

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

Guide d'accompagnement pour l'analyse des politiques locales AP-Santé

Réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur à partir de la version 2 de l'OMS Europe, de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016 et à partir des travaux d'un groupe d'experts composé de chercheurs en Activité Physique-Santé, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités territoriales. Il a été finalisé à partir d'une expérimentation menée sur 7 territoires des régions Sud-PACA et Grand Est.



UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR 



CAPLA-Santé

Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) se décline en plusieurs documents :

- **Un guide d'accompagnement à consulter (01.guide_accompagnement)**
- Un outil d'analyse au format Word à compléter (02.outil_analyse)
- Une grille d'entretien à consulter (03.grille_entretien)
- Un récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)
- Un récapitulatif des sources de financements (05.financements)
- Un récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)
- Une synthèse au format Word à compléter (07.synthese)
- Une synthèse fictive à consulter (08.synthese_fictive)

Sommaire

Glossaire	2
Liste des acronymes	6
Le mot de Anne Vuillemin et Emmanuel Rusch	7
Le mot de Sonja Kahlmeier et Karen Milton	9
Pourquoi développer des politiques Activité Physique-Santé ?	10
Un consensus : l'activité physique est bénéfique pour la santé	10
L'activité physique, une solution pour réduire la prévalence des MNT	10
L'évolution de l'inactivité physique et de la sédentarité, une préoccupation politique ...	12
La « Santé dans toutes les politiques »	12
Le rôle primordial de l'échelon local pour l'AP-Santé	13
Les leviers de développement des politiques locales AP-Santé	14
Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique Santé (CAPLA-Santé), pour quoi et pour qui ?	17
Le CAPLA-Santé, comment a-t-il été construit	17
Le CAPLA-Santé, quels objectifs ?	17
Le CAPLA-Santé, à qui est-il destiné ?	18
Le CAPLA-Santé, dans quel cadre l'utiliser ?	18
Quelles données sont collectées dans l'outil d'analyse ?	19
A quoi servent les autres documents ?	19
Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?	21
Se poser les bonnes questions	21
La méthode	21
Etape 1 : La mobilisation des acteurs du territoire et l'information sur la démarche	23
Etape 2 : Le recueil d'informations	24
A . La recherche documentaire	24
B . Les entretiens semi-directifs	25
Etape 3 : La 1 ^{ère} analyse des données recueillies	30
Etape 4 : L'analyse collective	31
Etape 5 : La rédaction finale et la communication des résultats	32
Pour mieux comprendre	33
Documents-clés	33
Remerciements	36

- **Activité physique** : Toute forme de mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique (exemples d'activités : marche, course, danse, natation, yoga, jardinage, etc.)¹. L'activité physique inclut tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs.
- **Activité physique bénéfique pour la santé (AP-Santé)** : Toute forme d'activité physique qui apporte des bénéfices pour la santé, sans engendrer de risque ou de danger pour la santé².
- **Collaboration** : Le contexte de collaboration est établi dès lors que des acteurs, individuels ou collectifs se réunissent pour explorer de nouvelles possibilités ou atteindre un objectif commun. Deux types de collaborations peuvent être analysés : le concept de collaboration horizontale (ou transversale ou intersectorielle) établie entre plusieurs secteurs ou sous-secteurs d'un même domaine (comme par exemple la mise en œuvre d'un projet municipal pour lequel la collaboration des services de la santé, du sport, et des transports est nécessaire), et le concept de collaboration verticale établie entre plusieurs niveaux (organisés de façon hiérarchiques)³, sans considération des limites éventuelles de compétences (comme par exemple une prise de décision à laquelle participent des élus, des chefs de service et des techniciens). Il est également possible d'évoquer la collaboration multi niveaux et multi acteurs sans relation hiérarchique engageant, par exemple, divers niveaux de collectivités territoriales. La collaboration intersectorielle intègre généralement une étape de consultation des principales parties prenantes ainsi qu'un travail de partenariat entre plusieurs organismes.
- **Coordination** : L'acte de coordination vise à harmoniser des travaux/projets individuels ou collectifs, ou exécutés de manière cloisonnée, afin d'atteindre un objectif commun d'ensemble et d'améliorer l'efficacité de l'action.
- **Données probantes** : Les données scientifiques probantes sont des informations fondées et démontrées par un protocole scientifique rigoureux. Le terme est issu du terme anglais « evidence-based ». Le fondement d'une donnée probante s'appuie particulièrement sur sa publication scientifique, approuvée par une communauté.
- **Environnements** : Les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus, les déterminants sont des facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. L'étude des environnements permet d'analyser le contexte, le cadre de vie, et les facteurs influençant l'état de santé et la pratique d'une activité physique.

¹ Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Au 20/03/2019, la traduction française du document est en cours et sera prochainement disponible sur le site internet de l'OMS.

² D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

³ Définition fondée sur les concepts de collaborations verticales et horizontales de l'Agence de santé publique du Canada.

- **Évaluation économique** : Processus qui consiste à comparer les bénéfices et les coûts respectifs de différentes interventions, programmes ou politiques. Son objectif est de mesurer l'efficacité, ou l'utilité de l'argent dépensé pour une intervention par rapport à une autre, en vue d'atteindre un résultat identique ou similaire⁴.
- **Inactivité physique** : Définie comme la non-atteinte des recommandations sur l'activité physique⁵. L'inactivité physique est différente de la sédentarité (ou des comportements sédentaires).
- **Inégalités sociales et territoriales de santé** : Définies comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale⁶. En général, l'état de santé sera d'autant moins bon que l'on se trouve dans une catégorie sociale défavorisée, cette distribution se faisant de façon graduée tout au long de la hiérarchie sociale. Ces inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres. Ces inégalités sociales s'accompagnent d'inégalités territoriales qui sont le reflet de disparités socioéconomiques entre les territoires, mais également de disparités dans l'offre et l'accessibilité locale de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux⁷.
- **Mobilités actives** : Ensemble des modes de déplacements où la force motrice humaine est nécessaire, avec ou sans assistance motorisée. Elles comprennent principalement la marche et le vélo (dont le vélo à assistance électrique)⁸.
- **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 indépendant⁹.
- **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)¹⁰.
- **Pouvoirs publics** : Ensemble des autorités publiques qui détiennent le pouvoir, y compris les administrations locales. Les pouvoirs publics correspondent aux organes créés ou mentionnés par la Constitution et dont le statut est établi par des lois organiques. Ils interviennent dans de nombreux domaines¹¹.

⁴ Goldsmith L.J., Hutchison B., Hurley J. McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis ; Hamilton, ON: 2004. Economic Evaluation Across the Four Faces of Prevention : A Canadian Perspective.

⁵ <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/definitions.html> (Consulté le 20/03/2019)

⁶ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010.

⁷ <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/Le-concept-des-inegalites-sociales-de-sante> (Consulté le 20/03/2019)

⁸ Projet de loi d'orientation des mobilités https://www.ecologie-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/2018.11.26_projet_loi_orientation.pdf (Consulté le 20/03/2019)

⁹ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

¹⁰ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

¹¹ <http://ses.webclass.fr/notion/pouvoirs-publics> (Consulté le 20/03/2019)

- **Pratiques de la population** : Expérience, habitudes acquises par la pratique d'une activité. Agissements ancrés dans les usages. (Exemple : déplacements piétons, utilisation des transports en commun, etc.)
Une « pratique » est un type de comportement « routinisé » qui consiste en plusieurs éléments interconnectés entre eux : des formes d'activités corporelles, des formes d'activités mentales, des « choses » et leur usage, des connaissances de base constituées de compréhension, savoir-faire, états émotionnels et motivations¹².
- **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'actions, telles que des campagnes, des événements, des offres ou interventions spécifiques, et peut être limité ou non dans le temps¹³.
- **Réseau** : Ensemble de structures et/ou de personnes qui entretiennent entre elles des relations formelles ou informelles. La vocation d'un réseau est de permettre à ses membres ou participants de partager d'expériences, développer des actions, de mutualiser des moyens, etc. Exemple : le Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Réseau Ecole et Nature, etc.

Responsabilité / compétence , quelle différence ? Les responsabilités résultent d'une volonté extérieure qui les assigne à des échelons ou à des services, par exemple des responsabilités sont assignées par le gouvernement aux échelons infra-nationaux. Il s'agit ici de la définition du transfert des compétences en France (lois de 1983 et suivantes).

Le fait pour des pouvoirs publics de prendre une ou des compétences (c'est-à-dire la légitimité juridique à intervenir dans un champ de l'action publique) résulte d'un choix qui relève de leur volonté propre pour les compétences facultatives, même si certaines compétences sont obligatoires parce qu'attachées à un niveau territorial par exemple. Les compétences des collectivités sont déterminées par leurs capacités fonctionnelles, financières, structurelles, etc. Elles nécessitent une décision et un passage à l'acte.

- **Sédentarité (ou comportement sédentaire)** : Situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique en position assise ou allongée¹⁴. Plusieurs indicateurs peuvent caractériser des comportements sédentaires : par exemple le temps d'utilisation d'un ordinateur sur son temps de loisirs, le temps passé devant un écran ou encore le temps total passé assis au cours d'une journée au travail, chez soi ou encore dans les transports. Il est considéré qu'une personne peut être physiquement active durant sa journée tout en cumulant des comportements sédentaires¹⁵.

¹² Reckwitz A. (2002), « Toward a theory of social practices : A development in culturalist theorizing », *European Journal of Social Theory*, vol. 5, n° 2, p. 243-263.

¹³ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

¹⁴ <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/definitions.html> (Consulté le 20/03/2019)

¹⁵ Santé publique France, 2017. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité / p. 8

- **Sport** : Les principaux domaines de pratique d'activité physique sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'activité physique de loisirs non structurée. L'activité physique de loisirs peut être **encadrée** (pratiquée dans des associations, ou dans le cadre de l'éducation populaire et des accueils collectifs de mineurs) ou **spontanée** (parcours de marche aménagés, équipements d'accès libres, promenade dans des parcs et espaces verts). L'exercice constitue un sous-ensemble de l'activité physique : il s'agit d'une « activité physique planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique. Le sport constitue également un sous-ensemble de l'activité physique au cours duquel les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et où un objectif est défini¹⁶.
- **Sport-santé** : Le ministère des Sports définit le « sport-santé » comme étant la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'OMS : physique, psychologique et sociale¹⁷. Il correspond à la pratique structurée et encadrée d'une activité physique ou sportive au sein de clubs, salles de sport ou autres structures.
- **Stratégie** : Plan à long terme conçu pour atteindre des objectifs nationaux (dans notre cas, de prévention des maladies et de promotion de la santé)¹⁸.
- **Territoire d'étude** : Zone géographique qui délimite le cadre d'une analyse. Ici, le territoire est délimité par les frontières institutionnelles (et notamment politiques, juridiques et civiles). Exemple : commune, intercommunalité, communauté de communes, etc.

¹⁶<http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/definitions.html> (Consulté le 20/03/2019)

¹⁷ <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Le-Pole-Ressources-national-Sport-et-Sante-11176/article/Pourquoi-promouvoir-la-sante-par-le-sport> (Consulté le 20/03/2019)

¹⁸ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

Liste des acronymes

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

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

ANDIISS : Association nationale des directeurs d'installations et des services des sports

APA : Activité physique adaptée

APF : Association des paralysés de France

AP-Santé : Activité physique-santé

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

CAPLA-Santé : Cadre d'analyse des politiques locales activité physique-santé

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDESI : Commission départementale des espaces, sites et itinéraires

CDOS : Comité départemental olympique et sportif

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

CLS : Contrat local de santé

CNDS : Centre national pour le développement du sport

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CROS : Comité régional olympique et sportif

DD ARS : Délégation départementale de l'agence régionale de santé

DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

DGS : Direction générale de la santé

DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale

ESTEBAN : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

GAPPA : Global action plan on physical activity

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut conseil de la santé publique

HEPA Europe : European network for the promotion of health-enhancing physical activity

HEPA PAT : Health-enhancing physical activity policy audit tool

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

MNT : Maladies non-transmissibles

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de santé

PAMA : Plan d'actions pour les mobilités actives

PDESI : Plan départemental des espaces, sites et itinéraires

PDIPR : Plan départemental des itinéraires de promenade et de randonnée

PDU : Plan de déplacement urbain

PEDT : Projet éducatif territorial

PLH : Programme local de l'habitat

PLU/PLUI : Plan local d'urbanisme / intercommunal

PNNS : Programme national nutrition santé

PNSSBE : Plan national sport-santé bien être

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé environnement

SCOT : Schéma de cohérence territoriale

SDAASP : Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public

SES : Schéma d'équipements sportifs

SFSP : Société française de santé publique

SRADDET : Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires

UFOLEP : Union française des œuvres laïques d'éducation physique

Le mot de Anne Vuillemin, Secrétaire générale, et Emmanuel Rusch, Président de la Société Française de Santé Publique

La Société Française de Santé Publique (SFSP) s'est engagée depuis de nombreuses années dans la promotion d'une activité physique bénéfique pour la santé (abrégié HEPA pour Health-Enhancing Physical Activity), notamment au travers du soutien qu'elle a apporté à sa place grandissante dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), et des collaborations qu'elle a pu établir avec l'Université de Lorraine et l'Université Côte d'Azur. La SFSP reconnaît l'activité physique en tant que déterminant de santé majeur, sur lequel il est possible d'agir. L'activité physique favorise une approche positive de la santé et son caractère multisectoriel permet de contribuer à répondre à des enjeux sociétaux nombreux et variés.

Afin de donner une dimension européenne à son engagement en faveur de la promotion de l'activité physique, la SFSP a adhéré au réseau HEPA Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2014. Dans ce cadre, elle a initié un travail de recensement des politiques HEPA au niveau national, au moyen d'un outil spécialement conçu à cet effet (HEPA Policy Audit Tool - PAT), participant ainsi à une dynamique européenne lancée par l'OMS. Un travail similaire a été mené en parallèle en Belgique, qui a permis de procéder à une comparaison des acteurs publics nationaux, français et belges, engagés dans la promotion de l'HEPA.

L'analyse des politiques nationales de promotion de l'HEPA s'est considérablement développée au cours des dernières années, et des études suggèrent que ces politiques nationales doivent être soutenues par le niveau local pour permettre d'accroître le niveau d'activité physique de la population. Cependant, les études portant sur l'analyse de ces politiques au niveau local sont encore peu nombreuses. En France, des travaux visant à analyser la déclinaison et la mise en œuvre du PNNS et du Plan Régional Sport Santé Bien-Être au niveau local ont été menés, mais ils ne portaient pas spécifiquement sur le développement par une ville d'une politique de promotion de l'HEPA intégrée. Toutefois, l'activité physique a comme force et particularité de s'insérer dans différents secteurs d'activité (santé, sport, transport, urbanisme, social, environnement, éducation, etc.) et peut potentiellement impliquer une multiplicité d'acteurs conduisant à réfléchir au développement de l'« HEPA dans toutes les politiques », sur le modèle de l'approche de la santé dans toutes les politiques.

Le niveau local dispose d'une capacité à définir et mettre en œuvre des politiques plus à même de soutenir le développement d'un mode de vie physiquement actif en utilisant une approche multisectorielle dans un contexte intégré. Ainsi, les bénéfices associés au développement de politiques de promotion de l'HEPA peuvent être augmentés par la mise en œuvre de politiques intersectorielles, coordonnées. L'enjeu est donc de soutenir les élus et les techniciens des collectivités territoriales dans le développement de politiques de promotion de l'HEPA en vue d'inciter les personnes à adopter un mode de vie physiquement plus actif. Le développement de ces politiques peut à la fois être un résultat à atteindre et un moyen d'atteindre d'autres résultats. En effet, il a été montré que la conception d'environnements qui rendent l'activité physique attrayante et commode est susceptible d'avoir des retombées non seulement sur les différentes dimensions de la santé mais également sur l'environnement et l'économie.

Si l'outil HEPA PAT offre un cadre d'analyse des politiques nationales, il n'est pas adapté au niveau local. La SFSP a alors souhaité compléter l'approche nationale en interrogeant la place des entités locales dans l'élaboration de politiques HEPA. Elle a ainsi proposé une adaptation de l'outil HEPA PAT au niveau local, sous la forme d'un cadre d'analyse des politiques locales HEPA : le CAPLA-Santé.

Ce travail se veut donc structurant pour les collectivités territoriales en proposant un cadre d'analyse des politiques locales Activité Physique-Santé favorisant la collaboration intersectorielle des différents acteurs impliqués et permettant d'initier ou d'améliorer le développement de politiques de promotion de l'HEPA. Le CAPLA-Santé permet de mobiliser les acteurs du territoire et peut ainsi contribuer à une réflexion et à une dynamique collective. Il permet également aux acteurs concernés de s'acculturer sur le sujet, de réaliser ensemble une analyse de la situation et de poser les cadres pour les politiques à venir. Il s'appuie sur une démarche intersectorielle favorisant les échanges entre les acteurs de différents secteurs (santé, sport, mobilités, environnement, éducation, etc.), tel que préconisé dans la Stratégie européenne sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 et dans le Plan mondial sur l'activité physique 2018-2030. Ce travail s'inscrit donc dans les préoccupations de l'OMS Europe et de son réseau HEPA Europe¹⁹, en particulier au travers de son groupe de travail « Policy-approaches to physical activity promotion ». Il permettra d'envisager des partages d'expériences entre les pays membres du groupe de travail et du réseau, ainsi que des comparaisons internationales, mais aussi de participer à la dynamique de promotion de l'HEPA engagée par l'OMS depuis de nombreuses années.



Anne Vuillemin, SFSP et Université Côte d'Azur



Emmanuel Rusch, Président de la SFSP

¹⁹ <http://www.euro.who.int/hepaeurope> (Consulté le 20/03/2019)

Le mot de Sonja Kahlmeier et Karen Milton, co-auteurs de l'outil HEPA PAT

Sonja Kahlmeier et Karen Milton sont membres du Réseau HEPA Europe (European Network for the promotion of Health-Enhancing Physical Activity). Elles sont co-auteurs de l'outil HEPA PAT (Health-Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool).

Formulating a national policy on health-enhancing physical activity (HEPA) provides support, consistency and visibility at the political level, and at the same time helps national government sectors, regional and local authorities, as well as other stakeholders and actors in the private sector to be more coherent and consistent by following common objectives and strategies. Such a policy can also increase accountability and inform the allocation of resources. Thus, action on policy development, content, implementation, monitoring and evaluation in countries is of great importance, and there is much to be learnt from sharing information, experiences and best practices among countries on how to engage with and implement action plans across multiple sectors.

However, it was not until the early 2000s that evidence started to emerge on the essential attributes of successful development and implementation of a population-wide approach to the promotion of physical activity across the life course. In 2011, in collaboration with HEPA Europe and 7 pilot countries, the WHO Regional Office for Europe developed a method and protocol for compiling and communicating country-level policy responses on physical inactivity, called the HEPA Policy Audit Tool (PAT). The PAT is structured around a set of 17 key criteria, which were identified based on experiences from several previous guidelines and comparisons of physical activity policy. A second, updated version of the PAT was launched in 2015, and in 2017 a dissemination template was launched. The PAT has now been extensively tested and found to be useful, and also an effective catalyst and support for policy development, as it can foster exchange between the relevant national stakeholders who often do not have a close working relationship.

However, in some cases relevant activities are taking place on the sub-national level and the PAT has so far not captured many details on this. Therefore, the present pilot project to apply the HEPA PAT to the sub-national level is of great value and can serve as a basis to develop an adapted PAT for the sub-national level later on.



For the HEPA PAT team

Sonja Kahlmeier, University of Zurich, Switzerland

Karen Milton, University of East-Anglia, United Kingdom



Un consensus : l'activité physique est bénéfique pour la santé

Le consensus des gouvernements et des communautés scientifiques concernant les bienfaits de la pratique d'une activité physique sur la santé existe aujourd'hui. De l'échelle mondiale à l'échelle locale, tous reconnaissent l'activité physique-santé comme une des solutions pour lutter contre l'augmentation de la prévalence des maladies non-transmissibles (MNT), l'inactivité physique et la sédentarité. De nombreuses stratégies politiques témoignent de cet intérêt et servent alors de fondement à la mise en œuvre d'une politique activité physique-santé (AP-Santé) sur les plans international, national ou local.

L'activité physique, une solution pour réduire la prévalence des maladies non-transmissibles

A l'heure actuelle, l'augmentation de l'incidence des MNT telles que le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques sont reconnues comme problème de santé publique majeur.

Il est démontré qu'une activité physique régulière agit sur la prévalence des MNT en réduisant le risque de cardiopathie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral. Elle permet également d'agir sur la réduction du diabète de type II, de l'hypertension, du cancer du côlon, du cancer du sein et de la dépression²⁰. En se basant sur près de 1 800 références bibliographiques, la dernière expertise de l'INSERM (2019), recommande d'intégrer quasi-systématiquement l'activité physique en prévention et en traitement des MNT²¹. L'activité physique est par ailleurs considérée comme un déterminant essentiel de l'équilibre énergétique grâce à ses fonctions de dépense énergétique et de contrôle du poids²². La Haute autorité de santé (HAS) reconnaît d'ailleurs, depuis 2011, le bénéfice de la prescription d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse pour les patients atteints de maladies chroniques²³.

²⁰ Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2019

²¹ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques> (Consulté le 20/03/2019)

²² OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010

²³ Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. (Rapport d'orientation). Haute Autorité de santé, 2011

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Dans un objectif de santé publique, le gouvernement a établi des recommandations de pratique. Elles ont été publiées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en 2016 dans le rapport « Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité »²⁴ qui formule des recommandations sur la pratique d'activité physique bénéfique pour la santé. L'Anses propose des recommandations adaptées aux différents groupes de populations : enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, femmes enceintes, etc. L'objectif est ainsi de permettre l'adoption d'un mode de vie actif dès le plus jeune âge et ce, dans un environnement favorable. Ces recommandations constituent les références de base essentielles aux déclinaisons régionale, départementale et locale destinées aux acteurs mobilisés dans l'élaboration des politiques de lutte contre les MNT. Elles ont été également reprises et diffusées par Santé publique France²⁵.



Suite à l'évolution des données scientifiques et aux rapports récents de l'Anses et à l'avis du Haut conseil de santé publique (HCSP), la Direction Générale de la santé (DGS) a chargé Santé publique France de l'actualisation des recommandations relatives à l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité à diffuser auprès de la population adulte. Ces nouvelles recommandations²⁶ simples, pratiques et accessibles ont notamment pour objectif d'aider la population à adopter un mode de vie plus actif. Fondées sur une démarche scientifique, les recommandations encouragent les personnes à faire davantage d'activité physique, mais aussi à réduire le temps passé assis dans la journée. En effet, un individu peut à la fois être actif, c'est-à-dire faire du sport ou des activités physiques tel qu'il est recommandé, mais aussi être très sédentaire, c'est-à-dire passer beaucoup de temps assis et souvent de façon prolongée dans sa vie quotidienne.

Entre 2006 et 2015, en France, le niveau d'activité physique a diminué chez les femmes quel que soit leur âge. Il a augmenté chez les hommes de 40-54 ans et est resté stable dans les autres classes d'âge²⁷. La population française peine à atteindre les niveaux de recommandations d'activité physique.

²⁴ <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

²⁵ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes> (Consulté le 20/03/2019)

²⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/4993/37683/version/7/file/DP-Reco-Nutritionnelles-220119.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

²⁷ Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

L'évolution de l'inactivité physique et de la sédentarité, une préoccupation politique

L'accroissement des modes de vie sédentaires tend à priver une majorité d'individus d'une dépense physique minimale nécessaire à un maintien du corps en bonne santé. L'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) publiée en 2017 explicite d'ailleurs que « En France entre 2006 et 2015, près de 90 % des adultes (sans distinction entre hommes et femmes, ni en fonction du niveau de diplôme) déclaraient 3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour et 41% plus de 7 heures »²⁸.

Le manque d'activité physique et l'augmentation du niveau de sédentarité des populations amènent à une préoccupation croissante des politiques à ce sujet. Cette problématique de santé publique conduit les gouvernements à apporter des réponses stratégiques et opérationnelles par le biais de documents politiques comme en témoignent les nombreuses stratégies politiques internationales élaborées au cours de ces dernières années telles que *Physical Activity Strategy 2016-2025* élaborée par le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe ou encore le *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030* de l'OMS. En France, le développement de l'AP-Santé est inscrit comme une priorité de santé publique au sein de nombreux plans et documents, généralistes ou thématiques comme par exemple la Stratégie Nationale de Santé²⁹. Les politiques mises en place au niveau national font l'objet de déclinaisons aux niveaux régional et local, (Projet Régional de Santé (PRS), ateliers santé ville, ...).

La « Santé dans toutes les politiques »

En 2000, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé a confirmé la nécessité de dépasser les limites sectorielles. En 2006, l'Union européenne a introduit le principe de *La santé dans toutes les politiques*, une stratégie visant des répercussions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques intersectorielles³⁰. Cette dynamique promeut l'action transversale et collective, l'un des piliers du mouvement de « Santé dans toutes les politiques » basé sur les travaux de Ståhl³¹. Ainsi, les différents textes et travaux intégrant le principe de gouvernance partagée ont contribué à renforcer peu à peu l'intérêt d'une démarche intersectorielle, tout particulièrement dans le secteur de la santé. Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS a largement participé à la mise en œuvre de ce principe sur le territoire en soutenant la coopération entre les villes et entre les intercommunalités ayant la volonté de mener des politiques favorables à la santé³².

²⁸ Ibid.

²⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf (Consulté le 23/03/2019)

³⁰ Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

³¹ Ibid.

³² <http://www.villes-sante.com/le-rfvs/mission-statuts/> (Consulté le 20/03/2019)

Les déterminants de l'AP-Santé sont multisectoriels. Il est donc nécessaire d'agir sur différents leviers et contextes de pratique de l'activité physique de la vie quotidienne comme par exemple lors des déplacements, lors des activités professionnelles, durant les loisirs ou dans le cadre domestique. L'intégration de l'activité physique bénéfique pour la santé au sein de politiques sportives ou de santé n'est donc pas suffisante. La réflexion nécessite aussi d'être intégrée dans le cadre des autres politiques (urbanisme, emploi, transport, logement, etc.) car elles jouent un rôle essentiel dans la pratique d'une activité physique. C'est essentiellement à ce titre qu'une place plus importante pourra être donnée à l'activité physique dans les modes de vie, au quotidien et tout au long de la vie. Cela invite à repenser d'abord les temps de l'enfance et de la jeunesse, pierre angulaire de la construction sociale du goût et de la mise en place d'habitudes de vie pour les enfants et les jeunes, mais aussi les temps de la vie professionnelle. L'enjeu de la conciliation entre activités concurrentes est effectivement prédominant, ainsi que les temps de la retraite et de la perte d'autonomie³³.

L'élaboration de politiques AP-Santé intégrées à d'autres politiques et d'autres contextes est actuellement un principe appliqué au niveau national. Il nécessite d'être décliné au niveau local.

Le rôle primordial de l'échelon local pour l'AP-Santé

En France, les politiques nationales sont déclinées et adaptées au territoire, à différents échelons (régional, départemental, local, etc.). Les processus de décentralisation et de déconcentration permettent une action de proximité grâce à des transferts de compétences que le niveau national ne possède pas ou ne peut pas appliquer directement sur chaque territoire. L'action des pouvoirs publics locaux est, à ce titre, indispensable et complémentaire des politiques nationales. C'est aussi à l'échelon local que peuvent être adaptées de manière fine les politiques nationales aux besoins des populations et des territoires. Le rapport sur *l'activité physique et pratique sportive pour toutes et tous de France* Stratégie rappelle d'ailleurs que « Si l'approche par type de publics est indispensable pour être au plus près des besoins des usagers, la structuration d'une offre au niveau local ne peut passer que par une réflexion au niveau du territoire concerné, au plus près des besoins et des caractéristiques (en termes tant de public concerné que d'offre disponible) »³⁴. Leurs compétences en matière de transport, d'équipement sportif pour l'éducation physique et sportive, de promotion de la santé, d'aménagement du territoire font des villes et des intercommunalités des acteurs pertinents pour une action intersectorielle et concertée sur l'AP-Santé. Les politiques et initiatives menées par les Villes-Santé de l'OMS en témoignent³⁵.

³³ <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-activite-physique-sportive-22-11-2018-web.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

³⁴ *ibid.*

³⁵ http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_villes_sante_en_actions-1.pdf (Consulté le 20/03/2019)

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Les leviers de développement des politiques locales AP-Santé

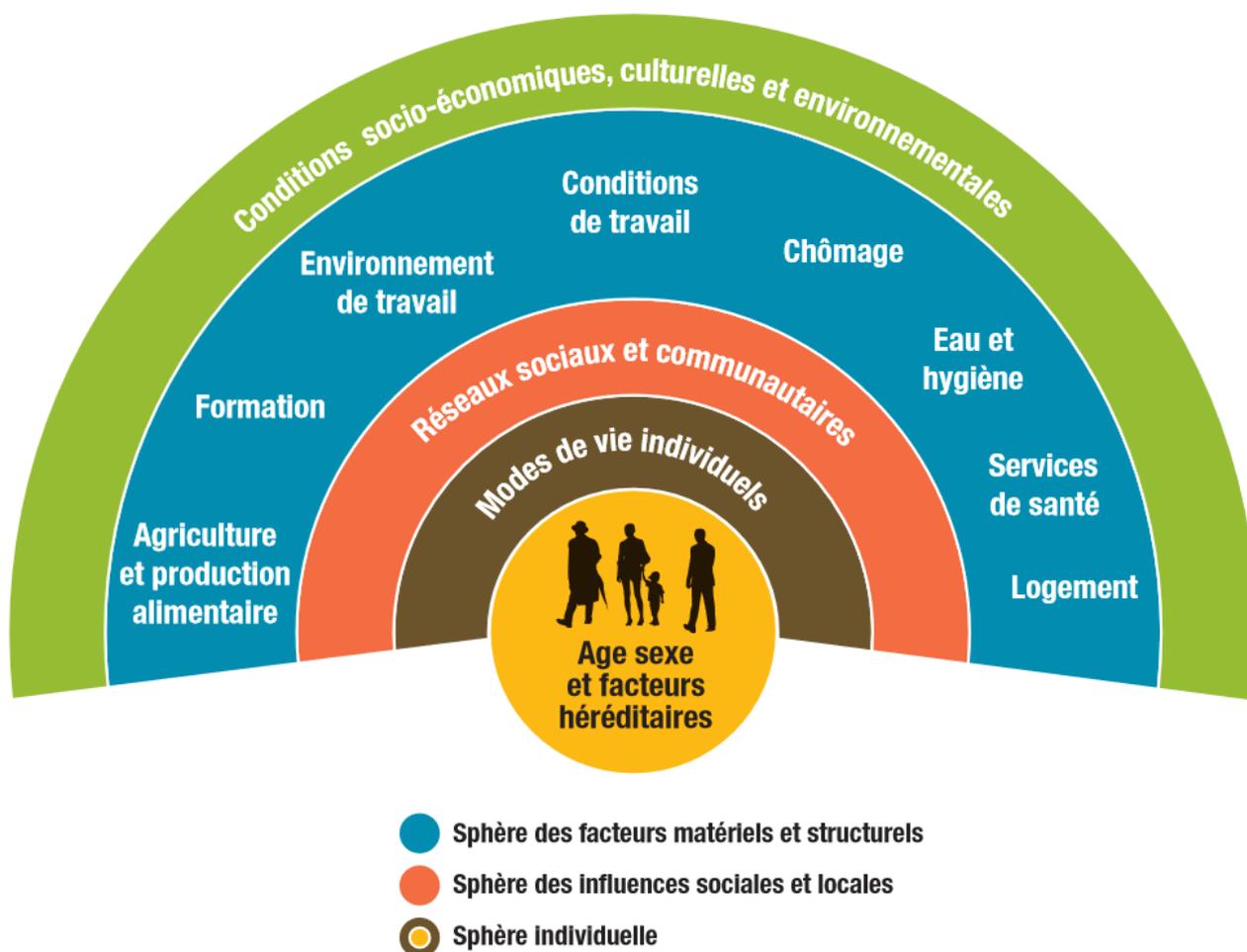


Figure 1 – Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead (1991) issu du guide «Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils» ; Guide EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL A., LE GALL J., POTELON J-L., et CUZIN Y., 2014.³⁶

Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) présente les déterminants de la santé en 4 niveaux qui interagissent les uns avec les autres comme l'illustre la figure ci-dessus. Les politiques publiques se situent en particulier dans le quatrième niveau de la figure nommé « conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » qui englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble.³⁷

³⁶ <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

³⁷ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp> (Consulté le 20/03/2019)

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Les collectivités territoriales et les intercommunalités sont des acteurs essentiels pour agir sur les conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales sur lesquelles l'individu seul n'a que très peu d'influence. Les liens entre environnement et santé représentent d'ailleurs pour elles un levier d'action primordial. En effet, c'est en agissant en transversalité, en mettant la santé dans toutes les politiques publiques, que les collectivités locales peuvent agir sur les déterminants de la santé, et atteindre toutes les populations, avec leurs différences. Le travail en partenariat et en transversalité avec différents secteurs permet d'agir sur le cadre de vie et d'améliorer la qualité de vie et la santé des individus³⁸.

Le modèle socio-écologique de Dahlgren et Whitehead a été adapté à l'activité physique par Booth en 2001. Il a effectivement développé un modèle des facteurs influençant la pratique de l'activité physique.

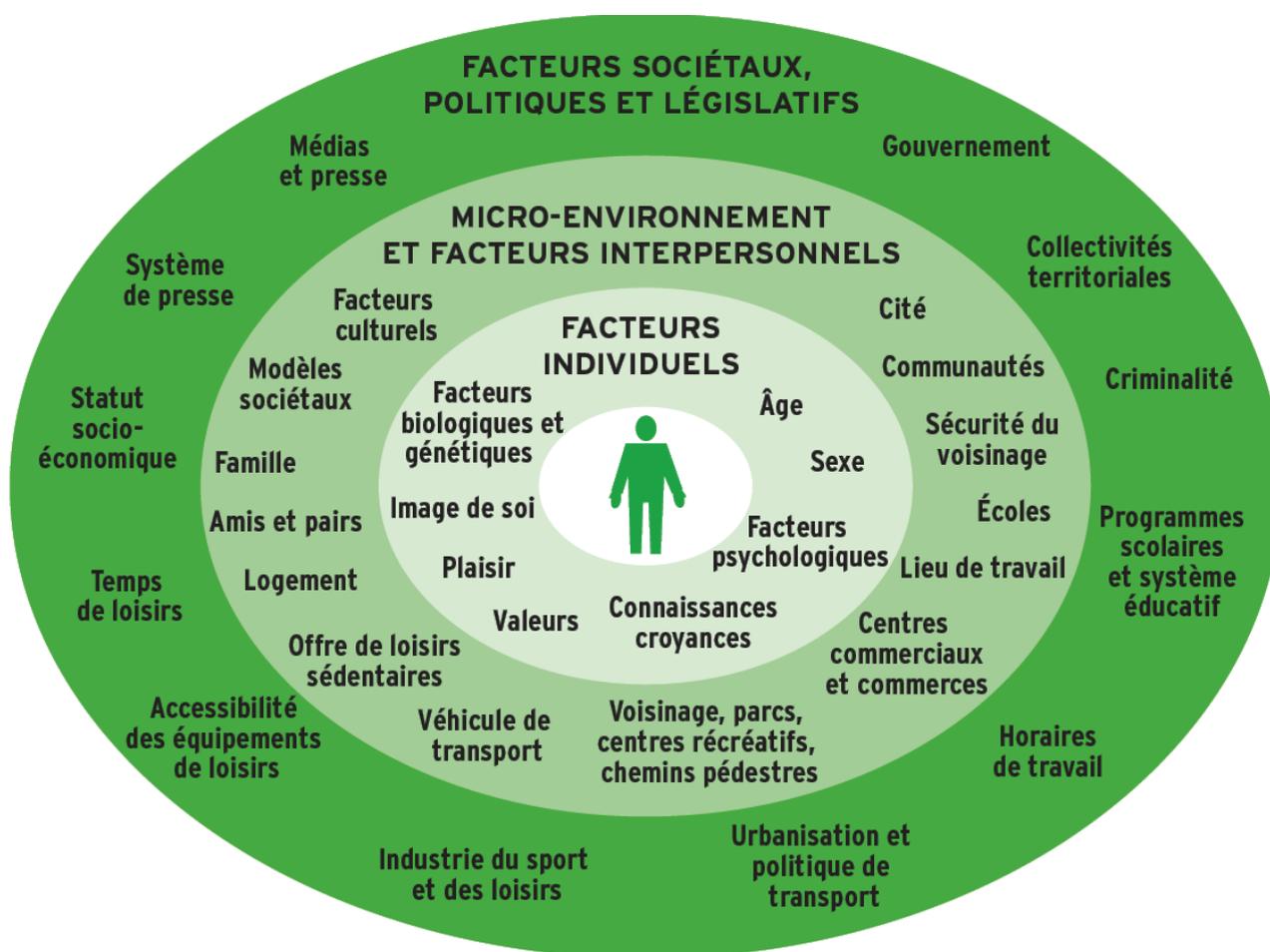


Figure 2 - Acteurs qui influencent la pratique de l'activité physique, d'après Booth issu de l'ouvrage : Rostan F., Simon C., Ulmer Z. dir. Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : 188 pages.³⁹

³⁸ http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf (Consulté le 20/03/2019)

³⁹ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

Tout comme le modèle socio-écologique de la santé, le modèle de Booth nécessite de prendre en considération le contexte social, culturel, physique et organisationnel, sur lequel l'individu a très peu d'influence. L'Etat, comme les collectivités territoriales, sont donc des acteurs qui influencent la pratique de l'activité physique.

Au plan local, il s'agira surtout de favoriser une structuration de l'offre d'activité physique au niveau territorial le plus pertinent. Pour cela, plusieurs pistes peuvent être envisageables, en valorisant notamment l'aspect intersectoriel : « Favoriser des programmes se caractérisant par une période suffisamment longue de déploiement et de suivi (plusieurs années), par une approche transversale et multi-partenariale et par une méthodologie facilement appropriable, peut s'avérer pertinent pour les relations de travail concrètes qu'ils permettent de développer entre services distincts.⁴⁰»

⁴⁰ <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-activite-physique-sportive-22-11-2018-web.pdf>
(Consulté le 20/03/2019)

Le CAPLA-Santé, comment a-t-il été construit ?

Le CAPLA-Santé est issu d'une adaptation de l'outil d'analyse des politiques publiques d'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA PAT) élaboré par le réseau l'OMS Europe. Dans cette optique, la Société Française de Santé Publique a mené avec l'Université Côte d'Azur, depuis le mois de septembre 2017, un processus d'adaptation de l'outil HEPA PAT pour l'échelon local avec un groupe d'experts.

Le CAPLA-Santé a fait l'objet de 5 séminaires d'adaptation de l'outil HEPA PAT France au niveau local de septembre 2017 à juillet 2018. L'objectif était d'aboutir à la construction d'une version test, de tester l'outil avec plusieurs collectivités territoriales et de finaliser le CAPLA-Santé. Ces séminaires ont réuni des experts issus de ministères, d'universités, de sociétés savantes et du mouvement sportif. Les membres de ce groupe ont également contribué à l'écriture et à la relecture des différents documents.

Le CAPLA-Santé, quels objectifs ?

- ➔ Faciliter l'identification des politiques AP-Santé au niveau infranational (local, départemental, régional).
- ➔ Etre un outil d'aide à la décision et un support de plaidoyer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques AP-Santé.
- ➔ Instaurer ou conforter une dynamique d'action collective en élargissant le dialogue sur la question de l'AP-Santé.
- ➔ Servir de catalyseur pour améliorer les collaborations dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques locales.
- ➔ Questionner les différents niveaux infranationaux (local, départemental, régional) pour que les acteurs locaux puissent identifier les politiques importantes et acteurs clés du territoire.

Le CAPLA-Santé, à qui est-il destiné ?

ACTEURS LOCAUX

Elus locaux

Agents des
collectivités
territoriales et des
intercommunalités

Chefs de projet
d'associations (IREPS,
CROS), de mutuelles,
d'universités, etc.

Réseaux de
santé, réseaux
sport-santé
bien-être, etc.

Le CAPLA-Santé, dans quel cadre l'utiliser ?

- Dans le cadre d'un état des lieux des politiques locales AP-Santé élaboré sur un territoire.
- Dans le cadre de l'analyse d'une politique locale d'activité physique afin de contribuer à la définir, la renforcer, la réorienter.
- Dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé préalable à la création ou au renouvellement d'un contrat local de santé, d'un atelier santé ville, etc. Le CAPLA-Santé permet d'approfondir l'axe *développement de l'AP-Santé, lutte contre la sédentarité*, ... Il peut constituer un outil pertinent de diagnostic, compte tenu du fait que de nombreux programmes locaux de santé intègrent la promotion de l'AP-Santé comme un axe spécifique ou comme un objectif transversal à poursuivre dans le cadre de la lutte contre les MNT (prévention de l'obésité, prévention des cancers, prévention des maladies cardiovasculaires, maintien de l'autonomie des personnes âgées, préservation de la qualité de vie et de l'environnement, ...).
- Dans le cadre de l'observation et de l'analyse des politiques locales AP-Santé en France. Il permet de faire une analyse transversale de ces politiques en regroupant les données issues de plusieurs territoires afin de dégager des éléments susceptibles d'aider à la construction et à la mise en œuvre d'une politique locale.

Quelles données sont collectées dans l'outil d'analyse ?

Afin de dresser une vue d'ensemble des politiques AP-Santé déployées sur un territoire et d'apprécier les mécanismes de collaboration et de coordination intersectoriels présents, **l'outil d'analyse (02.outil_analyse)** fourni dans le CAPLA-Santé permet de collecter des données locales concernant 6 chapitres :

CHAPITRE 1

Vue d'ensemble des acteurs de l'AP-Santé sur le territoire
Questions 1 à 5

CHAPITRE 2

Documents de cadrage
Questions 6 à 8

CHAPITRE 3

Contenu des politiques
Questions 9 à 14

CHAPITRE 4

Financements et engagement politique
Question 15

CHAPITRE 5

Etudes et mesures relatives à l'AP sur le territoire
Questions 16 à 18

CHAPITRE 6

Progrès réalisés et défis à relever
Questions 19 à 21.C

A quoi servent les autres documents ?

- ➔ **La grille d'entretien (03.grille_entretien)** a pour objectif de guider l'utilisateur du CAPLA-Santé dans la passation d'entretiens individuels permettant de réunir l'ensemble des informations nécessaires au remplissage de l'outil d'analyse. L'objectif de la grille est de faciliter la prise en main d'un entretien semi-directif et de permettre à l'interviewé de s'exprimer plus aisément sur le sujet de l'AP-Santé.
- ➔ **Le récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)** propose une liste des principaux documents de cadrage AP-Santé (obligatoires ou facultatifs) développés au niveau régional, départemental ou local qui permettent de guider l'étape de recherche documentaire.

- **Le récapitulatif des sources de financements (05.financements)** recense les sources de financement des politiques infra-nationales permettant le développement de l'activité physique. Il peut être utilisé en complément de la grille d'entretien afin d'orienter les relances des questions.
- **Le récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)** recense les principales sources de données, enquêtes et études relative à l'activité physique au niveau infra-national. Il peut également être utilisé en complément de la grille d'entretien afin d'orienter les relances.
- **La synthèse (07.synthese)** a pour but d'identifier rapidement les acteurs et les leviers à utiliser ou à renforcer pour améliorer les politiques AP-Santé. Elle peut également servir de support de plaidoyer ou de communication en interne ou auprès des autres institutions, des structures locales et des citoyens.
- **La synthèse fictive (08.synthese_fictive)** est un exemple de synthèse d'une commune fictive et peut être utilisée comme modèle lors du remplissage de la synthèse.

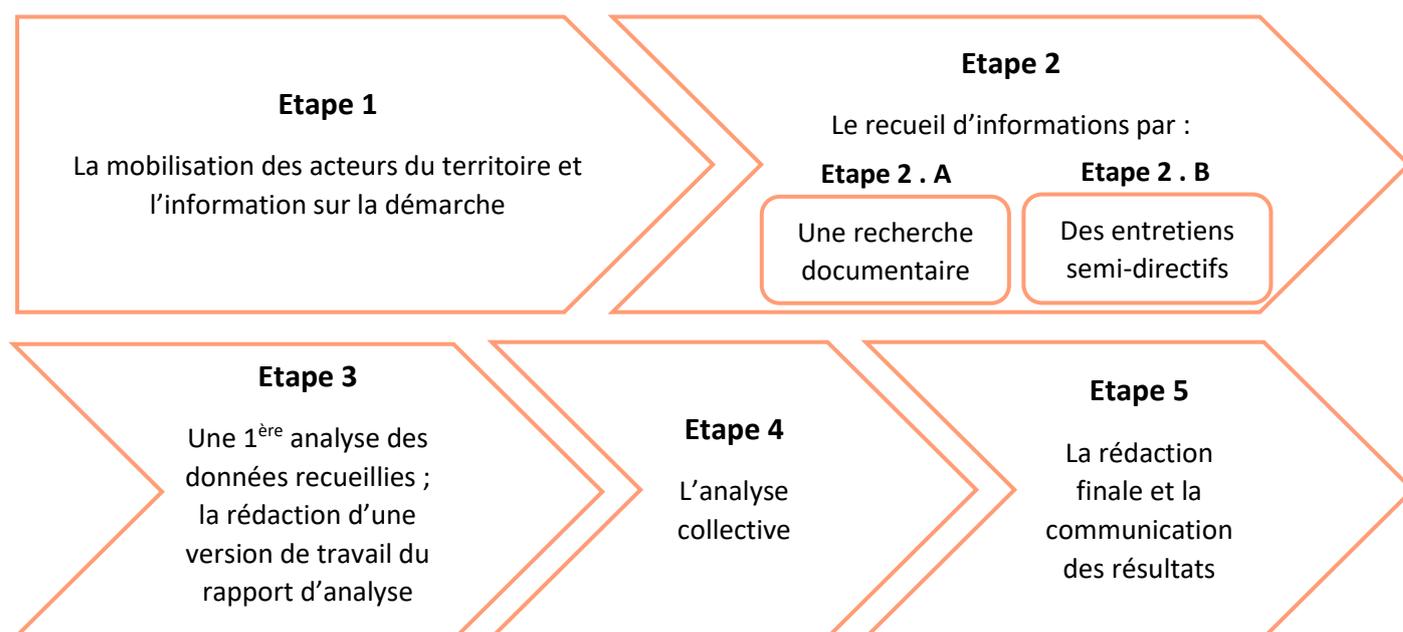
Se poser les bonnes questions ...

Compte-tenu des moyens mobilisés et de la nature de l'outil, mieux vaut être sûr de la pertinence du choix de cet outil avant de s'engager dans une démarche d'utilisation du CAPLA-Santé. Ces quelques questions peuvent vous y aider :

- Existe-t-il une commande explicite d'un élu, d'une structure/institution, d'un groupe de pilotage de réaliser un état de lieux de la politique AP-santé sur votre territoire ?
- Cette commande s'inscrit-elle dans une volonté de s'engager dans l'élaboration/le réajustement d'une politique AP-santé sur le territoire ?
- L'existence d'une synthèse/d'un état des lieux de la politique AP-santé vous paraît-elle un levier efficace pour contribuer à mobiliser les acteurs du territoire ?
- Le CAPLA-Santé apportera-t-il des informations nouvelles susceptibles d'éclairer la décision et l'action ?

Les réponses sont différentes selon les territoires et conduisent de ce fait à des utilisations distinctes du CAPLA-Santé. Il peut s'agir d'un outil de plaidoyer, d'un support de communication, d'une base d'orientation pour le développement de l'AP-Santé, d'un levier de mobilisation et de collaboration des acteurs du territoire, etc.

La méthode



La méthode du CAPLA-Santé comprend les étapes de recherche documentaire, d'entretiens semi-directifs, d'analyse des données et de traitement collectif avant la rédaction finale telle que présentée ci-dessus. Cela nécessite de prévoir les ressources nécessaires (à la fois en temps et en compétences). Lors de l'expérimentation, le chef de projet a eu besoin, en moyenne, de 20 journées de travail pour mener le CAPLA-Santé d'un territoire. Ces 20 journées se répartissent sur plusieurs mois. Il est conseillé de ne pas dépasser 12 mois de projet, pour s'assurer de la validité des politiques. L'application de la méthode du CAPLA-Santé peut incomber à une seule personne ou être répartie entre plusieurs personnes en fonction du temps disponible et des compétences.

ALTERNATIVE

Si le porteur du CAPLA-Santé ne peut y consacrer le temps et les moyens nécessaires, un niveau de remplissage moins complet et précis peut être envisagé.

Le porteur mobilise l'ensemble des acteurs liés à l'AP-Santé sur le territoire et organise un **recueil d'information collectif de l'outil** en **plusieurs séminaires**. Les étapes 2 (recueil d'informations) et 3 (analyse des données) sont supprimées. Il est néanmoins primordial de prévoir plusieurs temps de travail collectif afin de permettre à la fois le recueil d'informations le plus complet possible et à la fois l'analyse partagée des politiques locales AP-Santé, temps essentiel à la construction et au développement d'une collaboration intersectorielle.

Cette méthode alternative ne sera pas développée dans le guide d'accompagnement. Dans l'hypothèse où cette démarche est envisagée, le porteur du CAPLA-Santé mène les différents séminaires comme il l'entend. L'objectif étant de s'approcher de la démarche complète de remplissage.

Etape 1 : La mobilisation des acteurs du territoire et l'information sur la démarche



Identifier une personne référente sur le territoire dont la mission sera :

- de faire le lien avec les acteurs y compris les élus pour présenter la démarche,
- de faire le lien avec le chef de projet pour l'organisation logistique,
- d'identifier les acteurs clés pour les entretiens semi-directifs,
- d'identifier les acteurs à inviter dans le cadre de la réunion d'analyse collective.

Le critère de choix principal de la personne référente est une bonne connaissance du territoire et de ses ressources et une implication dans la politique AP-Santé. Cette personne est un technicien.ne, chargé.e de mission/chef de service, élu.e des domaines santé ou sport ou environnement/mobilité/transports, ou d'un autre domaine dès lors qu'elle remplit les critères ci-dessus.

Identifier les personnes ressources pour les entretiens

La phase d'entretiens **comporte trois entretiens minimum**. Les domaines à privilégier pour ces entretiens sont la santé, le sport et la mobilité/environnement/transports. L'idéal est de rencontrer lors de ces entretiens l'élu et le technicien pour bénéficier des points de vue à la fois techniques et politiques. Le nombre d'entretiens peut bien entendu être plus important ; plus le nombre d'interlocuteurs et de domaines sera varié plus l'état des lieux sera riche.

Propositions de ressources supplémentaires

L'utilisation du CAPLA-Santé peut incomber à une seule personne ou être répartie entre plusieurs personnes et structures en fonction de leur temps disponible et de leurs compétences.

Certaines étapes peuvent plus facilement être déléguées ou travaillées par plusieurs personnes et structures sous la coordination du porteur du CAPLA-Santé. Il s'agit notamment de la recherche documentaire, la réalisation des entretiens individuels, la préparation et la co-animation des séances collectives ou la réalisation de la synthèse. Le porteur du CAPLA-Santé devra veiller en particulier à la cohérence d'ensemble, à l'appropriation par les intervenants de la notion d'AP-Santé et au travail intersectoriel.

Etape 2 : Le recueil d'informations



A . La recherche documentaire

La recherche documentaire a pour objectif de répondre à la question 6 du chapitre 2 de l'outil d'analyse portant sur les documents de cadrage qui impactent le territoire, qu'ils émanent d'institutions régionales, départementales ou locales. Il s'agit d'identifier les documents politiques, stratégies, plans, schémas, délibérations relatives à la politique AP-Santé. Sont concernés tous les textes exclusivement consacrés au développement d'une politique AP-Santé mais aussi les textes incluant un axe ou des objectifs AP-Santé dans le cadre, par exemple, d'une politique de transports, environnementale, éducative, politique de la ville.

Afin d'améliorer la compréhension des documents de cadrage, une lecture des principales politiques nationales peut également être réalisée. Pour cela, il est conseillé de se référer à la synthèse des résultats HEPA-PAT France⁴¹ ainsi qu'aux autres documents-clés nationaux disponibles page 33-34 du guide.

PRÉCONISATIONS

La collecte d'informations est facilitée en cherchant d'abord les documents politiques qui impactent votre territoire au niveau régional, puis au niveau départemental, puis au niveau local.

POINT DE VIGILANCE

Les politiques de transports, environnementales n'intègrent que très rarement explicitement l'AP-Santé sous ce terme. Elles mentionnent le développement de modes doux, déplacements actifs, pistes cyclables, etc. Mais l'objectif affiché n'est pas explicitement un objectif de santé. Elles sont tout de même à intégrer au rapport d'analyse dans la mesure où elles contribuent à une politique AP-Santé en étant un déterminant à celle-ci.

⁴¹ <https://www.sfsp.fr/content-page/165-les-projets-de-la-sfsp/2190-hepa-pat-health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat> (Consulté le 27/03/2019)

Sont intégrés à la recherche documentaire des supports (articles, rapports, vidéos, ...) qui témoignent d'une volonté politique de développement de l'AP-Santé sur le territoire : par exemple un article du journal municipal qui mentionnerait l'implication de la commune dans le développement de pistes cyclables, dans la promotion des associations AP-Santé, un cahier des charges/appel à projet mentionnant explicitement un objectif de développement de l'AP-Santé sur un territoire, etc. Ce type de publication peut-être identifié au cours de la recherche documentaire mais il est le plus souvent mentionné dans le cadre des entretiens avec les acteurs du territoire.

EXEMPLE DE MOTS CLÉS POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Activité physique, sport, mobilité active, jeux actifs, aires récréatives, aire de jeux, mobilités douces, transport actif, mobilité active, vélo, marche, parcs et jardins, équipement sportif, environnement, santé, politique de santé, etc.

Afin de guider la recherche documentaire, une liste des principaux documents de cadrage (obligatoires ou facultatifs) développés généralement aux niveaux régional, départemental ou local sont récapitulés dans un tableau des documents de cadrage. Cette liste est disponible en consultant le tableau récapitulatif des documents de cadrage AP-Santé « 04.documents_cadrage ».

Les résultats de la recherche documentaire pour la question 6 seront complétés dans le cadre des entretiens et de l'analyse collective.

B . Les entretiens semi-directifs avec quelques personnes ressources du territoire

La grille d'entretien porte sur l'ensemble des questions de l'outil d'analyse. La durée des entretiens est très variable. Ils durent la plupart du temps entre une heure et une heure trente.

Les entretiens sont menés à l'aide de la grille consultable « 03.grille_entretien » et sont enregistrés. Cette grille suit les rubriques de l'outil d'analyse mais permet de recueillir des informations les plus détaillées possibles ; elle propose notamment des questions de relance pour préciser les propos des acteurs rencontrés.

La spécificité d'une grille d'entretien est qu'elle permet notamment de valider, au cours de la rencontre, le fait que les acteurs donnent bien toutes les informations nécessaires au remplissage des différentes rubriques de l'outil d'analyse. Les acteurs de terrain déroulent souvent un discours assez riche à partir d'une question initiale : ils font rapidement référence par exemple, à leur expérience, aux actions menées et à leur contenu. La grille d'entretien n'est donc pas un questionnaire à suivre scrupuleusement dans l'ordre des questions⁴².

⁴² Pour en savoir plus : <http://www.anthropomada.com/bibliotheque/sardan.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

ALTERNATIVE

Si votre interlocuteur a peu de temps à vous consacrer, il est conseillé d'aborder en priorité les questions qui ne sont pas grisées. En effet, les questions grisées n'ont de sens que si elles sont discutées et validées lors de l'étape d'analyse collective (Etape 4).

Les questions grisées sont les questions 3, 4, 7, 17, 19, 20, 21, 21b, 21c.

Deux autres tableaux sont également disponibles en consultant les documents « 05.financements » et « 06.sources_donnees » et concernent les sources de financements ainsi que les sources de données, études et enquêtes relatives à l'AP. Ces deux tableaux peuvent être utilisés en complément de la grille d'entretien afin d'orienter les relances des questions :

Question 14 de la grille d'entretien : Quels financements connaissez-vous pour mettre en œuvre la politique AP-Santé du territoire ? (correspond à la question 15 de l'outil d'analyse)

Question 8 de la grille d'entretien : Lors de la phase d'élaboration des politiques AP-Santé de votre territoire, disposez-vous d'études réalisées sur votre territoire qui portent sur le niveau de pratique de l'activité physique ou qui mesurent la sédentarité ? (correspond à la question 16 de l'outil d'analyse)

Question 9 de la grille d'entretien : Y a-t-il eu des études sur les coûts et gains associés à l'activité physique sur le territoire ? (correspond à la question 18 de l'outil d'analyse)

L'analyse des données

Les entretiens enregistrés font l'objet d'une transcription intégrale. Il est nécessaire de transcrire les questions et les réponses. Comme toute analyse de discours, l'analyse des données doit être plus que la somme des propos des acteurs mis bout à bout. Elle doit permettre de bien faire apparaître les enjeux de la politique AP-Santé sur le territoire et particulièrement les modalités de collaboration, la nature des actions mise en œuvre, etc. C'est le croisement de différentes questions qui apporte une vision fine de la politique AP-Santé.

PRÉCONISATIONS

Si l'étape de transcription semble infaisable car le porteur ne dispose pas du temps, ni des moyens humains nécessaires, il est conseillé de limiter cette étape à l'écoute des enregistrements et à la retranscription directe des résultats sous forme de notes dans le questionnaire.

Comment traiter les données ?

Une fois les entretiens transcrits, il est conseillé d'en faire une copie pour conserver un exemplaire de chaque entretien dans son intégralité.

Deux méthodes sont possibles pour traiter les données :

1. Soit il s'agit de prendre la grille d'entretien dans l'ordre et rechercher, dans le premier entretien, les réponses correspondantes à la question (dans l'ensemble de l'entretien). La caractéristique de l'entretien semi-directif est qu'une partie ou des compléments de réponses aux questions peuvent s'être glissés n'importe où dans l'entretien. Dans ce cas, il est conseillé de **couper** la partie correspondante du discours et de la **coller** dans la rubrique dédiée de l'outil d'analyse. L'objectif étant de faire la même chose pour chaque question et pour chaque entretien.
2. Soit il est conseillé de lire le premier entretien et de suivre le discours pour couper et coller le texte transcrit dans la partie correspondante de l'outil d'analyse et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'entretien, et ce, jusqu'à ce que tout le texte ou presque soit coupé et intégré à l'outil d'analyse. Il convient de renouveler la même opération avec chaque entretien.

POINT DE VIGILANCE

Une réponse peut apporter des informations en lien avec plusieurs questions de la grille et peut s'intégrer dans plusieurs rubriques.

3. Une fois le travail de "découpage" réalisé, l'ensemble des réponses des entretiens sont mises bout à bout dans la rubrique correspondante de l'outil d'analyse. Il s'agit d'en rédiger une synthèse pour ne pas laisser de texte brut ou de répétitions, etc. Un texte spécifique est alors rédigé pour chaque question de l'outil qui fait la synthèse des réponses des acteurs.

POINT DE VIGILANCE

Les réponses ne sont pas toujours consensuelles. Dans ce cas, il faut faire apparaître les différences et les mettre en avant. Ces points seront particulièrement importants à discuter et à comprendre dans le cadre de l'analyse collective. Ils peuvent pointer des problématiques à travailler sur le territoire, sans pour autant nécessiter l'obtention d'un consensus.

POINT DE VIGILANCE

Il est important de compléter le chapitre 2, **Documents de cadrage**, avec les éléments apportés dans le cadre des entretiens.

Une vigilance particulière devra être apportée aux documents non disponibles en ligne ou n'apparaissant pas à l'aide des mots clés : par exemple des cahiers des charges envoyés aux structures associatives dans le cadre d'appels à projets, des études non diffusées, etc.

EXEMPLE DE TRAITEMENT DES DONNÉES COLLECTÉES LORS D'UN ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

LA QUESTION DE L'OUTIL D'ANALYSE

Q7. Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulée ? Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon plutôt cloisonnées ?
Précisez pourquoi.

LES RÉPONSES DES INTERLOCUTEURS

Entretien 1. « Je pense encore une fois, je vais un petit peu me répéter mais je reste convaincu qu'il y a des choses qui se mettent en place mais de manière émiettée, voilà, ça ne fait pas l'objet si vous voulez d'un plan, d'un contrat.

Le plus souvent ça émerge davantage de l'administration que du politique. Ce n'est pas le politique qui va se lever un matin et qui va se dire on va mettre en place des ateliers. On n'est pas dans une vision globale construite on est sur quelque chose, un empilement de ... »

Entretien 2. « Ce qu'on pourrait « critiquer » c'est de ne pas avoir assez de liens entre les différentes politiques. Mais on n'a pas de stratégies coordonnées avec les acteurs de la politique de la ville. Quand on parle de problématiques d'autonomie, c'est des personnes qui vont être en danger, sur les risques de perte d'autonomie peut-être beaucoup plus tôt que les populations que l'on côtoie habituellement aujourd'hui, donc c'est des vrais problèmes de santé publique pour le coup, pour lesquels il faut vraiment qu'on, donc c'est pour ça qu'on ne peut pas avoir une vision uniquement sectorisée et que c'est extrêmement important d'avoir, voilà partagé ensemble on va dire, des stratégies globales pour progressivement modifier peut-être des comportements et apporter des réponses concrètes par rapport à des problématiques qui sont bien identifiées.

Et donc si on se rapproche de mes collègues qui sont plus sur l'aspect santé, etc. ou insertion, d'autres sur l'environnement, la promotion des territoires, l'aménagement des territoires, etc. on arrive quand même à trouver, une forme de cohérence. Il faut à tout prix qu'on arrive, et ce travail en interne il faut continuer à le faire évoluer si on veut être plus performant. Mais voilà ça existe oui oui. »

Entretien 3. « La ville de xxx travaille actuellement sur un schéma de pistes cyclables. Qui est parallèle au travail que nous on mène sur le développement des déplacements doux. C'est-à-dire que nous on a plutôt une approche pratique du déplacement doux, les services techniques de la collectivité eux ont plutôt une approche mise en place des infrastructures nécessaires aux déplacements.

Donc c'est un travail de concertation entre la mise en place de vos fiches actions et le développement et l'aménagement d'infrastructures spécifiques ?

C'est ce qu'on souhaite. Après la réalité est, enfin tout est compliqué, mais c'est l'objectif qu'on s'est fixé effectivement.

On essaie d'être cohérent, on essaie d'être transversaux quand on porte une action. Mais même si on reste une petite ville où tout le monde se connaît, une petite collectivité où tous les agents se connaissent c'est quand même compliqué quand on met en place une action de penser à tous les volets que ça peut concerner sur xxxx. »

EXEMPLE DE TRAITEMENT DES TRANSCRIPTIONS

Au niveau départemental, il existe une volonté de ne plus sectoriser les politiques mais d'élaborer des politiques de manière transversale. Le département souhaite mener des politiques cohérentes, pas spécifiquement sur le sujet de l'AP-Santé. Actuellement, la démarche est initiée.

Au niveau de la commune, des politiques complémentaires sont menées mais sans concertation lors de l'élaboration des dites politiques. La volonté est également de travailler de manière concertée et coordonnée pour élaborer des politiques plus efficaces en lien avec l'AP-Santé. Démarche de transversalité et de collaboration intersectorielle engagée par la commune de xxxx dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions mais la démarche ne peut pour l'instant se limiter qu'à quelques secteurs impactés ou impactant l'action.

Les politiques du niveau départemental et régional n'impactent pas ou très peu le niveau local. Le fait que les initiatives existantes, à tout échelon, ne soient pas coordonnées mène à une confusion sur les outils et les capacités d'accompagnement qui peuvent exister sur le territoire.

Etape 3 : La 1^{ère} analyse des données recueillies

La rédaction d'une version de travail du rapport d'analyse



La première version du rapport d'analyse issue de la recherche documentaire et de l'analyse des entretiens constitue une base de travail pour l'analyse collective. Elle peut comporter des informations qui apparaissent comme contradictoires.

Le document sera envoyé une semaine avant l'analyse collective de manière à ce que toutes les parties prenantes puissent en prendre connaissance et l'amender.

Une première version de la synthèse est rédigée et fera elle aussi l'objet d'une validation. L'intérêt du document de synthèse est qu'il peut être diffusé auprès des acteurs du territoire, auprès de la population (via le site internet de la commune ou des sites des acteurs du territoire, etc.). Il permettra notamment aux personnes assistant à l'analyse collective de pouvoir connaître les informations principales si elles ne peuvent pas lire le rapport d'analyse.

Afin de faciliter l'écriture de la première version de la question 19 de l'outil d'analyse, voici quelques indications particulières pour le remplissage de la flèche :

Exemple de remplissage de la flèche



Etape 4 : L'analyse collective



Elle rassemble la personne ressource du territoire, les personnes ayant participé aux entretiens et des personnes identifiées avec le référent qui peuvent apporter un éclairage nouveau et jouer un rôle dans la suite du projet : élus, chefs de service, représentant de la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS), représentants d'associations, etc.

L'analyse collective a plusieurs objectifs :

- Donner à voir la démarche sur le territoire.
- Compléter et amender les résultats obtenus suite aux entretiens semi-directifs.
- Permettre de discuter des questions grisées afin d'obtenir - ou non - un consensus.
- Mener un plaidoyer auprès des acteurs du territoire pour poursuivre la réflexion sur l'élaboration d'une politique AP-Santé.
- Amorcer une dynamique sur le territoire pour l'élaboration ou le renforcement d'une politique AP-Santé.

L'analyse collective doit permettre de valider et de compléter l'ensemble des réponses recueillies pendant les entretiens individuels. Ainsi, il est nécessaire que l'ensemble des résultats soient présentés aux participants. Si le temps est limité, il est conseillé de centrer la discussion sur les questions dont les réponses peuvent être contradictoires et sur les questions grisées de l'outil d'analyse.

Les questions grisées sont les questions 3, 4, 7, 17, 19, 20, 21, 21b, 21c.

Remarque : la présence au cours de l'analyse collective d'un intervenant extérieur, maîtrisant la politique AP-Santé, pour animer ou prendre part au débat peut être intéressante : n'étant pas un acteur partie prenante du territoire, cet interlocuteur peut plus facilement faire émerger les différentes opinions, synthétiser, relancer pour faire préciser les divers points de vue.

Il peut également intervenir pour apporter une analyse, des recommandations, des explications et permettre ainsi d'amorcer, avec les acteurs du territoire, un plan d'action à court, moyen ou long termes, dans la suite de la démarche CAPLA-Santé. Pour plus d'informations, se référer à la partie « propositions de ressources supplémentaires » page 23 du guide d'accompagnement.

Etape 5 : La rédaction finale et la communication des résultats



Le rapport d'analyse et la synthèse sont modifiés en fonction de la production de l'analyse collective. Les deux documents sont ensuite diffusés à tous les participants de la démarche CAPLA-Santé. La synthèse peut être utilisée pour une diffusion plus large à d'autres acteurs. Son intérêt est qu'elle permet de rendre visibles, pour d'autres territoires, les initiatives, politiques, démarches enclenchées. La diffusion des deux documents permet d'une part de mettre à l'agenda la question de l'AP-Santé, d'amorcer ou d'approfondir la réflexion, et d'autre part de rendre visibles et de valoriser la démarche et les acteurs impliqués.

Documents-clés

Mondial

Global Action Plan on Physical Activity (GAPPA) 2018-2030 de l'OMS*

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

Dernière consultation le 20/03/2019

Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité et la santé

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226_fre.pdf?sequence=1

Dernière consultation le 20/03/2019

*Au 20/03/2019, la traduction française du document est en cours et sera prochainement disponible sur le site internet de l'OMS : <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>

Européen

Physical Activity Strategy for the WHO European Region 2016-2025

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf

Dernière consultation le 20/03/2019

National

Plan Vélo

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/09/dossier_de_presse_-_plan_velo_-_vendredi_14_septembre_2018.pdf

Dernière consultation le 20/03/2019

Recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité pour les adultes (Santé publique France)

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/4993/37683/version/7/file/DP-Reco-Nutritionnelles-220119.pdf>

Dernière consultation le 20/03/2019

Rapport Anses « Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et la sédentarité »

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

Dernière consultation le 20/03/2019

Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016-Chapitre-Activite-physique-et-sedentarite>

Dernière consultation le 20/03/2019

Plan d'Actions pour les Mobilités Actives (PAMA)

<https://www.cerema.fr/fr/centre-ressources/boutique/plan-actions-mobilites-actives-pama>

Dernière consultation le 20/03/2019

Plan National Sport Santé Bien-Etre (PNSSBE)

<http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre>

Dernière consultation le 20/03/2019

Résultats HEPA PAT France (rapport et synthèse)

<https://www.sfsp.fr/content-page/165-les-projets-de-la-sfsp/2190-hepa-pat-health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat>

Dernière consultation le 27/03/2019

Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024

<https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/03/Strat%C3%A9gie-Nationale-Sport-Sant%C3%A9--4-pages.pdf>

Dernière consultation le 01/04/2019

Local

Guides du Réseau des Villes-Santé de l'OMS

La nutrition à l'échelle de la ville : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_nutrition_echelle_ville-1.pdf

Mobilités actives au quotidien : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_mobilites_actives-1.pdf

Dernière consultation le 20/03/2019

Guide des villes actives du PNNS

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pnns_ville_new.pdf

Dernière consultation le 27/03/2019

Remerciements

Le CAPLA-Santé a été réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur, sous la coordination d'Anne Vuillemin et de Flore Lecomte. Il a été élaboré par une équipe projet composée de Amandine Baron, Flore Lecomte, Anne Vuillemin, Antoine Noël Racine, Aurélie Van Hoyer et Marina Honta.



Le CAPLA-Santé a été testé et adapté par Antoine Noël Racine dans le cadre d'une thèse financée par une bourse « emplois jeunes doctorant » de la région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur et cofinancée par l'association Azur Sport Santé et Amandine Baron dans le cadre de son stage de Master 2 Proj&Ter « Conduite de projet et développement du territoire ».

Le guide d'accompagnement a été rédigé par Amandine Baron, Flore Lecomte et Anne Vuillemin avec le concours de Sylvie Banoun, Pascale Duché, Marina Honta, Anne Laurent et Simona Tausan.

Le CAPLA-Santé a été élaboré avec l'appui d'un groupe d'experts composé de : Sylvie Banoun - Coordination Interministérielle pour le Développement de la marche et de l'Usage du Vélo ; Xavier Bigard - Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ; Clémence Bré - Commissariat Général à l'Égalité des Territoires ; Alain Calmat et Benoît Chanal - Comité National Olympique et Sportif Français ; Isabelle Dalimier – Université de Liège ; Pascale Duché – Université de Clermont-Ferrand ; Martine Duclos - Ministère des Sports ; Alain Ferrero – Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de la région Provence Alpes Côte d'Azur ; Florence Rostan - Santé publique France ; Daniel Rivière – Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ; Sylvie Schwaller – Ville de Strasbourg représentant le réseau français des Villes-Santé de l'OMS ; Simona Tausan - Direction Générale de la Santé.

Tous nos remerciements aux territoires qui ont accepté d'expérimenter la démarche : la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville, la commune de Strasbourg, la commune de Bar-le-Duc, la commune de Carros, la commune de Nice, le département des Alpes-Maritimes et la région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Et merci aux membres du groupe de travail « Approches stratégiques de la promotion de l'activité physique » (Policy-approaches to physical activity promotion) du réseau HEPA Europe de l'OMS pour le partage d'expériences et les échanges.



Le CAPLA-Santé a été réalisé avec le soutien de :

- La Direction Générale de la Santé,
- Santé publique France,
- L'Université Côte d'Azur (Projet Renforcement de la capacité des territoires à promouvoir une activité physique bénéfique pour la santé - REACTIVES),
- Une bourse « emplois jeunes doctorant » de la région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur et cofinancée par l'association Azur Sport Santé,
- L'Université de Lorraine.