenir l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) – Santé Publique France. L'analyse des documents faite pour le PAT portant sur des éléments antérieurs ou concomitants à cette fusion, l'INPES, l'InVS et l'ANSP apparaissent dans le PAT.

² Id 1



l'aménagement et des réseaux (IFSTTAR), a la charge de réaliser ou faire réaliser, orienter, animer et évaluer des recherches, des développements et des innovations dans ses domaines de compétences, dont la mobilité des personnes, les systèmes et moyens de transports et leur sécurité, les infrastructures, leurs usages et leurs impacts (technique, économique, social, sanitaire, énergétique, environnemental et humain).

- Le Centre National pour le Développement du Sport (CNDS), a pour mission de soutenir le développement de la pratique sportive pour tous les publics par un soutien aux associations, de contribuer à l'aménagement du territoire (par des subventions à la réalisation d'équipements sportifs) et de soutenir les grands événements sportifs internationaux se déroulant en France.
- 4 Pôles Ressources Nationaux : « Sport-Santé-Bien-être », « Sport et Handicaps », « Sports de nature » et « Sport, Education, Mixités et Citoyenneté ». Ces centres apportent une expertise, un conseil et développent des outils chacun dans leur champ, sont les têtes de réseaux thématiques, mutualisent les actions les plus pertinentes. Les pôles ressources nationaux sont animés par des Centre de Ressources d'Expertise et de Performance Sportive (CREPS) – établissements publics régionaux.
- L'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU) finance la restructuration des quartiers en difficulté dans un objectif de mixité sociale et de développement durable.

Les ministères s'appuient sur leurs services déconcentrés pour relayer et décliner les politiques nationales au niveau régional et local. Il s'agit par exemple des Directions Régionales (et directions départementales) de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) ou des Directions Régionales (et unités départementales) de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL).

Le ministère en charge de la santé ne dispose pas de services déconcentrés au niveau régional. Ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui pilotent la politique régionale de santé à travers leur Projet Régional de Santé. Elles déclinent les politiques nationales, mais peuvent également développer des politiques de santé publique propres en fonction des besoins et ressources de leur région et des territoires dont elles ont la charge.

Au-delà des liens de tutelle entre les ministères et les agences gouvernementales, les ministères (et les agences) sont a minima en lien via les comités de pilotage ou de suivi des plans et programmes qui sont le plus souvent interministériels. Même si le périmètre des comités de pilotage ou de suivi varie, ils permettent les liens entre secteurs, voire les collaborations, coordinations de politiques sectorielles.

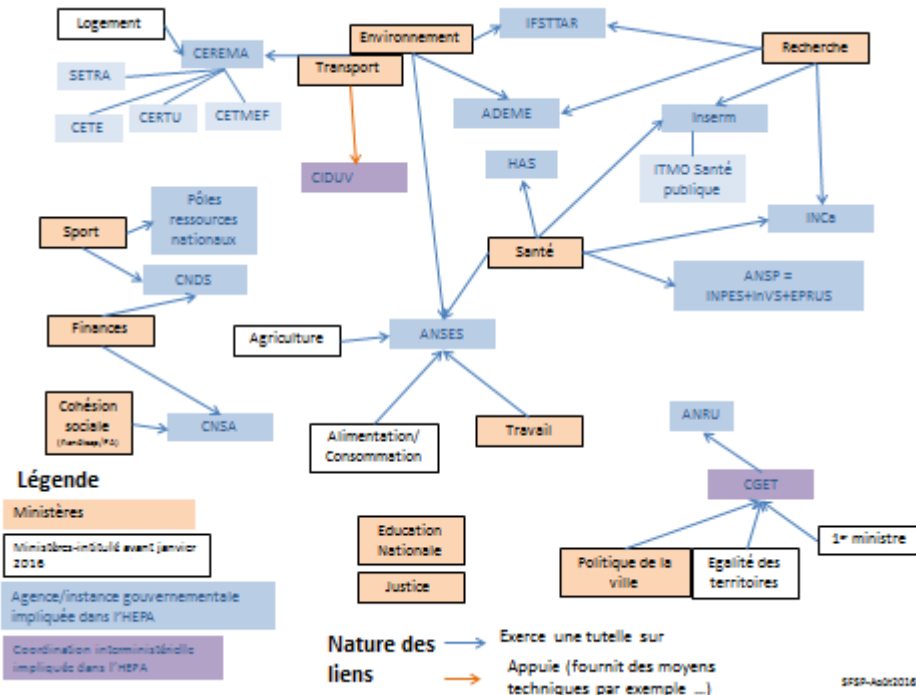


Figure 2. Liens de tutelle des agences impliquées dans le développement de l'HEPA

1d. Dresser la liste d'autres organisations nationales importantes, s'il en existe, en dehors du gouvernement, et qui sont activement engagées dans la promotion de l'HEPA.

Il peut s'agir d'organisations nationales sportives, d'organisations non-gouvernementales, d'organismes caritatifs, de groupes de défense, de communautés scientifiques et universitaires ou autres.

Décrire *brièvement* le rôle de ces organisations (environ 50-100 mots).

En France, de nombreux acteurs nationaux non gouvernementaux sont impliqués, à des degrés divers, dans la promotion de l'HEPA. Nous les présentons dans le tableau ci-dessous par catégorie. Ces acteurs se distinguent principalement par 3 types de rôle :

- ➔ (1) une participation à l'élaboration des politiques *via* l'apport d'avis ou d'expertise ;
- ➔ (2) une influence sur les politiques *via* des actions de lobbying et de plaidoyer ;
- ➔ (3) une mise en œuvre de ces politiques *via* le développement et/ou le financement d'actions ;
- ➔ L'implication dans ces rôles est indiquée pour chaque catégorie d'acteurs.



Tableau 1. Acteurs nationaux non gouvernementaux sont impliqués dans la promotion de l'HEPA

Acteurs	Description et rôles
<p>Mouvement sportif : fédérations membres du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF)</p>	<p>En France, le mouvement sportif est constitué des acteurs non gouvernementaux promouvant la pratique sportive de haut niveau, encadrée mais aussi de loisir. Au niveau national, ces acteurs sont regroupés au sein des Fédérations sportives qui sont représentés par le CNOSF. Au cours de ces dernières années, une dynamique visant la promotion du sport-santé s'est généralisée à l'ensemble du mouvement. Cette démarche vise à développer des programmes d'activités sportives adaptés à l'état de santé des personnes. Ces acteurs participent également à l'élaboration des politiques par leurs avis.</p> <p>Ex. : fédérations multisports, fédérations scolaires, fédérations olympiques, etc.</p> <p>La liste des fédérations membres est disponible sur le site du CNOSF http://franceolympique.com/cat/43-federations_membres_du_cnosf.html</p> <p>Rôles : (1) et (3)</p>
<p>Instances intersectorielles</p>	<p>Il s'agit de comités de pilotage ou de suivi de plans ou programmes politiques. Ce sont des instances sans forme juridique, dont l'objectif est de diriger et superviser la mise en œuvre d'une politique. Leur vocation opérationnelle les amène à (ré)orienter une stratégie politique ainsi que sa mise en œuvre. Elles sont en général constituées de représentants des ministères et des agences, d'universitaires, d'experts professionnels, de représentants des niveaux décentralisés (ARS ou collectivités territoriales par exemple) et de représentants d'usagers.</p> <p>Rôles : (1) et (3)</p>
<p>Sociétés savantes</p>	<p>Les sociétés savantes regroupent des associations à visée scientifique, regroupant des experts qui ont pour mission de faire avancer la connaissance dans un domaine donné. Elles permettent ainsi le rassemblement d'acteurs, l'élaboration et la diffusion</p>



	<p>de connaissances. En France et dans le champ de l'activité physique, différentes sociétés savantes participent à l'élaboration des politiques par leur apport de connaissances ainsi que par leurs actions de plaidoyer. D'autres structures telles que l'Académie de médecine ont été regroupées ici.</p> <p>Ex. : SFSP, Société Française de Médecine du Sport (SFMES), Société Française de Nutrition (SFN), Association française des Chercheurs en Activités Physiques et Sportives (ACAPS), Académie de Médecine, Association Francophone en Activité Physique Adaptée (AFAPA)</p> <p>Rôles : (1) et (2)</p>
Associations dites professionnelles	<p>Au niveau national, ces associations regroupent des (futurs) professionnels ou des structures de professionnels autour d'une thématique (e.g. la promotion de la santé, les prises en charge thérapeutiques, le sport) ou d'une pratique professionnelle (e.g. les médecins, les professionnels en activité physique adaptée). Elles peuvent prendre la forme de fédérations d'associations locales/régionales, ou d'associations regroupant une profession. Leur implication se caractérise par la mise en œuvre des politiques, l'apport de connaissances ainsi que des actions de plaidoyer.</p> <p>Ex : Fédération Nationale de l'Éducation pour la Santé (FNES), Observatoire national de l'activité physique et de la santé (Onaps), Association Française pour le Développement des Véloroutes et des Voies Vertes (af3v), Association Nationale des Etudiants en STAPS (ANESTAPS), Agence pour l'Éducation par le Sport (APELS), club des cardiologues du sport, conférence des directeurs et doyens de structures STAPS 5 (C3D), Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée (SFP-APA),</p> <p>Rôles : (1), (2) et (3)</p>



<p>Syndicats</p>	<p>Les syndicats ont pour mission la défense des intérêts professionnels et économiques de la profession qu'ils regroupent. Leur activité se caractérise donc essentiellement par des actions de plaidoyer.</p> <p>Ex. : Syndicat des médecins du sport, syndicat national d'éducation physique (SNEP)</p> <p>Rôle : (1) et (2)</p>
<p>Associations d'élus ou de collectivités territoriales</p>	<p>Ces regroupements nationaux peuvent concerner des élus ou des collectivités territoriales (communes, départements, régions). Leurs domaines d'influence sont pluriels, depuis la formulation d'avis, la proposition d'amendements jusqu'à la mise en œuvre de politiques.</p> <p>Ex. : Départements et régions cyclables ; club des villes et territoires cyclables, clubs des parlementaires pour le vélo, Réseau français des villes-santé, ...</p> <p>Rôles : (1), (2) et (3)</p>
<p>Associations d'usagers</p>	<p>Ces associations concernent des usagers de différents domaines (e.g. santé, mobilités actives), dont les avis et les actions de plaidoyer peuvent orienter les politiques de promotion de l'HEPA.</p> <p>Ex. : Fédération des usagers de la bicyclette (FUB), Fédération française des diabétiques (FFD), etc.</p> <p>Rôles : (1) et (2)</p>
<p>Sécurité sociale</p>	<p>Les administrations de sécurité sociale sont les organismes de droit privé, chargés d'une mission de service public ou privée. Ce système assure des ressources au travers de cinq branches : la branche maladie, la branche famille, la branche cotisations et recouvrement, la branche accidents du travail et maladies professionnelles et la branche retraite. A ce titre, il participe à la politique de par ses avis et développe des programmes de promotion de l'activité physique.</p>



	Rôles : (1) et (3)
Mutuelles de santé	<p>Les Mutuelles de santé sont des organismes à but non lucratif organisant la solidarité entre leurs membres, et qui agissent en complément de la sécurité sociale. Elles jouent un rôle de plaidoyer dans l'élaboration des politiques, et développent des programmes de promotion de l'activité physique.</p> <p>Ex. : Mutualité française, MAIF, Mutuelle des sportifs...</p> <p>Rôles : (2) et (3)</p>
Fondations	<p>Les Fondations sont des institutions de droit privé à but non lucratif, formées par des particuliers ou des entreprises dans l'objectif d'accomplir une œuvre d'intérêt général. Elles jouent un rôle de plaidoyer dans l'élaboration des politiques, et financent des projets de promotion de l'activité physique.</p> <p>Ex. : Fondation de France, Fondation du sport français, Fondation d'entreprise Française des jeux, Fondation Coca Cola, etc.</p> <p>Rôles : (2) et (3)</p>
Secteur marchand	<p>Le secteur marchand regroupe des structures de droit privé à but lucratif, qui financent et promeuvent l'activité physique ou développent des activités en lien avec l'activité physique (ex. clubs de fitness, thermalisme). Elles influencent par ailleurs les politiques publiques par leurs actions de plaidoyer. Certaines entreprises apportent des financements très importants aux actions de développement de l'activité</p> <p>Ex. : Coca cola, Sanofi...</p> <p>Rôles : (2) et (3)</p>



SECTION 2

Leadership et coordination

Les deux questions suivantes portent sur l'état du leadership et de la coordination des initiatives pour promouvoir l'activité physique. Dans ce contexte, ces termes sont définis de la manière suivante :

- Le « leadership » se réfère au rôle de définition, d'élaboration et de supervision de la politique nationale HEPA.
- Le rôle de « coordination » se réfère à la communication, au développement et à la cohérence des actions et programmes, et peut inclure la facilitation des échanges entre les différents acteurs.

Les rôles de « leadership » et de « coordination » peuvent être assurés par une ou plusieurs instances, liées au gouvernement ou non. Ces deux rôles peuvent être endossés par la même instance ou des instances différentes, tant au niveau local que national. Selon la configuration, leur fonctionnement peut éventuellement s'appuyer sur un comité multisectoriel, un groupe de travail ou une alliance.

2. Indiquer quelle/s instance/s, si elle/s existe/nt, assure(nt) un rôle de leadership dans la promotion de l'HEPA au niveau national.

En France il n'existe pas d'instance(s) assurant officiellement un rôle de leadership dans la promotion de l'HEPA au niveau national.

Ce leadership est davantage sectoriel et varie selon les politiques et plans nationaux. Il peut relever d'un seul ministère (e.g. ministère en charge de la Santé dans le cadre du Programme National Nutrition Santé) ou être interministériel (e.g. Ministères en charge de la Santé, de la cohésion sociale et des Sports dans le cadre du Plan Bien Vieillir 2007-2009).

L'élaboration du Plan National Sport Santé Bien-Etre (PNSSBE) en 2012, par son copilotage ministère en charge de la Santé et ministère en charge des Sports, a positionné ces deux ministères dans un rôle de leadership partagé que les acteurs non gouvernementaux reconnaissent pour le développement des politiques HEPA, même s'il n'est pas officiel et que chaque ministère assure le leadership de sa propre politique.



3. Indiquer quelle/s instance/s, si elle/s existe/nt, assure(nt) un rôle de leadership dans la promotion de l'HEPA au niveau local

Par exemple au niveau régional / départemental / cantonal / municipal.

Il n'existe pas d'instance(s) assurant un rôle de leadership exclusivement dédié à la promotion de l'HEPA au niveau infra-national.

Là encore ce leadership varie selon les secteurs et les politiques. Au niveau régional, la dynamique peut être impulsée par les agences régionales et directions régionales de l'Etat, en particulier lorsqu'elles déclinent les politiques nationales. Elle peut également être portée au niveau local, par les collectivités territoriales par exemple.

Le leadership naissant décrit dans la question précédente se retrouve également au niveau local, et de manière plus affirmée, entre les Agences Régionales de Santé et les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale au travers du pilotage des Plans Régionaux Sport Santé Bien-Etre, déclinaisons régionales du Plan National Sport Santé Bien-Etre.

4. Existe-t-il des modes d'organisation ou des instances qui assurent une collaboration intersectorielle dans l'élaboration de politiques HEPA au niveau national ?

Si oui, en donner une brève description. Identifier les participants, les dirigeants, expliquer comment ces collaborations fonctionnent en pratique et dans quelle mesure les expériences ont été positives ou plus difficiles. Ces exemples peuvent inclure des collaborations avec les secteurs privés et associatifs.

Il n'existe pas un mode d'organisation ou une instance de coordination réunissant tous les acteurs nationaux impliqués dans la promotion de l'HEPA. :

- Ces collaborations peuvent être ponctuelles et mises en place par les directions des Ministères, leurs agences ou leurs établissements publics administratifs sous la forme de comités de pilotage ou de suivi, de groupes de travail.
- Ces collaborations peuvent s'appuyer sur les rencontres d'instances permanentes : outil de coordination interministériel (Coordination Interministérielle pour le Développement de l'Usage du Vélo, Comité Interministériel de la Jeunesse, etc.), Centre National de Développement du Sport, Conseil National du Sport, etc.

Elles sont soit, formalisées à travers les Plans, les décrets, etc., soit, mises en place à l'occasion de groupes de travail ou d'échanges informels.



5. Existe-t-il des modes d'organisation ou des instances qui assurent une collaboration intersectorielle dans l'élaboration de politiques HEPA au niveau local ?

Si oui, en donner une brève description. Indiquer les participants, les dirigeants, expliquer comment ces collaborations fonctionnent en pratique et dans quelle mesure les expériences ont été positives ou plus difficiles. Ces exemples peuvent inclure des collaborations avec les secteurs privés et associatifs.

Il n'existe pas un mode d'organisation ou une instance de coordination réunissant tous les acteurs locaux impliqués dans la promotion de l'HEPA. :

- Ces collaborations peuvent être ponctuelles et mises en place par les services déconcentrés de l'Etat ou les collectivités territoriales sous la forme de comités de pilotage ou de suivi, de groupes de travail.
- Ces collaborations peuvent s'appuyer sur des rencontres d'instances permanentes : commission de coordination des politiques publiques de santé, Collectif régional autour de la nutrition, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, Conférence régionale consultative du sport, Conseil Régional, Conseil économique, social et environnemental régional, etc.



SECTION 3

Documents-cadres

La rubrique suivante concerne tous les **documents-cadres ou événements antérieurs** qui ont pu influencer l'élaboration des politiques relatives à l'HEPA. Ils permettront de mieux comprendre le contexte actuel de promotion de l'HEPA au sein de votre pays. Les **documents-cadres actuels** sont décrits dans la rubrique suivante.

6. Décrire les documents-cadres et événements clés passés, s'il en est, qui ont conduit au contexte actuel de promotion de l'HEPA de votre pays.

Cela peut inclure des documents législatifs ou tout autre document-cadre qui ne sont plus en vigueur (par exemple, une précédente politique nationale de promotion de l'HEPA qui a ou non été prolongée), une loi antérieure faisant date, ou tout autre document tel que des rapports scientifiques. Les événements clés peuvent être des changements politiques, des prises de position ou des événements scientifiques qui ont eu un impact sur l'agenda HEPA.

Indiquer ces documents/événements, fournir le lien Internet quand il existe, et indiquer si une version et/ou un résumé sont disponibles en anglais.

Législations et Plans Nationaux clés

La Loi de modernisation du système de santé est construite autour de 3 grandes orientations : le renforcement de la prévention, la réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste et le développement de droits des patients.

Organisme émetteur : ministère des Affaires sociales et de la Santé

Lien Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/2016-41/lo/texte>

Ce texte introduit, dès son premier article, une préconisation concernant la lutte contre la sédentarité et, dans son article 144 la prescription des APS pour les personnes en ALD. Cette disposition législative marque un pas décisif dans le développement de la prescription des APS pour la santé.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) est le premier plan significatif pour l'HEPA. Nombreux sont les plans santé qui ont suivi et qui ont décliné ou renforcé ses objectifs, pour une population ou une pathologie : plans Cancer, plan Obésité, plan d'action national « accidents vasculaires cérébraux », etc.

Programme National Nutrition Santé 2001-2005

Organisme émetteur : ministère de l'Emploi et de la Solidarité – ministère délégué à la Santé

Lien Internet: <http://social-sante.gouv.fr/reprise-historique/programme-national-nutrition-sante/programme-national-nutrition-sante-2001-2005/article/programme-national-nutrition-sante-2001-2005> (une version est disponible en anglais)

Ce programme national de 5 ans a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants : la nutrition (alimentation + activité physique). Parmi ses 9 objectifs, le dernier porte sur l'augmentation de l'activité physique quotidienne. Il vise



en particulier une augmentation de 25% du pourcentage de personnes faisant l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour. Il précise également que « *la sédentarité doit être limitée chez l'enfant* ».

Il a été suivi d'un 2nd PNNS 2006-2010 puis d'un 3^e 2011-2015. Le 4^e est actuellement en préparation.

Le Plan National Santé Environnement (PNSE) a permis de développer les mobilités actives, dans une visée explicite de santé. A ce titre, il constitue également une politique clé pour le développement de l'HEPA.

Plan National Santé Environnement 2004-2008

Organisme émetteur : ministère de la Santé et de la Protection Sociale, ministère de l'Écologie et du Développement Durable, ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, ministère délégué à la Recherche

Lien Internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnse1-2.pdf> (pas de version en anglais)

Prévu par la loi de santé publique du 9 août 2004, ce Plan a pour objectif d'améliorer la santé des Français en lien avec la qualité de leur environnement. Parmi ses 8 objectifs généraux, le second vise à « protéger la santé publique en améliorant la qualité des milieux ». En particulier, l'action 5 vise la promotion des modes de déplacement alternatifs (vélo, marche à pied et mobilité scolaire), dont les conséquences sont de diminuer les émissions de polluants atmosphériques mais également de développer les activités physiques et sportives.

Il a été suivi d'un 2nd Plan 2009-2013, et d'un 3^e encore en cours (2015-2019).

Le second Plan Cancer (2009-2013) peut lui aussi être considéré comme une politique clé, car il est le premier Plan dédié à une pathologie à avoir décliné des objectifs d'activité physique pour la prévention primaire.

Plan Cancer 2009-2013

Organisme émetteur : République Française

Lien Internet : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013> (une version est disponible en anglais)

Structuré autour de cinq grands axes (Recherche, Observation, Prévention-dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer), ce Plan Cancer intègre l'activité physique dans son axe *Prévention-Dépistage*. En particulier, la mesure 11 (*Promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers*) porte sur l'information et la sensibilisation auprès des élus, des entreprises et des futurs retraités (actions 11-1 et 11-3) et le soutien à la recherche (action 11-2).

Il a été suivi d'un 3^e Plan Cancer, encore en cours, qui énonce des objectifs de développement de l'HEPA avant, pendant et après la maladie.

Le Programme national bien vieillir 2003-2005 a décliné les objectifs du PNNS, dont ceux concernant l'activité physique, pour une population donnée.

Programme national bien vieillir 2003-2005

Organisme émetteur : ministère de la Santé et de la Protection Sociale - ministère délégué aux personnes âgées

Lien Internet : <http://cvs.bruyeres.free.fr/pdf/programme%20bien%20vieillir.pdf> (pas de



version en anglais)

Coordonné avec le PNNS, ce Plan comprend deux volets. Le premier est consacré à la promotion du bien-être et de la santé par l'activité physique et sportive et une alimentation équilibrée. Dans ce cadre, 17 villes ont été sélectionnées pour développer des actions autour de ces thématiques. Le second volet porte sur l'amélioration de la qualité de vie par le développement des liens intergénérationnels et le rôle social des seniors dans les domaines culturel, professionnel et touristique.

Il a été suivi d'un Plan national bien vieillir 2007-2009, dont le ministère des Sports s'est fortement emparé, affirmant clairement un objectif de santé dans ses actions de développement du sport ou de l'activité physique.

Plan national bien vieillir 2007-2009

Organisme émetteur : ministère de la Santé et des Solidarités - ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Lien Internet : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf (pas de version en anglais)

Ce Plan fait suite au Programme National Bien Vieillir lancé en 2003. L'axe 3 porte sur la promotion de l'activité physique et sportive dont la pratique permet d'améliorer la santé et le bien-être, mais également de prévenir la dépendance physique et les chutes. Cinq mesures sont présentées et portent sur l'identification, la communication et le soutien aux associations sportives s'adressant aux seniors, la formation des professionnels ainsi que l'évaluation des aptitudes physiques des seniors.

Le plan National AVC repose sur 4 priorités et 17 actions opérationnelles. Il s'appuie sur les ARS et propose des outils tout en laissant chaque Région adapter la déclinaison au contexte spécifique notamment pour favoriser les liens entre professionnels et secteurs médico- social et sanitaire.

Plan national AVC 2010-2014

Organismes émetteurs : ministère de la Santé et des Sports, ministère du travail de la solidarité et de la fonction publique, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

Lien Internet : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_actions_avc_-_17avr2010.pdf (pas de version en anglais)

Les 4 priorités du Plan sont d'améliorer la prévention et l'information de la population, avant, pendant et après un AVC, de mettre en œuvre des filières de prise en charge adaptées, d'assurer la formation et l'information des professionnels et enfin de promouvoir la recherche. Le développement de l'AP en prévention et en traitement de l'AVC est une des actions du Plan.

Plan Obésité 2010-2013

Organisme émetteur : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Lien Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf (pas de version en anglais)

Le Plan Obésité comprend des axes portant sur la recherche, la prévention et l'organisation



des soins. L'activité physique fait notamment l'objet de l'axe 2 (mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique), et porte sur le développement d'actions préventives prenant appui sur le PNNS 2011-2015 (mesure 2-2), portant sur l'accompagnement des enfants en établissement d'enseignement (mesure 2-3), ainsi que actions spécifiques dans les différents milieux (mesure 2-4).

L'activité physique est également évoquée comme étant une ressource à promouvoir dans le cadre d'une prise en charge de premier recours, et comme compétence de l'éducation thérapeutique du patient (axe 1 : mesures 1-1, 1-4 et 1-5).

Documents clés passés

Retrouver sa liberté de mouvement - PNAPS : plan national de prévention par l'activité physique et sportive). Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé présidée par le Pr Jean-François Toussaint, 2008

Organisme émetteur : ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

Lien Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000769.pdf> (un résumé en anglais est présent dans le document)

Ce rapport, demandé par le ministère en charge des sports et de la santé, présente une série de recommandations visant à encourager l'activité physique ou sportive régulière selon l'âge ou le milieu de vie : scolaires, universitaires, professionnels, seniors, personnes souffrant de maladie chronique/rare ou de handicap, milieu urbain ou rural.

Il avait vocation à définir des orientations stratégiques de développement de la prévention par l'activité physique et le sport et leur déclinaison opérationnelle pour l'élaboration d'un Plan national. Même si ce Plan n'a finalement pas été créé, il est le premier qui a positionné l'activité physique à des fins de santé, et ses axes stratégiques et déclinaisons opérationnelles ont été utiles aux différents acteurs pour s'engager dans l'HEPA.

Activité physique: contextes et effets sur la santé. Expertise collective, 2008

Organisme émetteur : Inserm

Lien Internet : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80> (une synthèse et les recommandations sont disponibles en anglais)

Cette expertise collective de l'Inserm, demandée par le ministère en charge des sports, est la première synthèse des données scientifiques internationales parues sur l'HEPA qui a été publiée en France. Ce document propose « *une analyse des déterminants individuels et collectifs susceptibles de favoriser l'activité physique, une évaluation des effets de l'activité physique sur la santé, ainsi que l'analyse des contextes sociaux et environnementaux dans lesquels se sont développées les activités physiques et sportives au cours de l'histoire récente.* »

Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation, 2011

Organisme émetteur : Haute Autorité de Santé (HAS)

Lien Internet: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf (pas de version en anglais)



La Direction de la sécurité sociale a saisi la HAS pour produire une recommandation sur le « développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses (conseils hygiéno-diététiques, éducation thérapeutique, recours alternatifs à d'autres professionnels spécialisés...) ». Dans ce rapport, les activités physiques et sportives ont été reconnues par les autorités comme thérapeutiques non médicamenteuses. Elles font partie de la catégorie des règles hygiéno-diététiques qui comporte également les régimes diététiques, les modifications des comportements alimentaires et les règles d'hygiène. Cette reconnaissance a été confirmée par son inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé (Article 144 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010, 2010

Organisme émetteur : Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER).

Lien internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000214.pdf>

Ce document présente les résultats de l'évaluation du PNNS 2006-2010, dit aussi PNNS 2. Cette évaluation a été menée conjointement par l'IGAS à la demande du ministère de la Santé et des Sports et par le CGAAER, à la demande du ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche. Il propose ensuite une série de recommandations pour la reconduction du PNNS.

Cette évaluation a notamment souligné l'insuffisance du développement de l'HEPA, malgré des objectifs précis qui devaient être mis en œuvre. Cette évaluation a permis un rééquilibrage des axes stratégiques alimentation et activité physique, en faveur de l'HEPA dans le PNNS suivant.

Rapport de l'ANSES Actualisation des repères du PNNS-Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité - 2016

Organisme émetteur : ANSES

Lien Internet : <https://www.anses.fr/en/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

Ce document fait le point sur les recommandations en matière d'activités physiques et sportives et de lutte contre la sédentarité et sur les bénéfices attendus de la pratique pour les différents publics, en fonction de l'âge, de l'existence de pathologies chroniques et ou de limitation fonctionnelle.

Expertise collective de l'Inserm : inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique – 2014

Organisme émetteur : Inserm

Lien Internet : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/inegalites-sociales-de-sante-en-lien-avec-l-alimentation-et-l-activite-physique-une-expertise-collective-de-l-inserm>

L'analyse par les experts des données issues de la littérature scientifique internationale récente a permis d'évaluer les disparités nutritionnelles selon la position socioéconomique des individus. Les facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui participent à la construction des inégalités sociales de nutrition ont été analysés. Les experts



ont également étudié l'impact des interventions et des politiques de prévention en fonction de la position socioéconomique et identifié les stratégies les plus à même de réduire les inégalités sociales dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique.

En conclusion, les experts proposent de concevoir et promouvoir des programmes qui apportent des bénéfices à la fois à l'ensemble de la population mais aussi des actions qui s'adressent aux différents groupes sociaux en fonction des risques et besoins auxquels ils sont confrontés ;

Événements clés passés -

Réunion des secteurs de la santé et des sports au sein d'un seul ministère, mai 2007

La volonté du gouvernement de réunir les mondes du sport et de la santé, a abouti à la création du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports en mai 2007. Même si les compétences ont à nouveau été scindées en mai 2012, cette période a contribué à favoriser le travail intersectoriel et le rapprochement des politiques de santé et du sport : le rapport Toussaint « Retrouver sa liberté de mouvement » et l'ouverture du comité de pilotage du PNNS au mouvement sportif, via le CNOSF en sont deux exemples.

Nouveau projet de la commission médicale du CNOSF : renforcement de l'orientation stratégique sport-santé au CNOSF, 2009

Le sport-santé, défini comme : « *établir les conditions de pratique d'une discipline sportive aptes à maintenir ou améliorer la santé en prévention primaire, secondaire ou tertiaire* », est devenu un sujet prioritaire pour le mouvement sportif. La composante "sport santé" de la commission médicale développe des actions d'information et de promotion sur les bienfaits du sport pour la santé et d'information sur les bonnes pratiques du sport. Les travaux de la commission ont permis une reconnaissance et une participation accrue du mouvement sportif dans le développement l'HEPA. Cette commission a notamment publié, à destination des prescripteurs, le « Médicosport-santé » qui propose des protocoles d'activités sportives adaptés aux différents publics pour chaque fédération sportive (20 à ce jour, 30 supplémentaires sont en préparation). Ces protocoles ont été établis par les fédérations sportives et les sociétés savantes.

Lien vers le projet Médicosport-santé : <http://cnosf.franceolympique.com/cnosf/actus/6256-mdicosport-sant.html>

Séminaire « nutrition » entre sociétés savantes et experts, 16 et 17 septembre 2010

Pendant six mois une trentaine de sociétés savantes et d'experts intervenant en nutrition ont travaillé chacune avec leurs membres pour élaborer des propositions pour le nouveau Plan National Nutrition Santé. Il s'agissait de sociétés savantes, associations professionnelles spécialistes de l'alimentation, de la nutrition, de l'activité physique, de la promotion de la santé, etc. Les membres de ces sociétés savantes et associations professionnelles se sont rencontrés au cours d'un séminaire de 2 jours à Marseille en septembre 2010 pour échanger de manière pluridisciplinaire et valider l'ensemble des propositions qui ont ensuite été présentées et transmises au ministère en charge de la santé. Ce séminaire a constitué une



1ère rencontre formalisée aboutissant à des propositions communes entre disciplines et professions travaillant jusqu'alors peu ensemble, ou de manière bilatérale.

Lien internet vers les propositions : <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=177>

Communication conjointe des Ministres en charge des sports et de la santé en conseil des ministres du 10 octobre 2012

Lien internet : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/1-texte_communication_en_conseil_des_ministres.pdf

(pas de version anglaise disponible)

La ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative et la ministre des Affaires Sociales et de la Santé ont annoncé conjointement le développement d'une politique publique « Sport – Santé – Bien-être », « promouvant les activités physiques et sportives pour tous et à tous les âges de la vie ». Même si cette annonce n'a pas trouvé de concrétisation dans un document politique national, une instruction du 24 décembre 2012 impose aux ARS et aux DRJCS sa mise en œuvre régionale par l'élaboration de Plans Régionaux Sport Santé Bien-Etre (Cf Q7). Cette communication a également marqué le début d'un co-pilotage des politiques HEPA de plus en plus important par ces deux Ministères.

Signature de la convention entre les conférences des doyens des facultés de médecine et la conférence des directeurs et doyens de STAPS (C3D STAPS) pour « organiser et promouvoir l'activité physique pour la santé dans le domaine universitaire, du soin et de la recherche » le 26 octobre 2012

Lien Internet : http://www.c3d-staps.org/download/convention/Convention_de_Partenariat_C3D_CDFM.pdf

Cette convention comporte 4 objectifs visant l'augmentation du niveau de connaissance des professionnels de santé concernant l'activité physique adaptée santé (APAS), le développement des formations professionnelles dans ce domaine, la coordination des professionnels et les échanges de pratique pour les personnes atteintes de pathologies chroniques ... et enfin le développement des collaborations entre les laboratoires de recherche et les CHU dans le domaine de l'APAS.

Signature de la convention STAPS-Pharmacie pour la prise en charge des maladies chroniques du 15 juin 2016

Lien Internet : http://www.c3d-staps.org/download/convention/Convention_de_Partenariat_C3D_CDP.pdf

La conférence des Doyens de Pharmacie a signé un accord de coopération universitaire dans le cadre du Programme National Nutrition Santé. Cette convention s'inscrit dans le cadre du parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques et de la promotion de l'activité physique comme facteur de santé, en lien avec le secteur médical, qui est déjà partenaire d'une convention de même nature entre les conférences de Doyens de Médecine et de STAPS.



7. Détailler (titre, calendrier, organisme émetteur) les politiques clés, les législations, stratégies ou plans d'action en cours de votre pays permettant d'augmenter la pratique de l'activité physique au niveau national.

Consulter le glossaire (page 2) pour une définition de ces termes.

Lister ces documents dans le tableau ci-dessous par secteur, donner une brève description de leur contenu général (environ 100-250 mots), fournir s'il existe, un lien Internet, et indiquer si une version ou un résumé est disponible en anglais.

Indiquer dans la colonne de droite les documents les plus importants de l'agenda national, et motivez rapidement ce choix.

Secteur	Politique	Indiquez les documents les plus importants (✓)
Intersectoriel	<p>Stratégie Nationale de Transition Ecologique vers un Développement Durable (SNTEDD) Date de publication : 2015 Calendrier : 2015-2020 Organisme émetteur : Gouvernement Lien Internet : http://v1.minspo1.nexen.net/SDD/SNTEDDS/SNTEDD.pdf (pas de version en anglais). Cette stratégie affiche 9 axes prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des territoires durables et résilients 	(✓)



- S'engager dans l'économie circulaire et sobre en carbone
- Prévenir et réduire les inégalités environnementales, sociales et territoriales
- Inventer de nouveaux modèles économiques et financiers
- Accompagner la mutation écologique des activités économiques
- Orienter la production de connaissances, la recherche et l'innovation vers la transition écologique
- Eduquer, former et sensibiliser pour la transition écologique et le développement durable
- Mobiliser les acteurs à toutes les échelles
- Promouvoir le développement durable aux niveaux européen et international

La troisième priorité de l'axe 1 porte sur le développement de modèles urbains durables. Il s'agit notamment de poursuivre les actions engagées en faveur d'une mobilité plus durable par la promotion de modes de transports décarbonés, les nouvelles pratiques de mobilité (e.g. co-voiturage) et la mobilité active (vélo, marche à pieds).

Instruction du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012. Plans Régionaux Sport santé bien-être

Date de publication : 2012



	<p>Calendrier : non</p> <p>Organisme émetteur : ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative, ministère des affaires sociales et de la santé</p> <p>LienInternet :</p> <p>http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf (pas de version en anglais).</p> <p>Cette instruction demande à chaque région de mettre en place, de manière intersectorielle, un Plan régional Sport santé bien-être. Les plans régionaux ont notamment pour objectif de renforcer les actions déjà engagées dans le PNNS sur le volet des activités sportives. Ils visent la promotion et le développement des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, pour la population générale, ainsi que pour les publics à besoins spécifiques (e.g. publics en situation de handicap, socialement défavorisés, personnes âgées, personnes présentant une pathologie chronique non transmissible). Le pilotage est assuré au niveau national par les ministères en charge de la Santé et des Sports et la mise en œuvre régionale par les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et les Agences régionales de santé.</p> <p>Cette politique a inscrit le ministère des Sports dans une dynamique HEPA et a posé les bases d'un co-pilotage par les ministères en charge des sports et de la santé.</p> <p>Plan Priorité Jeunesse</p> <p>Date de publication : 2013-2017</p>	
--	---	--



Calendrier : non

Organisme émetteur Comité Interministériel de la Jeunesse

Lien Internet : <http://www.jeunes.gouv.fr/actualites/priorite-jeunesse/article/comite-interministeriel-de-la-5540> (une synthèse est disponible en anglais).

Ce plan destiné aux jeunes comprend 47 mesures réparties en 13 objectifs. Parmi eux :

- L'objectif 3 vise à « Améliorer la santé des jeunes et favoriser l'accès à la prévention et aux soins ». Dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, cet axe vise notamment à renforcer les actions sur les déterminants de santé tels que la mobilité ou la nutrition pour lutter contre les inégalités (action 9).
- L'objectif 8 vise à « favoriser l'accès des jeunes aux sports, à l'art, à la culture et à une offre audiovisuelle et numérique de qualité ». Cet axe vise notamment à garantir l'égalité d'accès à une pratique sportive pour tous les jeunes, notamment pour les jeunes filles et les étudiants (mesure 25) et à inclure des activités de loisirs culturels et sportifs au sein des projets éducatifs territoriaux (action26).

Plan Cancer

Date de publication : 2014

Calendrier : 2014-2019

Organisme émetteur : République française

Lien Internet : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-20192> (un



résumé est disponible en anglais)

Ce Plan est décliné en 17 objectifs qui s'articulent autour de quatre grandes ambitions, à savoir guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, et optimiser le pilotage et les organisations.

Parmi ces objectifs, deux intègrent l'activité physique :

- L'objectif 8 « réduire les risques de séquelles et de second cancer » prévoit la promotion de l'AP chez les patients atteints de cancer (action 8.6) et le soutien à la recherche dédiée à la prévention de la récurrence (action 8.7).
- L'objectif 11 « donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer » intègre parmi les facteurs de prévention la pratique de l'activité physique (actions 11.6, 11.7 et 11.11).

Plan National Santé Environnement

Date de publication : 2015

Calendrier : 2015-2019

Organisme émetteur : République Française

Lien Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnse3_v_finale.pdf

(pas de version en anglais).

Prévu par la Loi de Santé Publique 2004, ce Plan a pour objectif général de réduire les impacts d'environnements délétères sur la santé, en agissant sur différents leviers. Parmi eux, un volet portant sur les transports est présenté en annexe dans une feuille de route reprenant les objectifs définis dans le Programme Paneuropéen en transport santé environnement. En particulier l'action 2 prévoit d'aider à la mise en



	<p>œuvre du « Plan d'Action Mobilités Actives » (PAMA) par différents moyens :</p> <ul style="list-style-type: none">• dresser un état des lieux des connaissances sur les effets sur la santé et l'environnement• rappeler le cadre législatif et réglementaire existant• évaluer les impacts sur la santé et assurer le suivi des mesures du PAMA• Valoriser et identifier les bonnes pratiques• Faire le lien entre le bilan bénéfices/risques perçu par les usagers et l'attractivité des mobilités actives• Elaborer des guides méthodologiques <p>Communiquer sur les effets sur la santé et l'environnement</p>	
Santé	<p>Stratégie Nationale de Santé Date de publication : 2013 Calendrier : non Organisme émetteur : ministère des Affaires Sociales et de la Santé Lien Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf (pas de version en anglais). Cette réforme structurelle du système de santé définit le cadre de l'action publique sur plusieurs années. Elle a pour objectif général de mieux répondre aux défis du XXIe siècle (vieillesse de la population, maladies chroniques, diversification des risques sanitaires), de préserver la qualité et la sécurité dans les soins, de combattre les inégalités de santé et d'accès au système de soins.</p>	



Cette stratégie s'organise autour de trois axes :

- Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé
- Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale
- Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire

La prévention est décrite comme étant un outil de prise en compte des déterminants de santé devant être décloisonné. Cette stratégie place l'éducation thérapeutique comme un moyen de modifier les comportements et ainsi, de faire évoluer le système de santé. Elle ouvre ainsi la voie à des actions de promotion de l'activité physique compris comme déterminant de la santé.

Loi relative à la politique de Santé Publique (LOI n° 2004-806 du 9 août 2004)

Date de publication : 9 août 2004

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées

Lien Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/SANX0300055L/jo/texte>

(pas de version en anglais).

La loi affirme la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Elle vise à réduire la mortalité et la morbidité évitables, et à diminuer les disparités régionales en matière de santé.

(✓)



Pour atteindre cet objectif général, une centaine d'objectifs pluriannuels ont été définis et assortis d'indicateurs permettant de rendre compte de leur atteinte. Ce document est important car, pour la première fois, l'activité physique est inscrite comme déterminant de santé et fait l'objet d'objectifs mesurables et quantifiés.

Cette loi prévoit en particulier la mise en place de différents plans de santé publique parmi lesquels, le Plan Cancer, le PNSE et le PNNS. En outre, elle a inscrit parmi ses objectifs, des objectifs quantifiés d'activité physique quotidienne à atteindre pour la population.

Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009)

Date de publication : 21 juillet 2009

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>

(pas de version en anglais).

Cette loi a pour objectif général de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, ainsi qu'à la création des ARS chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).



L'activité physique et sportive y est considérée comme un comportement favorable à la santé au sein du titre III « prévention et santé publique ».

Loi de modernisation de notre système de santé (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016) (✓)

Date de publication : 26 janvier 2016

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Lien Internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>

(pas de version en anglais).

Cette loi s'organise autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et l'organisation du système de santé. En premier lieu, elle rappelle dans son 1^{er} article que la politique de santé comprend « la prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie » par différents moyens, parmi lesquels le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges.

Cette loi constitue un document important car elle inscrit en outre la possibilité de prescrire une activité physique adaptée aux patients atteints d'une affection de longue durée sans le cadre de leur parcours de soins (article 144). Les conditions de cette pratique ne sont pas encore définies et feront l'objet d'un décret.



Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015)

Date de publication : 28 décembre 2015

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte>

(pas de version en anglais)

Brève description du contenu (et si coché, pourquoi est-il jugé comme un des documents les plus importants ?) :

La loi tend à anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques et repose sur trois piliers :

- L'anticipation pour prévenir la perte d'autonomie
- L'adaptation des politiques publiques au vieillissement
- L'amélioration de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie

Dans ce contexte, l'activité physique est présentée comme un facteur de prévention permettant « de préserver l'autonomie et d'anticiper les effets négatifs de l'âge » (annexe à l'article 2).

Cette loi prévoit également la mise en place du Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie.



Programme National Nutrition Santé

Date de publication : 2011

Calendrier : 2011-2015

Organisme émetteur : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Lien Internet : http://www.inpes.sante.fr/reperes_nutritionnels/pdf/pnns-2011-2015.pdf (une version est disponible en anglais : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_UK_INDD_V2.pdf)

Le PNNS est le principal plan offrant un cadre général à la promotion de l'HEPA comme déterminant de santé et facteur de prévention. Il est repris au sein de différents plans de santé publique, mais également de politiques issues d'autres secteurs. Sa création et sa reconduction quinquennale sont inscrites dans le code de la santé publique (art. L3231-1). Lancé pour la première fois en 2001, ce plan a été reconduit en 2006 et 2011. Des objectifs fixés par le Haut Conseil de la Santé Publique ont été repris pour permettre à l'ensemble de la population d'atteindre le niveau d'activité physique recommandé. L'activité physique (les dépenses énergétiques) y est considérée dans sa complémentarité avec l'alimentation (les apports énergétiques).

Parmi ses 21 mesures, deux concernent directement l'augmentation du niveau d'activité physique quotidienne pour tous, ainsi que pour des publics à besoins particuliers telles que les personnes en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques.

Six autres mesures y participent indirectement en promouvant les leviers transversaux que sont les formations, les outils nationaux de surveillance nutritionnelle, l'évaluation des actions, la recherche, la promotion de l'expertise française au niveau international, et l'évaluation

(✓)



du PNNS et du Plan Obésité (PO).

Le PNNS constitue le programme contenant le plus grand nombre de mesures de développement de l'HEPA en France.

Plan National d'Action de Prévention de la Perte d'Autonomie

Date de publication : Septembre 2015

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Lien Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf (pas de version en anglais).

Prévu par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, ce Plan se structure autour de 6 axes :

- améliorer les grands déterminants de la santé et de l'autonomie
- prévenir les pertes d'autonomie évitables
- éviter l'aggravation des situations déjà caractérisées par une incapacité
- réduire les inégalités sociales (et territoriales) de santé
- former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie
- développer la recherche et les stratégies d'évaluation

L'activité physique y est présentée comme étant un déterminant de la santé et un moyen de préserver l'autonomie. Outre son rôle dans la prévention primaire, elle est également évoquée comme facteur de prévention secondaire et tertiaire pour éviter des chutes, responsables



	de la perte d'autonomie évitable, et pour réduire le surpoids et l'obésité de la personne âgée.	
Sport et loisirs	<p>Plan Citoyens du Sport Date de publication : 2015 Calendrier : non Organisme émetteur : ministère de la Jeunesse, de la Ville et des Sports Lien Internet : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/plancitoyenssport15.pdf (pas de version en anglais).</p> <p>Ce Plan correspond à l'une des mesures du Plan Egalité et Citoyenneté lancé par le Gouvernement au début de l'année 2015 dans le cadre du Comité Interministériel à l'Egalité et à la Citoyenneté. Son objectif général est de mobiliser l'ensemble du monde sportif afin de garantir l'accès à la pratique sportive aux jeunes qui en sont le plus éloignés. Notamment, il cherche à favoriser la pratique sportive encadrée au sein des clubs dans les territoires prioritaires (quartiers de la politique de la ville et zones rurales).</p> <p>Il a récemment donné lieu à une circulaire (n°2015-93) dont l'objectif est d'intégrer les enjeux et la place du sport au sein des contrats de ville signés dans le cadre de la Politique de la ville.</p>	
Education	<p>Loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République Date de publication : 8 juillet 2013 Calendrier : non Organisme émetteur : ministère de l'Éducation Nationale</p>	



Lien Internet

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/7/8/MENX1241105L/jo/texte>

(pas de version en anglais).

La loi décrit les objectifs de la refondation de l'école de la République : élever le niveau de connaissances, de compétences et de culture de tous les enfants, réduire les inégalités sociales et territoriales, et réduire le nombre de sorties sans qualification.

Cette loi précise que, parmi les principes et les missions de l'éducation, l'éducation physique et sportive et le sport scolaire et universitaire contribuent à l'éducation à la santé et à la citoyenneté (article 11).

Politique éducative de santé dans les territoires académiques

Date de publication : circulaire n° 2011216 du 2-12-2011

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et de la Vie Associative.

Lien Internet :

http://www.education.gouv.fr/pid25535/bulletin_officiel.html?cid_bo=586

[40](#) (pas de version en anglais)

Cette circulaire décrit les orientations nationales pour une politique éducative de santé dans le primaire et le secondaire. Ces orientations s'appuient sur trois principes essentiels : la mise en œuvre systématique de la démarche de projet adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques de chaque école ou établissement, la responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système éducatif (personnels d'inspection, de



direction, d'enseignement, d'éducation, d'orientation, sociaux, de santé : infirmiers et médecins, Tos), l'ouverture à de nouveaux partenaires.

Elle présente une approche globale portant sur l'ensemble des déterminants de santé dont l'activité physique. Parmi ses 7 objectifs prioritaires figure la généralisation de la mise en œuvre de l'éducation nutritionnelle et la promotion des activités physiques. Cet objectif s'inscrit dans la politique nationale générale et s'appuie notamment sur le PNNS 2011-2015 et le Plan Obésité 2010-2013. En particulier, cette circulaire incite à l'utilisation de guides et d'outils développés par le ministère de l'Éducation Nationale (dossier d'information Nutrition à l'École « Alimentation et activité physique »), et d'autres organismes (INPES, Mutualité Française).

Développement du sport scolaire

Date de publication : circulaire n° 2010-125 du 18-8-2010

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère de l'Éducation Nationale

Lien Internet :

<http://www.education.gouv.fr/cid52971/mene1020201c.html>

(pas de version en anglais).

Le sport scolaire est une des composantes de la politique éducative au service de la réussite, de la responsabilisation, de la santé et du bien-être des élèves. En complément de l'enseignement de l'éducation physique et sportive (EPS), il offre à tous les élèves volontaires la possibilité de pratiquer des activités physiques et sportives dans le cadre de l'association sportive scolaire. Cette circulaire vise à définir les



grands axes d'une politique de développement du sport scolaire, ainsi qu'à rappeler le rôle majeur de l'association sportive scolaire dans la vie de l'école ou de l'établissement.

Circulaire de rentrée 2015

Date de publication : Circulaire n°2015-085 du 03-06-2015

Calendrier : septembre 2015 à juin 2016 (année scolaire)

Organisme émetteur : ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) :

http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=89301

(pas de version en anglais).

La circulaire de rentrée décline chaque année les grands axes d'action du ministère de l'Éducation Nationale pour les établissements scolaires pour l'année scolaire à venir.

La circulaire 2015 demande notamment aux établissements de décliner la priorité nationale « année du sport scolaire de l'école à l'université », dont l'un des objectifs est de promouvoir la pratique sportive des jeunes.

La circulaire de rentrée 2016 est parue le 14 avril 2016. Elle rappelle notamment l'importance du sport scolaire et sa complémentarité avec l'éducation physique et sportive. S'appuyant sur la dynamique mise en place pour l'année du sport scolaire en 2015-2016, elle demande que l'année 2016-2017 soit orientée sur l'Olympisme et ses valeurs.

http://www.education.gouv.fr/pid285/bulletin_officiel.html?cid_bo=10072

Q



Transports	<p>Plan d'Action Mobilités Actives (PAMA)</p> <p>Date de publication : 2014 Calendrier 2014-2015 Organisme émetteur : ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie – ministère délégué aux Transports, à la Mer et à la Pêche Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/DP_-_mobilites_actives_-_05-03-14.pdf (pas de version en anglais)</p> <p>Lancé en 2014, ce Plan actuellement en cours de reconduction, est un document important puisqu'il offre un cadre et des mesures destinées à développer la part modale de la marche et du vélo dans les déplacements quotidiens et touristiques. Il est le seul plan exclusivement dédié à l'activité physique au travers des mobilités actives. Des bénéfices sont attendus en termes économiques, sociaux, mais aussi de santé. Il comprend 19 mesures étayées d'un constat, d'un objectif et de propositions concrètes, et qui se répartissent en 6 axes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Développer l'intermodalité transports collectifs/déplacements actifs. Il s'agit d'assurer la continuité des déplacements en développant l'intermodalité des transports, notamment avec les transports ferroviaires, en agissant sur la possibilité de voyager avec un vélo, le stationnement, et l'accès à l'information (info mobilité)• Partager l'espace public et sécuriser les modes actifs. Il s'agit de sécuriser et aménager l'espace de circulation piétons/vélo/autres	(✓)
-------------------	---	-----



	<p>usagers, d'assouplir et compléter la réglementation pour l'adapter à ces déplacements</p> <ul style="list-style-type: none">• Evaluer et valoriser les enjeux économiques liés à cette pratique• Faciliter et sécuriser le stationnement des vélos• Développer les itinéraires de loisir et le tourisme à vélo• Faire redécouvrir les bienfaits de la marche et du vélo <p>Il est le seul plan ou programme dédié aux mobilités actives en France.</p>	
Environnement	<p>Plan Particules</p> <p>Date de publication : 2010 Calendrier : 2010-2015 Organisme émetteur : ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de la Mer</p> <p>Lien Internet : http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/plan_particules_complet.pdf (pas de version en anglais)</p> <p>Lancé en 2010 suite au Grenelle de l'Environnement, ce Plan prévoit des mesures pour atteindre une baisse de 30 % des particules à l'horizon 2015 dans les secteurs de l'industrie et du tertiaire, du chauffage domestique, des transports, de l'agriculture et en cas de pic de pollution. Il vise également à améliorer l'état des connaissances sur le sujet.</p> <p>Parmi les 11 actions du secteur des transports, une action concerne la promotion des mobilités actives. Cette promotion passe notamment par l'aménagement des espaces par les collectivités territoriales, la diffusion</p>	



d'informations et de guides méthodologiques, l'incitation aux plans de déplacement des entreprises, des administrations, mais également des établissements scolaires, et enfin le développement et la sécurisation des zones de circulation.

Loi de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement (LOI n° 2009-967 du 3 août 2009)

Date de publication : 3 août 2009

Calendrier : non

Organisme émetteur : ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire

Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020949548> (pas de version en anglais)

Ce texte de loi fait suite au Grenelle de l'Environnement dont il formalise les 268 engagements.

Il intègre une politique durable des transports notamment par le développement de la marche et du vélo (article 13).

Il affirme également la nécessité de prendre en compte la composante environnementale dans la politique de santé (article 36). Dans cette perspective, il prévoit, entre autres choses, la mise en place du second PNSE ainsi que celle du Plan Particules (article 37).



	<p>Loi portant Engagement National pour l'Environnement (LOI n° 2010-788 du 12 juillet 2010) Date de publication : 12 juillet 2010 Calendrier : non Organisme émetteur : ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire Lien Internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022470434 (pas de version en anglais)</p> <p>Ce texte de loi vient compléter la loi de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement du 3 août 2009 et en décline les objectifs en dispositions plus précises. En particulier, l'article 57 du volet portant sur les transports oblige l'installation d'infrastructures permettant le stationnement sécurisé des vélos dans toute nouvelle construction d'ensemble d'habitations ainsi que dans les bâtiments nouveaux ou existants à usage tertiaire</p> <p>Loi relative à la transition énergétique pour la croissance verte (LOI n° 2015-992 du 17 août 2015) Date de publication : 17 août 2015 Calendrier : non Organisme émetteur : ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie Lien Internet: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/8/17/DEVX1413992L/jo/texte (pas de version en anglais)</p>	(✓)
--	--	-----



	<p>Ce texte de loi fixe les objectifs de la transition énergétique et les orientations nécessaires à la construction d'un nouveau modèle énergétique. Parmi ses différents axes figure celui de développer les transports propres pour améliorer la qualité de l'air et protéger la santé. Un ensemble de dispositions sont fixées afin de favoriser l'usage du vélo, notamment une réduction d'impôt pour les entreprises mettant à disposition de leurs salariés une flotte de vélos (article 39) et en réaffirmant la nécessité de développer les voies de circulation et les places de stationnement dédiées au vélo (article 41). En outre, cette loi élargit l'attribution d'une indemnité kilométrique à l'usage du vélo pour les déplacements entre les lieux de résidence et de travail (article 50). Le décret d'application, paru le 11 février 2016, en fixe le montant et les modalités. Cette loi est la première à favoriser l'usage du</p>	
Urbanisme	Pas de politique spécifique dans ce secteur	
Autres secteurs : Justice	<p>Loi Pénitentiaire (LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009) Date de publication : 24 novembre 2009 Calendrier : non Organisme émetteur : ministère de la Justice Lien Internet : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/11/24/JUSX0814219L/jo/texte (pas de version en anglais)</p> <p>La loi pénitentiaire fixe les dispositions légales concernant l'exécution et l'application des peines. Elle ne mentionne pas explicitement l'activité physique mais oblige les détenus à exercer au moins l'une des activités qui leur sont proposées (article 27). Il s'agit d'un article de référence</p>	



Travail	<p>auquel renvoient les documents de promotion de l'activité physique développés par le ministère de la Justice.</p> <p>Plan santé au travail 2016-2020 Date de publication : 8 décembre 2015 Calendrier : 2016-2020 Organisme émetteur : ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social Lien Internet : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf (pas de version en anglais)</p> <p>Ce 3^e plan santé au travail fixe 3 axes stratégiques : « donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de la prévention », améliorer la qualité de vie au travail et renforcer le dialogue social et les ressources de de la politique de prévention. S'il ne fixe pas d'objectif précis concernant l'HEPA comme les textes du secteur de la justice, il offre un cadre pour l'intervention par son objectif opérationnel N°6 qui vise notamment à « promouvoir un environnement de travail favorable à la santé ».</p>	
----------------	--	--



8. Un processus consultatif a-t-il été mis en place avec les acteurs concernés au cours du développement des politiques et plans d'action les plus importants figurant dans la question 7 ?

Si oui, indiquer brièvement les étapes de ce processus de consultation et les organisations participantes. Mentionner également les éventuelles difficultés à engager les ministères ou d'autres organisations dans ce type de processus.

Il n'existe pas en France de processus standardisé de consultation pour l'élaboration des politiques et plans d'action. Plusieurs types de processus ont pu être mobilisés selon les cas :

- La démocratie participative : elle consiste à associer différents acteurs dont les citoyens usagers, à la prise de décision politique. Elle s'exerce dans différents secteurs et à différentes échelles (e.g. conférence nationale de santé (CNS), conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), conseil de développement d'une métropole).
- La production d'expertises : réalisées par des experts scientifiques, elles peuvent être réalisées suite à une saisine de l'Etat.
- La mise en place de groupes de travail : étatiques ou non, ces groupes réunissent différents acteurs – professionnels de différents secteurs, usagers, décideurs, chercheurs, *etc.* – autour d'une thématique donnée. Des audits de personnes extérieures au groupe peuvent être menés dans ce même cadre.

La diversité des acteurs mobilisés ainsi que les étapes de ces processus sont donc variables.

Aucune difficulté particulière à engager ces différents acteurs n'a été soulevée, mais une redondance et un recouvrement de certains groupes de travail sont parfois constatés.



9. Votre analyse des documents-cadres rapportés dans la question 7, fait-elle apparaître une cohérence entre les différentes politiques, et une référence aux autres politiques ? Ou au contraire les politiques présentent-elles des stratégies séparées, spécifiques à chaque secteur et sans lien entre-elles ?

Par exemple dans le secteur de la santé, une stratégie de prévention de l'obésité fait-elle référence à un plan existant de promotion de l'activité physique, témoignant ainsi d'une approche nationale intégrée favorable à l'activité physique ? Une politique des transports fait-elle référence aux politiques de promotion de la marche et d'utilisation du vélo faites dans le secteur de la santé ou du sport ? Une politique de promotion du sport renvoie-t-elle à la promotion de l'HEPA contenue dans une politique de promotion de la santé ?

Si oui, expliquer et illustrer brièvement ces croisements et références. Préciser à quels documents présentés dans la question 7 vous vous référez.

De manière générale, nous notons un nombre important de politiques et plans d'action interministériels, garantissant un minimum de cohérence. Par ailleurs, de nombreuses références aux autres politiques existent dans les documents-cadres, même si celle-ci n'est pas systématique. En voici quelques exemples :

- Le PNNS 2011-2015 s'articule avec le Programme National pour l'Alimentation (PNA), le Plan Cancer ou encore le PNSE.
- Le PNSE 2015-2019 a été établi en lien notamment avec la Stratégie nationale de santé, le Plan Cancer, ou encore le PNNS.
- Le Plan Cancer 2014-2019 s'inscrit dans la lignée de la Stratégie nationale de santé, du PNNS et du PO.
- Le Plan National d'Actions de Prévention de la Perte d'Autonomie se réfère notamment au PNNS.
- Le PAMA 2014 fait référence aux outils de communication développés dans le cadre du PNNS et du PO.

Le PNNS est le plan d'action auquel il est le plus généralement fait référence.

Il existe également une volonté de cohérence entre les différentes politiques mises en place, illustrée par les nombreux liens formels entre secteurs ministériels instaurés via les comités de pilotage/suivi des plans d'action (Cf. question 1.C).

Néanmoins, le manque de coordination systématique entre les politiques a conduit à des dissonances dans les recommandations d'activité physique. Par exemple :

Les Ministères en charge de la Santé et des Sports relayent des recommandations différentes relatives à la pratique de l'activité physique. Chaque ministère s'est appuyé sur des recommandations scientifiquement valides lors de l'élaboration de ses textes. Cependant, la mise en cohérence des différentes recommandations au sein des différents Ministères ne se fait pas lorsqu'un l'un d'eux produit un nouveau texte.

- A l'heure actuelle, le ministère de la santé s'appuie sur les recommandations du CDC et du Collège américain de Médecine du sport parues en 1995, et le ministère des Sports s'appuie sur les recommandations OMS qui venaient de paraître lors de la mise en place de sa politique, en 2010. Suite à sa saisine de l'ANSES pour mettre à jour les recommandations, le ministère en charge de la Santé va faire prochainement évoluer ses recommandations. Rien ne



garantit à ce jour que les autres ministères feront de même pour harmoniser les recommandations.

Enfin, l'absence d'une politique générale de développement de l'activité physique à des fins de santé, au profit de politiques de développement de l'AP, de développement du sport, de développement des mobilités actives et de développement de l'HEPA conduit parfois à des politiques activité physique qui ne prennent pas en compte la santé.

10. Existe-t-il au sein de votre pays un système garantissant le fait que l'élaboration des politiques s'appuie sur les dernières données scientifiques probantes relatives à l'HEPA ?

Par exemple, existe-t-il des modes d'organisation ou des instances spécifiques dont le but est de référencer et d'analyser ces preuves et de s'assurer de leur prise en compte dans l'élaboration des politiques nationales ? Existe-t-il des comités ou institutions officiels, responsables de l'analyse de ces preuves et fournissant des orientations aux organes élaborant les politiques nationales, ou des liens formels entre le gouvernement et des établissements universitaires pour assurer cela ?

Si oui, les décrire brièvement.

Aucun système en France ne garantit le fait qu'une politique soit élaborée à partir des dernières données scientifiques probantes, quel que soit le sujet. L'utilisation des dernières données probantes pour la décision est donc variable selon la politique élaborée.

Néanmoins, les Ministères disposent de plusieurs ressources pour appuyer leurs décisions sur les données probantes :

- Des services spécifiques au sein des ministères (e.g. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP), Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)) ou d'experts en partie chargés de cette veille.
- Des agences de l'Etat ou des Etablissements Publics Administratifs dont les missions incluent l'expertise (e.g. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Institut national du cancer, Pôles Ressources Nationaux).
- La mise en place de groupes de travail d'experts scientifiques *ad hoc*.

Si ces différents mécanismes coexistent, leur recours est variable d'un secteur à l'autre et dépend notamment de la connaissance qu'en ont les ministères, et de l'utilité qu'ils perçoivent pour le développement de leur politique, ou du temps imparti pour la développer. Leur utilisation est perçue parfois comme présentant moins d'intérêt (voire pas d'intérêt) lorsque la politique vise un objectif premier qui n'est pas la santé (ex. diversification de la pratique sportive) ou comme des éléments justifiant *a posteriori* la politique, mentionnés, sans avoir été analysés *a priori*.



11. Evaluer dans quelle mesure les documents internationaux suivants ont été utiles dans le développement de la politique favorable à l'activité physique de votre pays, en servant par exemple de base, d'information ou de source d'inspiration, qu'ils aient été ou non explicitement cités dans un document politique. Evaluer les documents suivants à l'aide de l'échelle allant de 1 (« pas du tout utile ») à 5 (« très utile »).

Ajouter, si besoin est, tout autre document international ayant été important dans le développement de la politique HEPA de votre pays.



	Pas du tout utile				Très utile	
	1	2	3	4	5	Ne sait pas
Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (OMS, 2004)					x	
Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé (OMS, 2010)					x	
Plan d'action 2008-2013 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (OMS, 2008)		x				
Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles (OMS, 2010)		x				
Plan d'action 2013-2020 pour la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles (OMS, 2013)			x			
Steps to Health: A European Framework to Promote Physical Activity for health (OMS/Europe, 2007)				x		
Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (OMS/Europe, 2012)			x			
Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action, (ISPAH, 2010)				x		
Prévention des maladies non transmissibles – Investir dans la promotion de l'activité physique, ça rapporte ! (ISPAH, 2011)	x					
Numéro spécial de la revue Lancet sur l'activité physique (The Lancet, 2012)					x	
Autre document (préciser) : Transport, Health and Environment Pan-European programme THE-PEP (CCE ONU & OMS/Europe, 2002)					x	



Certains documents internationaux ont par ailleurs eu une influence indirecte, par l'intermédiaire des expertises collectives réalisées par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) sur l'activité physique et la santé. Ces expertises collectives synthétisent un certain nombre de données des documents internationaux ci-dessus :

Inserm. *Activité physique, contextes et effets sur la santé*. Expertise collective. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2008 : 811 p.

Lien Internet : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>

Inserm. [Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées](#). Expertise collective. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2015 : 508 p.

Lien Internet : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6806> (pas de version en anglais)

Inserm. [Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique](#).

Expertise collective. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2014 : 731 p.

Lien Internet : <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6515>

L'expertise collective « Activité physique, contextes et effets sur la santé » en particulier a été jugée par les experts comme très utile à l'élaboration de politiques HEPA et ayant constitué une publication-clé.

Plusieurs documents nationaux ont également influencé les politiques en cours :

Ministère des affaires sociales et de la santé. Dispositifs d'activités physiques et sportives en direction des âgés. Rapport remis aux ministres, établi par le groupe de travail sous la présidence du Professeur Daniel Rivière, 2013

Lien Internet : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000035.pdf> (pas de version en anglais)

Ministères de l'Éducation Nationale, de la Santé et des Sports et de l'Agriculture et de la Pêche. Nutrition à l'École « Alimentation et activité physique ». Dossier national d'information à destination des équipes éducatives. Février 2009.

Lien Internet :

http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Action_sanitaire_et_sociale/57/3/dossier_national_nutrition_114573.pdf (pas de version en anglais)

Société Française de Santé Publique. Rapport final des propositions des Sociétés savantes et d'experts en nutrition pour le PNNS 2011-2015. Sous la direction de François Bourdillon (SFSP), Noël Cano, Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolique (SFNEP), Jaques Delarue (SFN) et Dominique Turck, Société Française de Pédiatrie (SFP). Septembre 2010.

Lien Internet : <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=177>
(pas de version en anglais)



12. Existe-t-il des documents nationaux ou des directives qui orientent la mise en œuvre des activités HEPA au niveau local ?

Par exemple, la politique nationale oriente-t-elle ce qui est mis en œuvre à l'échelon local, et si oui, existe-t-il une forte adhésion à ces orientations ? (Celles-ci peuvent par exemple inclure des programmes, des structures ou financements). Ou la politique et les actions locales sont-elles au contraire développées et mises en œuvre de manière indépendante ?

Note : répondre ici brièvement (environ 300-500 mots) et se référer à d'autres questions pour toute autre précision, en particulier à la question 7.

En France, l'Etat définit des politiques qui sont déclinées au niveau infra national (régional et infra-régional) par les services déconcentrés de l'Etat (e.g. Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, Directions Interrégionales des Services Pénitentiaires) et, pour la santé, par les Agences régionales de santé. Certaines politiques (Lois en particulier) s'appliquent à tous. Elles sont complétées de politiques locales mises en œuvre par les Agences régionales de santé et les collectivités territoriales, s'appuyant ou non sur les politiques nationales.

Par exemple, la politique de santé (dont une partie concerne l'HEPA) est définie par le Gouvernement, mais fait l'objet d'un pilotage régional par les Agences Régionales de Santé. Celles-ci déclinent leur politique dans le cadre général de la politique nationale, selon les besoins et les ressources de leurs territoires en définissant un Projet Régional de Santé.

Des documents d'orientation sont généralement élaborés suite à la parution d'un texte de loi, d'un décret ou encore d'un plan, et présentent leurs modalités d'application (circulaires, notes, etc.). A titre d'exemple, la politique nationale Sport Santé Bien-Etre lancée par les Ministères en charge de la Santé et des Sports a fait l'objet d'une instruction demandant aux préfets de région ainsi qu'aux directeurs d'ARS d'en décliner un plan régional (http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/01/cir_36363.pdf). Les directives données peuvent concerner le ciblage de certains publics, le pilotage du plan et préciser les moyens alloués. Selon le contenu de la directive, la déclinaison de la politique nationale est plus ou moins contraignante et, selon les politiques, l'adhésion plus ou moins forte.



SECTION 4

Champ, contenu et mise en œuvre des politiques

13. En examinant les documents politiques rapportés dans la question 7, indiquer les milieux concernés par le développement des actions HEPA.

Cocher uniquement les domaines dans lesquels des programmes ou des interventions spécifiques sont prévus ou en cours.

École maternelle	x	Sport et loisirs	x
École primaire	x	Transport	x
Lycée (et collègue)	x	Tourisme	x
Université		Environnement	x
Soins de santé primaires	x	Urbanisme	x
Soins hospitaliers (y compris EHPA, EHPAD, institutions handicap)	x	Communautés	
Lieu de travail	x	Autre (préciser) :	
Services pour personnes âgées/seniors (y compris foyers résidences/domicile)	x	Quartiers	X

D'autres milieux sont visés par des politiques visant le développement de l'activité physique (la visée de santé n'étant pas spécifiée). Il s'agit du milieu rural par le Plan citoyen du sport et de l'université et de l'insertion par le Plan Priorité Jeunesse.



14. En examinant les documents politiques rapportés dans la question 7, quels sont les publics ciblés par les actions HEPA ?

Cocher uniquement les publics pour lesquels des programmes ou des interventions spécifiques sont prévus ou en cours.

Petite enfance	x	Les personnes sédentaires	x
Enfants/adolescents	x	Personnes défavorisées	x
Seniors	x	Familles	
Actifs / salariés	x		
Femmes		Population migrante	
Personnes en situation de handicap	x	Population générale	x
Populations cliniques/patients atteints de maladies chroniques	x	Autre (préciser) : Population carcérale	x

Les femmes et les étudiants sont également concernés par des politiques de développement de l'activité physique (sans visée de santé explicite) par le Plan Priorité Jeunesse.



15. Existe-t-il actuellement dans votre pays une campagne de communication nationale (utilisant les médias) dans le but de sensibiliser et promouvoir l'activité physique ?

Si oui, détailler ces activités de communication (par exemple, affiches, sites Internet, spots publicitaires télévisuels ou radiophoniques, etc.) et mentionner si ces activités ont un logo ou un slogan communs (par exemple « Agita Sao Paulo » ou « Find 30 »).

Si non, votre pays a-t-il mené des campagnes de communication nationales dans le passé ?

Il existe en France plusieurs campagnes nationales d'envergure qui visent à sensibiliser et promouvoir l'activité physique, mais elles sont soit associées à d'autres objectifs (tels que l'alimentation ou la mobilité durable) soit centrées sur certaines pratiques d'activité physique (vélo ou sport). Une seule est permanente : celle du PNNS. Les autres renouvelées chaque année.

Campagne de communication du Programme National Nutrition Santé (PNNS) : « Manger, Bouger »

Dans le cadre du PNNS lancé pour la première fois en 2001, l'INPES a élaboré et diffusé des campagnes et outils de promotion des repères nutritionnels, associant ainsi l'activité physique à l'alimentation. Ses actions visent à porter à la connaissance du grand public mais également des professionnels, un ensemble d'informations scientifiquement validées. Différents supports sont régulièrement développés et mis à jour, en particulier :

- Un site internet général propose des ressources pour le grand public, les professionnels de santé, du social ou de l'éducation, ainsi que pour les collectivités locales. (<http://www.mangerbouger.fr/>).
 - Des outils tels que des guides, des affiches, des brochures ainsi que des kits pédagogiques sont gratuitement mis à disposition.
- Des spots télévisuels, radiophoniques, ainsi que des campagnes web (mise en ligne de bannières et d'habillages de sites) relatives au PNNS sont ponctuellement développés.
- Des informations à caractère sanitaire (assorties quand cela est possible de la mention du site internet <http://www.mangerbouger.fr/>), accompagnent obligatoirement les messages publicitaires en faveur de certains aliments et boissons suite à un arrêté ministériel publié en 2007.

Cette campagne de communication s'accompagne d'un logo qui apparaît sur l'ensemble des documents développés :



Ce logo peut également faire l'objet d'une demande d'attribution de la part de promoteurs



(associations, collectivités locales, entreprises, organismes ou établissements à caractère public ou privé, ...) souhaitant labelliser leurs actions ou leurs documents. Ces demandes sont soumises à Santé Publique France (ex INPES) qui évalue dans quelle mesure ces documents rentrent dans le cadre de la politique nutritionnelle du Gouvernement.

Semaine européenne de la mobilité

Relayée chaque année depuis sa création par le ministère en charge de l'environnement et des transports, la semaine européenne mobilise chaque année en France de nombreuses collectivités territoriales qui s'engagent et organisent des événements sur les mobilités durables. Au niveau national, les journées des vélos-école et des voies vertes s'inscrivent également dans la semaine européenne.

<http://www.developpement-durable.gouv.fr/-Semaine-europeenne-de-la-mobilite.7510-.html>

Semaine du vélo à l'école et au collège

Depuis 2013, une semaine du vélo est organisée en juin à l'école et au collège dans l'objectif de « valoriser ou d'initier des approches pédagogiques dans les domaines de :

- L'éducation à la santé et à l'activité physique (enjeux de mobilité sportive pour améliorer la santé, attention à l'alimentation lors du déplacement)
- La sécurité routière (enjeux de sécurité dans les situations de partage de l'espace routier),
- L'environnement et du développement durable (choix volontaire de cette mobilité alternative, déplacement « doux »).

Ces actions s'inscrivent dans le cadre du Plan d'Actions Mobilités Actives (PAMA) et sont organisées par les ministères en charge de l'éducation, de l'environnement et du transport.

<http://eduscol.education.fr/semaine-du-velo/?feuilleCSS=ie7>

« Sentez-vous sport »

Le CNOSF organise chaque année depuis 2010 une semaine nationale de promotion du sport pour tous à la mi-septembre : « Sentez-vous sport ». Des animations et conférences sont organisées en France pour faire découvrir, sensibiliser la population à la pratique sportive. Cette action est soutenue par les Ministères en charge des sports, de la santé et de l'éducation.

<http://sentezvousport.fr/accueil.php>



16. Pour illustrer le type d'action politique de votre pays, fournir un ou deux exemples (lorsque cela est possible) de programme d'intervention à grande échelle (de préférence nationale) dans chacun des secteurs suivants.

Donner une brève description de chaque programme ou intervention (environ 100 mots, par exemple : nom, organisation responsable, approche utilisée, participants, résultats, etc.) et une source pour toute information complémentaire. On les cite juste sans entrer dans le détail car ce n'est pas la réponse à la question

Suggestion : ces exemples peuvent faire l'objet d'une description plus précise en complément de l'outil PAT

<p>Exemple : sport / loisirs</p>	<p>« Jeunesse et sport » est le programme nationale Suisse de promotion des sports auprès des 5-20 ans. Il propose des cours dans plus de 70 disciplines et touche plus d'un demi-million d'enfants et adolescents chaque année. Plus récemment il a également offert des programmes pour les enfants de 5 à 10 ans. « Jeunesse et sport » est basé sur la loi fédérale pour la promotion de la gymnastique et du sport (décrit ci-dessus).</p> <p>Pour plus d'informations: http://www.jugendundsport.ch (allemand, français, italien) et Kelly P et al.: <i>An Analysis of National Approaches to Promoting Physical Activity and Sports in Children and Adolescents. Report. Oxford, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford 2009</i> (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/119295/HEPA_children_analysis_report.pdf?ua=1).</p>
<p>Santé</p>	<p>Aucun programme à grande échelle</p>
<p>Sport/loisirs</p>	<p>Aucun programme à grande échelle</p>
<p>Education</p>	<p>Le ministère en charge de l'éducation construit les programmes des enseignements d'éducation physique et sportive de l'ensemble du cursus scolaire. Ils sont définis par les bulletins officiels relatifs à chaque niveau. L'éducation physique et sportive y est conçue notamment dans une visée explicite de santé (acquisition d'habitudes favorables à la santé, développement de l'estime de soi, d'une image positive du corps, etc.). A ce titre, ils peuvent constituer un programme de développement de l'HEPA d'envergure nationale.</p> <p>Pour plus d'information sur les contenus :</p> <p>Cours préparatoire et le cours élémentaire première année : http://media.education.gouv.fr/file/1/58/7/programmes_ecole-primaire_203587.pdf (pas de version en anglais)</p> <p>Cours élémentaire deuxième année et le cours moyen : http://cache.media.eduscol.education.fr/file/Progressions_pedagogiques/</p>



	<p>75/7/Progression-pedagogique Cycle3 Education physique et sportive 203757.pdf (pas de version en anglais) Classes de sixième, de cinquième, de quatrième et de troisième du collège : http://cache.media.education.gouv.fr/file/special_6/21/6/programme_EPS_general_33216.pdf (pas de version en anglais) Lycée d'enseignement général et technique : http://media.education.gouv.fr/file/special_4/73/3/education_physique_sportive_143733.pdf Lycée d'enseignement professionnel : http://media.education.gouv.fr/file/special_2/24/3/education_physique_sportive_44243.pdf</p>
Transport	Aucun programme à grande échelle
Environnement	Aucun programme à grande échelle
Urbanisme	Aucun programme à grande échelle
Autre (préciser):	<p>Il existe des programmes phares, tels qu'ICAPS (Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité) pour le secteur de la santé, mais aucun n'est décliné sur tout le territoire ou pour l'ensemble d'une population. Plus d'information sur ICAPS : http://inpes.santepubliquefrance.fr/icaps/ (anglais : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1416) Il existe une incitation à développer ce programme dans d'autres domaines que l'Éducation Nationale (quartiers ...)</p>



SECTION 5

Recommandations, objectifs et cibles des politiques

Les questions suivantes concernent les recommandations nationales relatives à l'activité physique (question 17a) et au comportement sédentaire (question 17b).

17a. Votre pays propose-t-il des recommandations nationales sur l'activité physique et la santé ? Les recommandations nationales renvoient au seuil d'activité bénéfique pour la santé.

Si des recommandations existent, décrivez les pour chaque public (le cas échéant), en précisant l'organisme émetteur, l'année de publication, le titre du document ainsi qu'un lien Internet s'il existe (indiquer si le document est disponible en anglais). S'il n'existe pas de recommandations, cocher « Non ». Si votre pays a officiellement adopté ou approuvé des recommandations internationales (provenant par exemple de l'OMS ou de services de santé américain), le mentionner dans la description.

En France, des recommandations sont diffusées par deux ministères :

Le ministère en charge de la Santé diffuse des repères qui correspondent à la première recommandation de santé publique publiée par le CDC et le Collège américain de médecine du sport en 1995. Ces recommandations sont diffusées dans le cadre du PNNS lancé en 2001 et reconduit depuis. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)

- L'ANSES vient d'émettre de nouvelles recommandations qui sont en cours de vulgarisation à destination des professionnels et du grand public (<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>). Elles seront prochainement diffusées par le ministère de la santé en remplacement de celles du CDC et du Collège américain de médecine du sport.
- Le ministère en charge des Sports diffuse des repères qui correspondent aux recommandations de l'OMS (« recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé », OMS, 2010). Ces recommandations sont diffusées sur le site internet du ministère.



		Non
Petite enfance (âge préscolaire)	<p>Titre et date du document : Programme National Nutrition Santé, 2011-2015</p> <p>Organisme émetteur : ministère en charge de la Santé</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : Indiquer brièvement les recommandations et préciser la tranche d'âge :</p> <p>Il n'existe pas de recommandations quantifiées, mais des informations données sur les capacités psychomotrices des enfants de 0 à 6 mois (http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Bougez-plus-a-tout-age/Enfants/De-0-a-6-mois) et de 6 mois à 3 ans (http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Bougez-plus-a-tout-age/Enfants/De-6-mois-a-3-ans)</p>	X
Enfants et adolescents (âge scolaire)	<p>Titre et date de la politique: Programme National Nutrition Santé, 2011-2015</p> <p>Organisme émetteur : ministère en charge de la Santé</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.mangerbouger.fr/Les-9-reperes/Les-9-reperes-a-la-loupe/Activite-physique</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations et préciser la tranche d'âge :</p> <p>Il est recommandé de pratiquer l'équivalent d'au moins 1 heure de marche rapide par jour pour les enfants (à partir de 3 ans) et adolescents.</p>	



	<p>Titre et date de la politique : politique générale sport santé bien-être du ministère des Sports</p> <p>Organisme émetteur : ministère en charge des Sports</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/bienfaits-du-sport/article/De-5-a-17-ans</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations et préciser la tranche d'âge :</p> <p>De 5 à 17 ans : Cumuler au moins 1 heure (60 minutes) d'activité physique ou sportive en plus des activités physiques de la vie quotidienne de faible intensité et de celles qui sont inférieures à 10 minutes.</p>	
Adultes	<p>Titre et date de la politique : Programme National Nutrition Santé, 2011-2015</p> <p>Organisme émetteur : ministère en charge de la Santé</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.mangerbouger.fr/Les-9-reperes/Les-9-reperes-a-la-loupe/Activite-physique</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations et préciser la tranche d'âge :</p> <p>Il est recommandé de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.</p> <p>Titre et date de la politique : politique générale sport santé bien-être du ministère des Sports</p>	



	<p>Organisme émetteur : ministère en charge des Sports</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/bienfaits-du-sport/article/De-18-a-64-ans</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations et préciser la tranche d'âge :</p> <p>De 18 à 64 ans : pratiquer au moins, au cours de la semaine, 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.</p>	
Séniors	<p>Titre et date de la politique : Programme National Nutrition Santé, 2011-2015</p> <p>Organisme émetteur : ministère en charge de la Santé</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Bougez-plus-a-tout-age/Seniors</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations et préciser la tranche d'âge :</p> <p>Il est recommandé de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.</p> <p>Titre et date de la politique : politique générale sport santé bien-être du ministère des Sports</p> <p>Organisme émetteur : ministère en charge des Sports</p>	



	<p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/bienfaits-du-sport/article/A-65-ans-et-plus</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations et préciser la tranche d'âge : A 65 ans et plus : réaliser des activités d'intensité modérée de type aérobie (en endurance) pour un minimum de 30 minutes par jour, 5 jours par semaine ou d'intensité plus élevée 20 minutes par jour, 3 jours par semaine ou un combiné des deux.</p>	
Personnes en situation de handicap	<p>Titre et date de la politique :</p> <p>Organisme émetteur :</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) :</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations :</p>	X
Autre (préciser): futures mamans	<p>Titre et date de la politique : Programme National Nutrition Santé, 2011-2015</p> <p>Organisme émetteur: ministère en charge de la Santé</p> <p>Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : http://www.mangerbouger.fr/Bouger-Plus/Bougez-plus-a-tout-age/Futures-mamans</p> <p>Indiquer brièvement les recommandations : Il n'existe pas de recommandations quantifiées, mais des informations données sur la pratique d'une activité physique pendant et après la grossesse</p>	



17b. Votre pays propose-t-il des recommandations nationales sur la réduction de la sédentarité ?

Si des recommandations existent pour un ou plusieurs des groupes suivants, rapportez les en indiquant également l'organisme émetteur, l'année de publication, le titre du document en question ainsi qu'un lien Internet s'il en est (indiquer si le document est disponible en anglais). S'il n'existe pas de recommandations, cocher « Non ».

		Non
Petite enfance (âge préscolaire)	Titre et date du document : Organisme émetteur : Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : Indiquer brièvement les recommandations :	x
Enfants et adolescents (âge scolaire)	Titre et date du document : Organisme émetteur : Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : Indiquer brièvement les recommandations :	x
Adultes	Titre et date du document : Organisme émetteur : Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : Indiquer brièvement les recommandations :	x
Seniors	Titre et date du document : Organisme émetteur : Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : Indiquer brièvement les recommandations :	x



Personnes en situation de handicap	Titre et date du document : Organisme émetteur : Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : Indiquer brièvement les recommandations :	x
Autre (préciser) :	Titre et date du document : Organisme émetteur : Lien Internet (indiquer si une version est disponible en anglais) : Indiquer brièvement les recommandations :	x



18. Votre pays dispose-t-il d'objectifs nationaux (ou de cibles nationales) pour la prévalence de l'activité physique dans la population ?

Si oui, détailler ces objectifs et le calendrier de réalisation. Spécifiez dans quel/s document/s politique/s rapportés en question 7 ils apparaissent.

Commencer par les objectifs les plus spécifiques et mesurables, suivis par une liste ou un résumé des objectifs plus généraux relatifs à l'activité physique.

Par exemple :

« en 2010, 65% (60% en 2004) de la population adulte répondra au critère d'activité physique international »

« une augmentation du nombre d'enfants et de jeunes /ado physiquement actifs pendant au moins 60 minutes par jour »

Le code de la santé publique prévoit la définition d'objectifs quantifiés de santé publique tous les 5 ans (article L1411-2) sur proposition du HCSP. Des objectifs ont été établis en 2010 pour la prévalence de l'activité physique et ont été repris dans l'axe 2 du Programme National Nutrition Santé 2011-2015 :

L'objectif général est d'augmenter l'activité physique et de diminuer la sédentarité à tous les âges. Cet objectif comprend deux sous-objectifs :

Sous-objectif général 1 : augmenter l'activité physique chez les adultes

- Augmenter chez les adultes, en 5 ans, la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique (selon le questionnaire IPAQ, International Physical Activity Questionnaire) :
 - - « élevée » de 20% au moins chez les hommes et de 25% au moins chez les femmes
 - - « moyenne » de 20% au moins

Sous-objectif général 2 : augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents

- Atteindre, en 5 ans, au moins 50% d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure.
- Diminuer de 10% au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

Ces objectifs sont les seuls quantifiés en termes de prévalence pour une durée définie. Il existe néanmoins de nombreux autres objectifs de prévalence (non quantifiés) dans les différents documents politiques.

« Promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives (particulièrement de loisir) pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, cancer, ...) » dans la politique Sport Santé Bien-être ; « Développer la pratique d'activités physiques et sportives des seniors » dans le Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie en sont des exemples.



19. En dehors des objectifs nationaux de prévalence de l'activité physique ou de comportements sédentaires mentionnés précédemment, votre pays a-t-il d'autres objectifs ou cibles qui soient directement ou indirectement liés à la promotion de l'activité physique ?

Par exemple, un objectif pour les professionnels de santé de dépister davantage les patients ayant besoin de pratiquer une activité physique, ou l'objectif de remplacer un certain pourcentage de trajets en voiture par de la marche et du vélo.

Si oui, donner quelques exemples, indiquer l'échéancier de ce changement souhaité (s'il existe), et indiquer les documents présentés en question 7 dans lesquels ils apparaissent.

Les plans constituent des documents de programmation. Tous ceux cités à la question 7 développent des objectifs qui concourent à la promotion de l'activité physique, de manière directe ou indirecte. En voici deux exemples :

- Le Plan d'Action Mobilités Actives (2014) prévoit d'augmenter la part des séjours à vélo dans l'ensemble des séjours touristiques, la faisant passer de 3% en 2014 à 6% en 2020.
- Le Plan citoyen du sport prévoit d'augmenter le nombre d'enfants bénéficiaires du dispositif « J'apprends à nager » et le généraliser à tous les enfants vivant au sein des quartiers de la politique de la ville et en zones rurales carencées.



SECTION 6

Surveillance

20. Votre pays dispose-t-il d'un système de surveillance ou d'observation de la santé incluant des mesures de l'activité physique ou des comportements sédentaires ?

Si oui, en donner le détail selon le groupe d'âges ('copier-coller' autant de sections que nécessaire). Décrire les études de suivi réalisées en population générale dans la section 20.a (enfants et adolescents), 20.b (adultes) ou 20.c (séniors) selon le cas.

Il n'existe pas aujourd'hui en France un système unique de surveillance ou d'observation de la santé, en revanche des enquêtes sont réalisées par des services ou agences de l'Etat. Ces études sont rapportées dans les tableaux ci-dessous.

Il existe d'autres données relatives à l'activité physique, issues d'enquêtes françaises ou internationales. Ces enquêtes portent sur différents échelons territoriaux (e.g. données régionales rapportées par les ARS, les Observatoires régionaux de la santé – (ORS), sur des thématiques spécifiques (e.g. l'usage du vélo), ou peuvent être développées par d'autres acteurs (e.g. laboratoires universitaires, acteurs du secteur marchand).

Un nouvel observatoire a été créé le 22 octobre 2015 (Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité – ONAPS) suite à un appel à projet lancé par le ministère en charge des Sports. L'une de ses missions affichées consistera à recenser, centraliser et analyser les données produites sur l'activité physique et sportive et la sédentarité de façon à pouvoir dresser un état des lieux en France ou des analyses de données ciblées.



20a. Enfants et adolescents

Nom de l'étude 1: Etude nationale nutrition santé (ENNS) de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) (couplée avec INCA2)

	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (préciser)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		
Méthodes utilisées (cocher la réponse appropriée)	X			X		3-10 ans : questionnaire développé par l'USEN (Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle) 11-14 ans : questionnaire adapté d'une étude étrangère (YRBSS - Youth Risk Behavior Surveillance System) > 15 ans : Questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)



Compléter <u>soit</u> la ligne A <u>soit</u> la ligne B ci-dessous						
A	Partie d'un système de surveillance répété		Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données	
B	Etude(s) unique(s)		Année (s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)		
			2006-2007	Non		
Nom de l'étude 2: Etude de Santé sur Environnement, Biosurveillance, Activité physique Et Nutrition (ESTEBAN) de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS)						
Méthodes utilisées <i>(cocher la réponse appropriée)</i>	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (indiquer)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		
	X				Accéléromètre	Auto-questionnaire (R-paq : Recent Physical activity questionnaire)
Compléter <u>soit</u> la ligne A <u>soit</u> la ligne B ci-dessous						
A	Partie d'un système de surveillance répété		Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données	
B	Etude(s) unique(s)		Année (s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)		
			2014-2015	Première étude signant le début d'un système de surveillance devant se répéter tous les 7 ans		



Nom de l'étude 3: Etude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCa) de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA, devenue Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail-ANSES)

	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (indiquer)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		
Méthodes utilisées <i>(cocher la réponse appropriée)</i>	X			X		3-10 ans : questionnaire développé par l'USEN 11-14 ans : questionnaire adapté d'une étude étrangère (YRBSS) > 15 ans : Questionnaire IPAQ

Compléter soit la ligne A soit la ligne B ci-dessous

A	Partie d'un système de surveillance répété	Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données
		1998-1999	Tous les 7 ans	Résultats disponibles du recueil 2006-2007 (étude couplée avec ENNS) Résultats en cours de traitement du recueil 2014-2015
B	Etude(s) unique(s)	Année(s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)	



Nom de l'étude 4: Enquête de santé en milieu scolaire, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Méthodes utilisées (cocher la réponse appropriée)	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (indiquer)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		
	X			X		Questionnaire

Compléter soit la ligne A soit la ligne B ci-dessous

A	Partie d'un système de surveillance répété	Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données
		1999	Variable historiquement, biennale depuis 2010	2014-2015
B	Etude(s) unique(s)	Année (s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)	

*Par exemple : forme physique, accéléromètre

20b. Adultes

Nom de l'étude 1: Etude nationale nutrition santé (ENNS) de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) (couplée avec INCA2)

Méthodes utilisées (cocher la réponse appropriée)	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (préciser)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		



	X			X		Questionnaire IPAQ
Compléter <u>soit</u> la ligne A <u>soit</u> la ligne B ci-dessous						
A	Partie d'un système de surveillance répété		Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données	
B	Etude(s) unique(s)		Année (s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)		
			2006-2007	Non		
Nom de l'étude 2: Etude de Santé sur Environnement, Biosurveillance, Activité physique Et Nutrition (ESTEBAN) de l'Institut de Veille Sanitaire (INVS)						
Méthodes utilisées (cocher la réponse appropriée)	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (indiquer)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		
	X				Accéléromètre	Auto-questionnaire (R-paq)
Compléter <u>soit</u> la ligne A <u>soit</u> la ligne B ci-dessous						
A	Partie d'un système de surveillance répété		Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données	
B	Etude(s) unique(s)		Année (s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)		
			2014-2015	Première étude signant le début d'un système de surveillance devant se répéter tous les 7 ans		



Nom de l'étude 3: Etude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA) de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA, devenue Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail-ANSES)

Méthodes utilisées (cocher la réponse appropriée)	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (indiquer)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		
	X			X		Questionnaire IPAQ

Compléter soit la ligne A soit la ligne B ci-dessous

A	Partie d'un système de surveillance répété	Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données
		1998-1999	Tous les 7 ans	Résultats disponibles du recueil 2006-2007 (étude couplée avec ENNS) Résultats en cours de traitement du recueil 2014-2015
B	Etude(s) unique(s)	Année(s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)	

Nom de l'étude 4: Baromètre santé nutrition de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

Méthodes utilisées (cocher la réponse appropriée)	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (indiquer)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		



		X	X			Questionnaire (GPAQ)
Compléter <u>soit</u> la ligne A <u>soit</u> la ligne B ci-dessous						
A	Partie d'un système de surveillance répété	Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données		
		1996	Tous les 6 ans	2008		
B	Etude(s) unique(s)	Année (s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)			

*Par exemple : forme physique, accéléromètre



20c. Séniors						
Nom de l'étude 1:						
Méthodes utilisées <i>(cocher la réponse appropriée)</i>	Etude		Entretien		Mesures objectives *	Autre méthode (préciser)
	Papier	En ligne	Par téléphone	Individuel		
Compléter <u>soit</u> la ligne A <u>soit</u> la ligne B ci-dessous						
A	Partie d'un système de surveillance répété		Année de début	Fréquence	Dernière année de recueil des données	
B	Etude(s) unique(s)		Année(s)	Compris comme début du système de surveillance répété (oui /non ou ajouter un commentaire)		

*Par exemple : forme physique, accéléromètre



21a. Les données de prévalence de l'activité physique, de la sédentarité ou d'autres facteurs associés ont-elles influencé le développement des politiques de votre pays ?

Par exemple, des données de surveillance ont-elles été utilisées pour définir des objectifs nationaux, et/ou pour évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte de ces objectifs ? **Si oui**, décrire brièvement cette démarche et en donner des exemples.

Si non, expliquer brièvement pourquoi. Exemple de question : la fréquence du recueil des données ne concorde-t-elle pas avec le calendrier des objectifs formulés, ou les questions posées ne fournissent-elles pas d'information sur l'efficacité des politiques mises en œuvre ?

Il n'existe pas de processus standardisé et systématisé de recherche et de prise en compte des données de prévalence lors du développement d'une politique. L'influence des données de prévalence de l'activité physique ou de la sédentarité est donc très variable d'une politique à l'autre.

Par exemple :

→ Cette utilisation existe dans le cadre du Programme National Nutrition Santé.

Dans le PNNS 2006-2010, l'objectif de santé publique relatif à la sédentarité et à l'inactivité physique défini par le HCSP et annexé à la loi de santé publique de 2004, a été intégré comme objectif à part entière du PNNS :

« augmenter l'activité physique quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant l'équivalent d'au moins 1/2h de marche rapide par jour. La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant. »

En 2010, le HCSP a évalué l'atteinte de cet objectif sur la base de différentes études (e.g. ENNS ; Baromètre santé nutrition), et en a proposé une redéfinition précédemment décrite dans la question 18. Ce nouvel objectif a été intégré dans le PNNS 2011-2015. Il fait actuellement l'objet d'une nouvelle évaluation l'Anses, afin d'être réajusté dans le prochain PNNS. Cette utilisation n'existe pas dans le cadre de la promotion des activités physiques et sportives du ministère de la Justice, dont l'objectif premier est de *diversifier* l'offre des activités sportives.

21b. Selon vous, les données de surveillance ont-elles permis de faire progresser la promotion nationale de l'activité physique de toute autre manière ?

Par exemple, une diminution des niveaux d'activité physique a-t-elle permis d'attirer l'attention politique ou celle des médias ?

Si oui, expliquer brièvement et donner des exemples.

Non, l'activité physique a progressivement pris de l'ampleur dans les politiques en réponse aux données de surveillance des problèmes de santé de la population (données de morbidité liée à l'obésité, aux cancers, aux maladies chroniques liées à la qualité de l'air, etc.). Ce sont ces données qui alertent en général la sphère politique ou publique. Les données de surveillance sur l'activité physique ne sont pas systématiquement mises en avant ou utilisées en priorité.



SECTION 7

Evaluation

22a. Votre pays a-t-il entrepris une évaluation des politiques nationales ou des plans d'action figurant dans la question 7 ?

Si oui, indiquer le titre du rapport, l'éditeur et l'année de publication, un lien Internet (s'il en est), et préciser si une version ou un résumé est disponible en anglais. Fournir de brefs détails sur cette évaluation, ce qui a été évalué, la méthode de recueil des données, résumer brièvement les résultats et indiquer la manière dont ils ont ou non été utilisés dans l'élaboration de nouvelle(s) politique(s).

Il n'existe pas à ce jour de démarche d'évaluation standardisée des politiques nationales ou des plans d'actions. Celle-ci est variable d'une politique à l'autre, et peut être réalisée à la demande des Ministères par différentes instances :

- le Haut Conseil de la Santé Publique dont la fonction d'évaluation des plans et programmes de santé publique est inscrite dans la loi (Code de la santé publique, Article L. 1411-4)
- l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail, ancien établissement public administratif de l'État placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'écologie et du travail
- les Inspections Générales (en particulier l'Inspection Générale des Affaires Sociales, l'Inspection Générale de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche, le Conseil Général de l'Environnement et du Développement Durable et le Conseil Général de l'Alimentation, de l'Agriculture et des Espaces Ruraux)
- le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES) (ex Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur - AERES) portant particulièrement son évaluation sur le volet « recherche » des plans.

En voici quelques exemples :

Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010

Éditeur et date : Inspection générale des affaires sociales

Lien Internet (signaler si une version est disponible en anglais) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000214.pdf> (pas de version en anglais)

Description de l'approche, des résultats et de leur utilisation : cette évaluation a été réalisée à la demande du Ministre de la Santé et des Sports et avec le concours du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux. Cette évaluation a pour objectif d'apprécier le niveau de réalisation des actions et objectifs de mise en œuvre du programme, d'identifier les difficultés rencontrées dans sa réalisation et de formuler des recommandations pour son renouvellement. Pour cela, la mission a recouru à plusieurs modalités d'enquêtes : des entretiens avec les parties prenantes du programme ainsi qu'avec des personnes et structures spécialisées extérieures ; des rencontres avec des acteurs locaux ; une rencontre avec des responsables de la Commission Européenne ; la participation à un comité de pilotage du programme et à une réunion du Comité National de



Santé publique ; une enquête auprès de directions régionales ; une consultation documentaire. Les résultats de l'évaluation pointent un bilan positif du PNNS au regard de l'atteinte des objectifs fixés. Ils suggèrent cependant que soient améliorés certains points, en particulier l'articulation entre ses fonctions de cadre de référence et ses responsabilités de conduite opérationnelle, ainsi que sa gouvernance et son articulation aux autres programmes et politiques sectorielles.

Évaluation du second plan national santé environnement

Éditeur et date : Haut Conseil de la Santé Publique, septembre 2013

Lien Internet (signaler si une version est disponible en anglais) : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=379> (une synthèse est disponible en anglais)

Description de l'approche, des résultats et de leur utilisation : Le HCSP a été saisi par la Direction Générale de la Santé afin d'évaluer l'efficacité des actions du second PNSE. Il s'est en particulier attaché à évaluer l'atteinte des objectifs initialement fixés dans ce plan ainsi que ses éventuels impacts. La méthode de recueil comprend des analyses bibliographiques, des auditions et des entretiens qualitatifs, ainsi que le recueil de données issues de sources statistiques publiées. Les conclusions concernant l'évolution de la situation durant ces dix dernières années varient selon les milieux (air extérieur, air intérieur, eaux, etc.) et polluants (particules, pesticides, métaux, etc.) ou nuisances (habitat indigne, bruit, etc.) analysés. Le HCSP souligne la faiblesse des systèmes d'information sur la qualité des milieux et les expositions de la population. Des recommandations sont formulées quant à des objectifs précis, la gouvernance ainsi que l'articulation entre le plan national et les plans régionaux.

Contribution à l'évaluation du 2ème Plan National Santé Environnement 2009-2013

Éditeur et date : ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie, juillet 2013

Lien Internet (signaler si une version est disponible en anglais) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000002.pdf> (pas de version en anglais)

Description de l'approche, des résultats et de leur utilisation : Réalisé par le Conseil général de l'environnement et du développement durable, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, ce rapport présente une appréciation du degré de réalisation des actions du plan, sa gouvernance et son organisation, le volet « recherche », sa déclinaison au niveau territorial, les moyens financiers et le parangonnage avec des plans de différents pays. L'évaluation repose sur l'analyse des éléments fournis par les pilotes ou référents des actions du PNSE, sur l'examen de documents et des entretiens. Les résultats suggèrent notamment un niveau de réalisation honorable des actions ainsi qu'une gouvernance attentive, et fournit des recommandations pour la reconduction du plan.



Evaluation à mi-parcours du Plan national santé environnement - Rapport du Comité d'évaluation

Éditeur et date : Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, juillet 2007

Lien Internet (signaler si une version est disponible en anglais) : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000498-evaluation-a-mi-parcours-du-plan-national-sante-environnement-rapport-du-comite> (pas de version en anglais)

Description de l'approche, des résultats et de leur utilisation : Cette évaluation à mi-parcours a pour objectif d'identifier les ajustements nécessaires à la poursuite du PNSE en analysant sa pertinence, sa cohérence interne et externe, son pilotage et l'effectivité des actions engagées, et à ses impacts institutionnels. Pour mener à bien cette évaluation la mission s'est basée sur des études de cas confiées à des prestataires, des analyses documentaires et de bases de données, des entretiens et des enquêtes. Les résultats mettent en lumière l'intérêt de ce plan ainsi que ses effets d'entraînement mais soulignent des insuffisances dans sa gouvernance.

Évaluation à mi-parcours du plan cancer 2009-2013

Éditeur et date : Haut Conseil de la Santé Publique, mars 2012

Lien Internet (signaler si une version est disponible en anglais) : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=259> (une synthèse est disponible en anglais)

Description de l'approche, des résultats et de leur utilisation :

Cette évaluation à mi-parcours devait permettre d'apporter un jugement sur les capacités du Plan à atteindre ses objectifs, ainsi que sur les indicateurs à disposition pour l'évaluation finale du Plan. Pour cela, le HCSP s'est basé sur des entretiens, l'analyse de documents (compte-rendu de réunions, etc.), des contributions écrites de personnalités extérieures ainsi que sur une analyse bibliographique de la littérature scientifique. L'évaluation a mis en évidence que les thèmes transversaux mis en avant que sont les inégalités sociales, les inégalités territoriales, le rôle du médecin traitant, ainsi que le développement des systèmes d'information, ont été insuffisamment pris en compte dans la mise en œuvre et le suivi des mesures et actions, limitant potentiellement les effets à terme du Plan ainsi que les possibilités de les évaluer. Les recommandations formulées visent à améliorer la gouvernance du Plan et ses capacités à intégrer ces objectifs transversaux dans les réalisations en cours. Elles visent aussi à mieux identifier les besoins de la future évaluation finale, qui doivent être anticipés.

Evaluation du Plan national Bien Vieillir 2007-2009

Éditeur et date : ministère de la Santé et des Sports, Haut Conseil de la Santé Publique

Lien Internet (signaler si une version est disponible en anglais) : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=195> (une synthèse est disponible en anglais)

Description de l'approche, des résultats et de leur utilisation : Ce rapport a pour objectif d'évaluer la cohérence interne (pilotage et moyens mis en œuvre) et externe (construction



et cohérence) du Plan, les actions du plan, ainsi que le pilotage et l'organisation de sa mise en œuvre. Le recueil d'information a été réalisé sur la base de documents relatifs aux actions réalisées et d'auditions des personnes parties prenantes du plan. Les conclusions de l'évaluation font état d'un déficit de gouvernance, de structuration des axes, et de moyens, ainsi que de l'absence de prise en compte des inégalités sociales de santé.

Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions

Editeur et date : Haut Conseil de la Santé Publique, avril 2010

Lien : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=133> (pas de version disponible en anglais)

Description de l'approche, des résultats et de leur utilisation :

Concernant l'activité physique, l'objectif d'augmentation de la prévalence d'activité physique chez les adultes a été jugé comme globalement atteint. Les résultats de deux enquêtes récemment disponibles (ENNS et Baromètre santé) ont permis au HCSP de formuler cette conclusion. Le rapport recommandait néanmoins de fixer désormais des objectifs spécifiques aux enfants, de distinguer les différents niveaux d'activité chez les adultes et de prendre en compte dans un objectif spécifique la sédentarité. Cette loi quinquennale n'a pas été reconduite et les objectifs de santé publique n'ont pas été redéfinis. Néanmoins, ces objectifs formulés dans les recommandations ont été utilisés par le PNNS 2011-2015 qui les a intégrés dans son axe 2 (« développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité »).

Les plans peuvent également faire l'objet de bilans et retours d'expérience par leur comité de pilotage qui ajustent ensuite les orientations stratégiques et mesures opérationnelles prévues. C'est le cas par exemple du Plan d'actions Mobilités Actives.

Il est néanmoins difficile d'apprécier l'impact de ces évaluations et retours d'expérience sur la reconduction des plans ou programmes. L'information concernant la manière dont ils ont ou non été utilisés dans l'élaboration de nouvelle(s) politique(s) reste difficile à saisir de manière objective.

22b. Une évaluation des interventions ou projets relatifs à l'activité physique a-t-elle déjà été effectuée au niveau local (coordonnée avec ou indépendamment du niveau national) ?

Si oui, expliquer brièvement ce processus d'évaluation. Il n'est pas demandé de rapporter l'ensemble des activités mais de donner un aperçu de l'approche générale entreprise au niveau local.

L'évaluation des interventions ou projets relatifs à l'activité physique au niveau local ne fait pas l'objet d'une démarche systématique et standardisée mais varie selon le type d'actions, les porteurs de projets et l'origine des financements :

- Dans le cadre des Plans déclinés en région : des bilans et retours d'expérience peuvent être réalisés régionalement par les services déconcentrés de l'Etat (e.g. bilan réalisé par les Agences Régionales de



Santé quant aux actions mises en place dans le cadre du PNNS). Ces bilans peuvent être centralisés au niveau national (e.g. bilan réalisé par le Pôle Ressource National Sport Santé Bien-Etre des actions régionales des PRSSBE).

- Dans le cadre de projets portés par des acteurs non gouvernementaux : la mise en place d'une évaluation est à l'initiative des porteurs de projets disposant de fonds propres, mais peut-être demandée lorsqu'un financement extérieur a été sollicité.

23. Une évaluation économique nationale des interventions ou de l'inactivité physique (c'est-à-dire n'atteignant pas le niveau minimum recommandé d'activité physique) a-t-elle été entreprise dans votre pays ?

Si oui, indiquer le titre du rapport, l'éditeur et l'année de publication, un lien Internet (s'il en est), et indiquer si une version ou un résumé est disponible en anglais. Décrire brièvement les résultats de l'évaluation (environ 50-100 mots).

Il n'existe pas d'évaluation économique nationale des interventions ou de l'inactivité physique publiée en France.



SECTION 8

Financement et engagement

24a. Dans chacun des secteurs ci-dessous, existe-t-il des financements spécifiquement alloués à la mise en œuvre des politiques ou plans d'actions relatifs à l'activité physique au niveau national ?

Cocher 'oui' ou 'non', et indiquer le montant (et la devise) s'il est connu. Indiquer également si ce financement est régulièrement alloué (e.g. tous les ans).

Secteur	National						
					Récurent		
	Oui	Montant	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Santé	X	?			X		
Sport / loisirs	X	?			X		
Éducation	X	?			X		
Transport	X	?			X		
Environnement	X	?			X		
Urbanisme	X	?			X		
Autre (préciser)	x	?			X		

24b. Dans chacun des secteurs ci-dessous, existe-t-il des financements spécifiquement alloués à la mise en œuvre des politiques ou plans d'actions relatifs à l'activité physique au niveau local ?

Cocher 'oui' ou 'non', et indiquer le montant (et la devise) s'il est connu. Indiquer également si ce financement est régulièrement alloué (e.g. tous les ans).

Secteur	Local						
					Récurent		
	Oui	Montant	Non	Ne sait pas	Oui	Non	Ne sait pas
Santé	x	?			X		
Sport / loisirs	X	?			X		
Éducation	X	?			X		
Transport	X	?			X		
Environnement	X	?			X		
Urbanisme	X				X		
Autre (préciser) Justice	x	?			X		



Il n'est pas possible à ce jour de lister des financements par secteur qui seraient spécifiquement alloués à la mise en œuvre des politiques ou plans d'actions relatifs à l'activité physique, tant au niveau local qu'au niveau national. L'activité physique étant le plus souvent associée à un ou plusieurs autres objets au sein des politiques évoquées, il n'est pas possible de distinguer leur part financière respective, celle-ci n'étant pas isolée dans les comptes publics. Néanmoins, dans chacun de ces secteurs, des politiques comprenant des mesures de développement de l'activité physique existent. Des financements y sont alloués, même si ceux-ci sont en général annuels.

25. Selon vous, existe-t-il des preuves d'un engagement politique en faveur de la promotion de l'activité physique dans les politiques actuelles ?

Cela peut être par exemple la reconnaissance de l'activité physique comme sujet politique important ; l'augmentation de financements, la référence à l'activité physique dans les discours officiels; des discussions politiques à propos de la promotion de l'activité physique au parlement ; un engagement visible de politiciens dans les événements HEPA, voire leur participation personnelle à l'HEPA.

Si oui, donner des exemples descriptifs et expliquer si vous pensez qu'il y a aujourd'hui plus, ou moins d'engagement politique pour la promotion de l'activité physique dans votre pays que ces dernières années.

En France, une dynamique autour de la promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé a émergé au début des années 2000, notamment avec l'élaboration du premier Programme National Nutrition Santé et de la mise en place d'une campagne de communication grand public. Depuis, l'intérêt politique pour l'HEPA a pris davantage d'ampleur et s'illustre au travers de plusieurs indicateurs :

1. La prise en compte de l'activité physique et de son lien à la santé dans les documents politiques.
 - Plusieurs plans de santé publique intègrent désormais un volet relatif à l'activité physique, en particulier les plans portant sur des maladies chroniques (e.g. cancer, accidents vasculaires cérébraux, obésité), le vieillissement ou encore la santé environnementale, en faisant le plus souvent référence au PNNS.
 - L'inscription récente de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse avec la possibilité de la prescrire dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée.
 - L'activité physique apparaît en dehors du secteur de la santé, en particulier dans les secteurs de de l'environnement et des transports avec la mise en place d'un plan spécifiquement dédié à la promotion de la marche et du vélo.
 - La volonté d'un portage partagé des politiques sport-santé avec la mise en place d'un plan interministériel copiloté par les Ministères en charge de la Santé et des Sports.
 - Le renouvellement des principaux plans promouvant l'activité physique tels que le PNNS ou le PAMA.



2. L'allocation de financements.

- L'allocation de ressources financières dans le cadre des différents plans intégrant l'activité physique.
- La création d'une rubrique spécifique au vélo dans les comptes de transport depuis 2013.
- La contribution financière importante du Centre National pour le Développement du Sport au développement de la pratique sportive pour le plus grand nombre.

3. La mise en place d'outils nationaux spécifiques à l'activité physique.

- La création du Pôle Ressource National Sport-Santé-Bien-Etre
- La création de l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité suite à un appel projet lancé par le ministère en charge des Sports.

4. La mise en place régulière de groupes de travail autour de l'HEPA, en particulier par les Ministères en charge de la Santé et des Sports.



SECTION 9

Accompagnement des professionnels

26. Votre pays dispose-t-il d'un réseau professionnel ou d'un système qui relie et/ou soutient les professionnels intéressés par l'activité physique, ou travaillant dans ce domaine ou de domaines associés?

Si oui, le décrire, renseigner le lien Internet et, si possible, la personne à contacter.

A ce jour, la France ne dispose pas d'un réseau professionnel ou d'un système qui relie et/ou soutient les professionnels.

Il existe en revanche un ensemble d'instances, de réseaux, de structures susceptibles de relier des professionnels et/ou de les informer en diffusant de l'information, en élaborant des guides et des outils, ou encore en mettant en place des formations. Ces acteurs peuvent être gouvernementaux (e.g. agences de l'Etat, établissements publics administratifs, services déconcentrés) ou non gouvernementaux (e.g. réseaux de professionnels, sociétés savantes, associations, fédérations sportives, secteur marchand), et agir à l'échelon national ou infra national. Ils se distinguent généralement par la spécification d'une thématique (e.g. promotion de la santé, promotion des mobilités actives, développement des pratiques sportives encadrées, prise en charge thérapeutique) ou d'un champ professionnel (e.g. professionnels de santé, professionnels de l'animation, éducateurs sportifs, élus).



SECTION 10

Expérience de mise en œuvre des politiques, progrès réalisés et défis

27a. Quels sont selon vous les domaines marqués par les plus grandes avancées dans la promotion de l'HEPA de votre pays au cours de ces dernières années ?

1. La plus grande avancée est la reconnaissance du rôle de l'activité physique dans la santé (notamment comme déterminant de la santé et outil de prise en charge des pathologies) par les acteurs du champ de la santé (politiques, professionnels, etc.).
2. Ensuite, la prise en compte de l'impact sur la santé de l'activité physique (quelle que soit sa forme : activité physique adaptée, sport de loisir, sport de haut niveau) par le secteur du sport a été un progrès majeur ces dernières années pour la promotion de l'HEPA. Cela s'est traduit notamment par le co-portage de la politique sport-santé bien-être.
3. Enfin, le développement des mobilités actives, tant dans une logique plus environnementale que de santé, a constitué une grande avancée pour la promotion de l'HEPA.

27b. Quels ont été selon vous les défis les plus importants auxquels votre pays a dû faire face au cours de ces dernières années dans le lancement ou la poursuite d'actions de promotion de l'HEPA ?

1. Défi d'évolution des formations et des pratiques professionnelles :
Développer les connaissances et les compétences des acteurs (quel que soit leur secteur d'appartenance) sur l'HEPA.
2. Défi politique :
Renforcer la coordination et l'harmonisation des politiques mises en œuvre dans les différents secteurs, améliorer l'articulation des politiques HEPA avec les autres politiques et augmenter les financements alloués.
3. Défi de communication :
Renforcer l'information et la communication en direction de la population sur les bienfaits de l'activité physique et diffuser les recommandations pour faire évoluer les perceptions et les comportements d'activité physique de la population générale.

Ces trois défis restent d'actualité en France.



28. D'après votre expérience, identifier jusqu'à trois conseils que vous offririez à un pays mettant en place une politique nationale HEPA.

1. Définir une politique HEPA intersectorielle, dont la mise en œuvre serait coordonnée par un pilote unique.
2. Améliorer et diffuser les connaissances sur l'HEPA (données scientifiques et données sur les interventions et l'existant).
3. Mettre en place une politique de communication sur l'HEPA.

29. Utiliser cet espace pour indiquer tout détail ou commentaire supplémentaire que vous n'avez pas pu fournir dans d'autres sections de l'outil.

-



SECTION 11

Résumé : passation de l'outil HEPA-PAT

Il serait intéressant pour les personnes qui lisent cette analyse des politiques HEPA de savoir comment cette consultation a été entreprise et qui y a participé. Indiquer brièvement le processus utilisé en précisant les éléments suivants :

- qui a initié le projet ;
- qui a mené le projet ;
- qui a été impliqué ;
- comment les personnes impliquées ont été identifiées et sélectionnées ; et,
- les principales étapes du processus de consultation.
- Inclure une liste des personnes et organisations contactées et préciser celles qui ont effectivement participé.

Contexte de réalisation du projet HEPA-PAT en France

Pilotage et calendrier du projet

C'est dans le cadre de sa participation au réseau de promotion de l'activité physique HEPA Europe, que la Société Française de Santé Publique (SFSP) a initié au cours de l'année 2014 l'analyse des politiques publiques françaises favorables à l'HEPA. La SFSP offre aux différents acteurs de santé (professionnels : scientifiques et/ou de terrain, décideurs politiques, acteurs économiques et du social) un cadre et des moyens pour une réflexion collective et interprofessionnelle. Cette réflexion repose en particulier sur l'analyse critique des faits scientifiques et des pratiques professionnelles. Elle débouche sur la formulation de propositions à l'intention des décideurs et permet d'éclairer l'opinion publique *via* les médias sur les enjeux, les forces et les faiblesses des politiques publiques de santé. L'un des axes de la SFSP consiste à mettre en débat des enjeux de santé publique par une réflexion pluridisciplinaire et pluri professionnelle, et d'accompagner les politiques de santé.

Ce projet a été mené sur 16 mois (cf. Tableau 1) et supervisé par une équipe projet constituée de cinq personnes rattachées à la SFSP et/ou à l'Université de Lorraine (cf. Tableau 2).



Tableau 1. Calendrier du projet

Vue d'ensemble du calendrier et des étapes	
Mois/année	Principales étapes
Novembre 2014 – mars 2015	Réalisation d'entretiens préalables et initiation du recensement des politiques nationales Constitution de l'équipe projet
Mars à Mai 2015	Première réunion de l'équipe projet Traduction du PAT en français Elaboration d'un guide d'entretien Constitution et mobilisation du groupe d'experts
Juin – décembre 2015	Entretiens individuels avec les experts Pré-remplissage du PAT
Janvier 2016	Séminaire de travail avec les experts : validation des données recueillies (entretiens individuels et recherches documentaires)
Février 2016	Soumission d'un article dans une revue à comité de lecture sur les 1ers résultats
Juin 2016	Publication des 1ers résultats dans Santé publique N°1- 2016, Supplément
Février à Août 2016	Finalisation du remplissage, soumission aux experts pour validation Diffusion des résultats du PAT en France (rapport et synthèse)
	Traduction des résultats du PAT en anglais et diffusion à l'international



Tableau 2. Responsables et membre de l'équipe projet

Responsables du remplissage du PAT
Nom : VUILLEMIN Anne
Institution : SFSP
Coordonnées : 1 rue de la forêt, 54520 Laxou

Membres de l'équipe projet
LECOMTE Flore (SFSP)
LOMBRAIL Pierre (SFSP)
PREVOT-LEDRIK Julie (SFSP)
VAN HOYE Aurélie (Université de Lorraine)

Préparation du projet

Le projet a débuté en France en novembre 2014 avec l'initiation du recensement de politiques nationales en collaboration avec le centre documentaire de l'Institut Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé de Lorraine, et la tenue d'entretiens préalables destinés à identifier les secteurs concernés par l'HEPA et les experts à mobiliser. Leur sélection s'est appuyée sur leur expertise reconnue dans la thématique (e.g. productions scientifiques, représentation de sociétés savantes jouant un rôle majeur), ainsi que sur leur implication dans la sphère politique (e.g. représentation de ministères ou de leurs agences, présidence de plans nationaux, participation aux groupes de travail ministériels). Ce choix a également tenu compte de leur secteur d'intervention (e.g. santé, éducation, sport, transport, justice, ville) ainsi que de leur fonction (i.e. chercheurs, acteurs de terrain, décideurs). Cette démarche a ainsi favorisé la représentation de plusieurs institutions. Pendant 2 mois (avril-mai 2015), les experts identifiés ont été invités par mail à participer au projet. Parmi les institutions sollicitées, seule la Direction Générale du Travail (ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social) et la Direction des Sports (ministère de la ville, de la Jeunesse et des Sports) n'ont pas répondu à notre sollicitation. Au total, 18 personnes ont pris part à l'une ou l'autre étape du projet. Si les auteurs du PAT recommandent la formation d'un groupe variant de 8 à 12 experts, il nous est apparu difficile de rester dans ce cadre au regard du nombre important d'acteurs et de politiques publiques développées dans le contexte Français.



Le tableau 3 présente les personnes et institutions qui ont accepté de participer à ce projet.

En parallèle, l'équipe projet s'est réunie afin de définir la méthodologie à privilégier et préparer le matériel. Bien que les auteurs du PAT suggèrent de le pré-remplir puis de l'envoyer aux experts avant l'entretien, nous avons retenu une procédure selon nous plus adaptée au contexte français. Du fait de l'abondance des politiques recensées – ne serait-ce que les 18 plans nationaux passés et actuels – et de la diversité de leurs processus d'élaboration, de coordination *etc.*, il nous a semblé plus efficace de débiter le remplissage du PAT avec les entretiens, puis de compléter les informations recueillies par la poursuite de la recherche documentaire. De plus, le pré-remplissage était susceptible d'orienter voire de biaiser les informations partagées par les experts. Nous avons donc choisi de mener la consultation de manière exploratoire, en optimisant autant que possible le temps offert par chaque expert. En particulier, un guide d'entretien a été élaboré afin de cibler les questions du PAT à soumettre au processus de consultation. Au final, seules les questions auxquelles pouvait se suffire une recherche documentaire n'ont pas été explicitement posées afin de ne pas alourdir l'entretien (*i.e.* les questions 1a, 1b, 13, 14, 16, 17, 18 et 19).



Tableau 3. Experts et institutions participantes

Institution/organisation	Nom de la personne impliquée
Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé	Florence ROSTAN
Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée	David COMMUNAL
ministère de la Santé - Direction Générale de la Santé	Marie FIORI
Comité national olympique et sportif français – Commission médicale	Alain CALMAT
ministère de la Santé - Direction Générale de la Santé	Michel CHAULIAC
ministère de l'Éducation Nationale	Fabien VERDIER
Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale d'Ile-de-France	Marie-Christine BINOT
ministère de la Santé - Direction Générale de la Santé	Simona TAUSAN
ministère des Sports – Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Etre	Martine DUCLOS
Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II	Pascale DUCHE
Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport	Xavier BIGARD
Institut de Recherche Médicale et d'Epidémiologie du Sport	Jean-François TOUSSAINT
Faculté de Médecine Toulouse-Purpan	Daniel RIVIERE
Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport	
Université Paris 13 / Hôpital Avicenne	Serge HERCBERG
Commissariat général à l'égalité des territoires	Marie LE BAIL
Coordination Interministérielle pour le Développement de l'Usage du Vélo	Dominique LEBRUN
ministère de la Justice – Direction de l'Administration Pénitentiaire (Bureau des politiques sociales, d'insertion et d'accès aux droits)	Marie-José JUSSERAND
Université Blaise Pascal Clermont-Ferrand II	Didier JOURDAN



Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies de novembre 2014 à janvier 2016 en suivant la recommandation des auteurs de l'outil d'associer :

- - Un processus consultatif : 15 entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés en face à face ou par téléphone. L'entretien s'est déroulé sur la base du guide préalablement envoyé à chaque expert. Il a permis de recueillir à la fois des représentations, des opinions et des connaissances. L'analyse s'est centrée sur les connaissances des experts relatives aux politiques publiques nationales existantes
- - Une recherche documentaire des plans et textes de loi. Elle a permis de compléter les connaissances et le recueil auprès des experts mais aussi de les confronter lorsque celles-ci n'étaient pas consensuelles
- - Un séminaire de restitution organisé sur une journée. Les principaux résultats issus des entretiens et de la recherche documentaire, ainsi que les zones d'ombre et points de désaccord ont été présentés, afin de les compléter et/ou de les corriger, et de les valider collectivement. Ont été en particulier présentés les résultats relatifs aux acteurs nationaux de la promotion de l'HEPA, aux politiques concourant à l'HEPA – incluant leur leadership, leur coordination et leurs processus d'élaboration – ainsi qu'à des caractéristiques générales du système telles que la surveillance nationale de l'activité physique, l'évaluation et le financement des politiques. Ce séminaire a permis de discuter et valider les informations recueillies. A l'issue du séminaire, chaque expert s'est positionné individuellement sur les défis, challenges pour le développement de l'HEPA en France (Q27) et sur les conseils pour les autres pays (Q28). Le remplissage du PAT repose donc sur la synthèse de ce processus.

Communication et valorisation du projet

Le lancement du projet d'analyse des politiques publiques de promotion de l'HEPA en France a fait l'objet d'une communication orale lors du congrès "Déterminants sociaux de la santé" organisé du 4 au 6 novembre 2015 à Tours par le SFSP.

Un article a été soumis dans la revue scientifique *Santé Publique*. Il présente un panorama des politiques publiques françaises promouvant l'activité physique ainsi que des acteurs gouvernementaux en étant à l'origine. Cet article a été publié dans le supplément au numéro 1-2016 de la revue *Santé publique*.



LISTE DES ACRONYMES

ACAPS - Association des chercheurs en activité physique et sportive

ADEME - Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

AF3V - Association Française pour le Développement des Véloroutes et des Voies Vertes

AFAPA - Association Francophone en Activité Physique Adaptée

AFSSA - Agence française de sécurité sanitaire des aliments, devenue Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation

ANESTAPS - Association Nationale des Etudiants en STAPS

ANRU - Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine

ANSES - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

AP - Activité physique

APPELS - Agence pour l'Éducation par le Sport

ARS - Agences Régionales de Santé

ASV - Ateliers Santé Ville

C3D - club des cardiologues du sport, conférence des directeurs et doyens de structures STAPS

CEREMA - Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement

CERTU - Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques

CETE - Centres d'études techniques de l'équipement

CETMEF - Centre d'études techniques, maritimes et fluviales

CGAAER - Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux

CGET - Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

CIDUV - Coordination Interministérielle pour le Développement de l'Usage du Vélo



CLS - Contrat locaux de santé

CNDS - Centre National pour le Développement du Sport

CNOSF - Comité National Olympique et Sportif Français

CNS - Conférence nationale de santé

CNSA - Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CREPS - Centre de Ressources d'Expertise et de Performance Sportive

CRSA - Conférences régionales de la santé et de l'autonomie

DDT(M) - Directions départementales des territoires (et de la Mer)

DEPP - Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance

DGS - Direction Générale de la Santé

DR/D JSCS - Directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

DREAL - Directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement () - et en département par les –

DREES - Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

DRJSCS - Directions Régionales (et directions départementales) de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale

DROM - Départements et régions d'outre-mer

ENNS - Etude nationale nutrition santé

EPCI - Etablissements publics de coopération intercommunale

ESTEBAN - Etude de Santé sur Environnement, Bio surveillance, Activité physique Et Nutrition

FFD - Fédération française des diabétiques

FNES - Fédération Nationale de l'Éducation pour la Santé (),

FUB - Fédération des usagers de la bicyclette

HAS - Haute Autorité de Santé

HAS - Haute Autorité de Santé

HCERES - Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (ex Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur – AERES)



HCSP - Haut conseil de la santé publique

HEPA PAT - Health-Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool

IFSTTAR - Institut français des sciences et technologies des transports, de l'aménagement et des réseaux

IGAS - Inspection Générale des Affaires Sociales

INCa - Institut national du cancer

INPES - Institut national de prévention et d'éducation pour la santé devenu Santé Publique France

INSERM - Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS - Institut de veille sanitaire

INVS - Institut de Veille Sanitaire devenu Santé Publique France

ITMO - Instituts thématiques multi-organismes, dont un concerne la santé publique (ISP)

ONAPS - Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité

ORS - Observatoires régionaux de la santé

PAMA - Plan d'Action Mobilités Actives

PNNS - Programme national nutrition santé

PNNS - Programme National Nutrition Santé

PNSE - Le Plan National Santé Environnement

PNSSBE - Plan National Sport Santé Bien-Etre

PO - Plan Obésité

SETRA - Service d'études sur les transports, les routes et leurs aménagements

SFMES - Société Française de Médecine du Sport

SFN - Société Française de Nutrition

SFNEP - Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolique

SFP - Société Française de Pédiatrie

SFP-APA - Société Française des Professionnels en Activité Physique Adaptée

SFSP - Société Française de Santé Publique



SNEP - Syndicat national d'éducation physique

SNTEDD - Stratégie Nationale de Transition Ecologique vers un Développement Durable

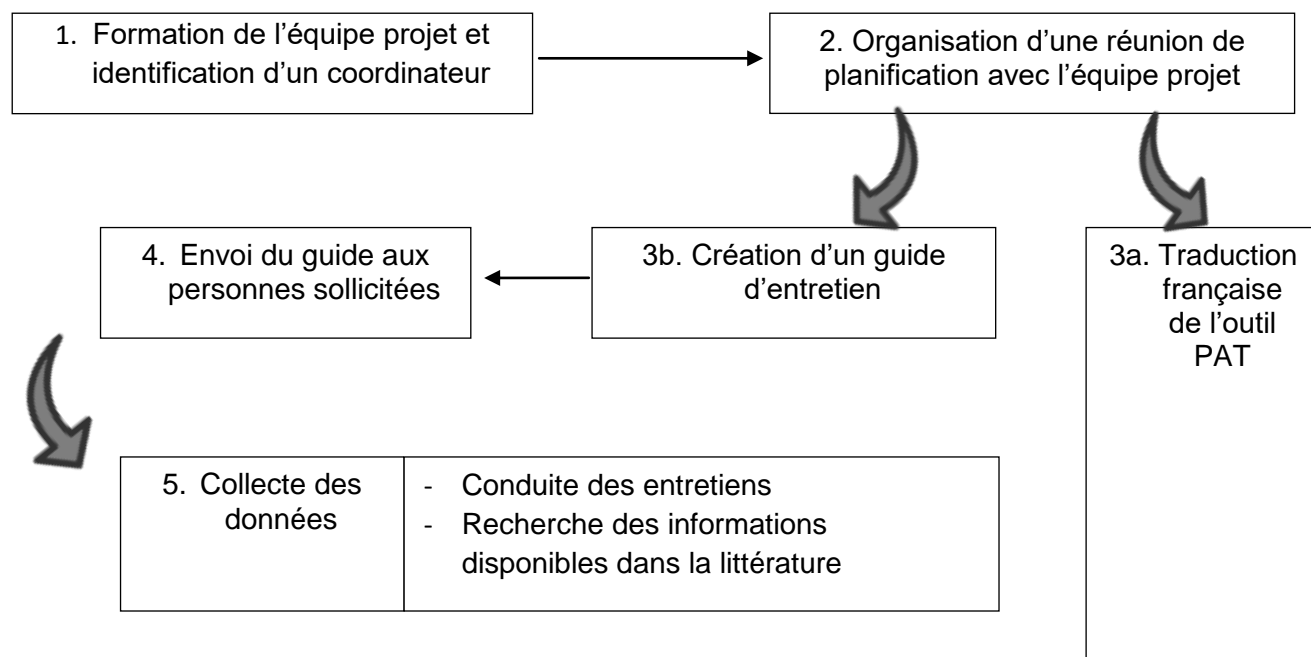
TER - Transport express régional

USEN - Unité de Surveillance et d'Epidémiologie Nutritionnelle



La figure 1 offre une vue d'ensemble du processus de remplissage du PAT.

Figure 1 : Processus de remplissage du PAT en France



Ce rapport a été réalisé avec le soutien

- *de la Direction Générale de la Santé,*
- *de Santé Publique France,*
- *et de la Mutualité Française.*



Société Française de Santé Publique
1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU
Tel : (+33)3.83.44.94.11
Fax : (+33)3.83.44.37.76
www.sfsp.fr