

Stratégie régionale

//// **Sport** santé

NOUVELLE-AQUITAINE

bien-être





Préambule

- Un engagement fort des 3 institutions
- I. **Les évolutions législatives et réglementaires majeures.....page 3**
La circulaire du 24 décembre 2012
La Loi NOTRe du 7 août 2015
Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé
 - II. **Les éléments contextuels et fondateurs de l'évaluation des 3 plans SSBE...page 7**
 - III. **Quelques définitions et concepts.....page 9**
Activité physique, inactivité et sédentarité
Santé et Qualité de vie
Nutrition
Prévention
Autonomie
 - IV. **Recommandations nationales en matière d'activité physique et de sédentarité.....page 12**
Recommandations du Programme National Nutrition santé
Activités physiques et maladies chroniques
 - V. **Le territoire néo-aquitain, principales données.....page 19**
Une région vaste, disparate, vieillissante
 - VI. **Territoires prioritaires en Nouvelle-Aquitaine.....page 22**
Cartographie des territoires vulnérables de la Région Nouvelle-Aquitaine
Contrats locaux de santé
 - VII. **Etat de santé et habitudes de vie des néo-aquitains : données en lien avec l'activité physique et la sédentarité.....page 25**
2 constats majeurs : une prévalence de la surcharge pondérale importante, présentant des disparités territoriales et des niveaux d'activité physique qui n'atteignent pas les seuils recommandés
 - VIII. **La Stratégie régionale sport, santé, bien-être, une stratégie régionale ambitieuse, fondée sur une collaboration forte.....page 33**
Le SRSSBE, une déclinaison en 4 objectifs transversaux, 3 axes et 13 objectifs opérationnels
Le mode de gouvernance régionale et territoriale
Le plan d'actions 2019

GLOSSAIRE

ANNEXES

Annexe 1 : Résultats relatifs à l'activité physique et la sédentarité de l'enquête Zoom santé 2018

Annexe 2: Description des pratiques d'activité physique chez les différents publics cibles

Annexe 3 : Présentation de la structure EFFORMIP



//////// Un engagement fort des 3 institutions

En France, l'activité physique est une priorité qui figure dans différentes programmations nationales: Stratégie Nationale Sport santé (SNSS) 2019-2024 (qui se prend la suite du Plan Sport Santé Bien-Etre lancé en 2012), Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2019-2023, Plan National Cancer, Plan National d'Action de la Prévention de la Perte d'Autonomie (PNAPPA), etc.

En 2017, le Président de la République a fixé dans son programme des objectifs ambitieux, notamment l'augmentation de trois millions de pratiquants dans les quatre années à venir. Lutter contre l'accroissement de la sédentarité, l'inactivité physique et l'ensemble des pathologies chroniques qui y sont associées est un enjeu de santé publique. Roxana Maracineanu, ministre des Sports et Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, ont mis en œuvre une Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024 avec la conviction que la pratique des Activités Physiques et Sportives (APS) pour la santé relève de l'intérêt général. Inscrite dans le plan national de santé publique « Priorité Prévention », la Stratégie Nationale Sport Santé porte l'ambition de (re)mettre les Français en mouvement sur tous les territoires, de déployer des pratiques adaptées accessibles et encadrées, et de faire reconnaître pleinement le rôle majeur des APS pour la santé physique et mentale de chacun.

Agnès BUZYN précise qu'il lui appartient d'engager avec le Ministre des sports « une démarche concertée pour favoriser l'activité physique comme outil de prévention et d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques ». Il s'agit de réinventer le sport pour les publics les plus éloignés de la pratique en veillant à ce qu'il contribue à l'amélioration de la santé et la prévention des maladies.

Depuis l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012, la démarche régionale, avec la mise en place de plusieurs plans régionaux sports, santé, bien-être précise les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé. Elle vise également à accroître le recours aux APS comme thérapeutique non médicamenteuse, et à développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du « capital santé » de chacune et de chacun.

En Nouvelle-Aquitaine, le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028, accorde une place majeure à la nutrition (alimentation et activité physique) : 2 des 10 indicateurs cibles du PRS à 10 ans sont en lien direct (niveau d'activité physique des adultes, et prévalence du surpoids/obésité en classe de 6ème).

La Stratégie Régionale Sport Santé Bien-Etre 2019-2024 (SRSSBE) est le fruit des réflexions, travaux et collaborations entre l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DRDJSCS) et la Région Nouvelle-Aquitaine. Elle est donc conçue comme des orientations et actions concrètes et réalistes, à mettre en œuvre sur la période 2019-2024. Elle comporte 4 objectifs transversaux :

- Préserver pour tous l'autonomie et l'espérance de vie en bonne santé
- Promouvoir un mode de vie physiquement actif dès le plus jeune âge.
- Développer des environnements favorables à un mode de vie physiquement actif (collectivités, entreprises.....).



- Développer des ressources territoriales sport santé bien être et faciliter la mise en réseau plus systématique entre acteurs concernés (professionnels de santé, social, sportif, usagers, collectivités.....).

Cette stratégie vise à promouvoir la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, **pour tous et à tous les âges de la vie**. Elle s'adresse aux **populations qui rencontrent des difficultés pour accéder à une pratique physique et sportive adaptée**, à savoir :

- les personnes souvent sédentaires telles que les personnes éloignées de la pratique pour des raisons sociales, économiques, culturelles (jeunes, adolescents, adultes...),
- les personnes avançant en âge, quel que soit le degré de leurs capacités,
- les personnes en situation de handicap,
- les personnes atteintes de maladies chroniques, contribuant ainsi à réduire les inégalités de santé et à sécuriser les parcours de soin.

Il est important de rappeler à tous les bienfaits des activités physiques et sportives (APS) et de mettre en œuvre les conditions pour favoriser la pratique.

C'est ainsi que nos actions s'inscriront dans la durée et permettront d'améliorer la santé et la qualité de vie des individus et des populations les plus fragiles.

Les partenaires décident la création d'un Comité Régional des Financeurs ayant pour mission de fixer les orientations et stratégies en matière de SSBE. Ce comité détermine, élabore des plans d'actions annuels et contrôle la mise en œuvre des actions correspondantes. Il se réunit au minimum 3 fois par an et autant que de besoin afin de piloter le programme de travail.

Ce comité est composé de représentants de l'ARS, la DRDJSCS, et la Région Nouvelle-Aquitaine. Pour mener à bien ces missions, il peut s'appuyer en particulier sur la Conférence Territoriale du Sport (CTS) et Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) en matière de prévention, de santé scolaire, de santé au travail et de protection maternelle et infantile, instances qui réunissent d'ores et déjà des acteurs clés du sport, santé bien-être.

Les partenaires décident en outre de la création d'Instances Territoriales de Coordination SSBE. Pilotées par le réseau départemental des Délégations départementales de l'ARS (DD ARS) et des Directions Départementales de la Cohésion Sociales et Protection des Population (DDCS-PP), elles assurent, notamment avec les Comités Départementaux Olympique et Sportif (CDOS), Départements, Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), etc. ... l'animation territoriale de la SRSSBE et participe au suivi des actions découlant du plan d'actions régionales, selon son champ de compétences et le territoire d'application de l'action. Elles accompagnent des initiatives locales contributives et réunissent l'ensemble des acteurs locaux engagés sur des actions SSBE.

Enfin, l'ARS, la DRDJSCS, et la Région Nouvelle-Aquitaine s'engagent à mobiliser leurs leviers financiers respectifs pour œuvrer à la mise en place de la stratégie régionale SSBE.



////////// La circulaire du 24 décembre 2012

Le 10 octobre 2012, les Ministres en charge des sports et de la santé ont présenté en Conseil des ministres, une communication Sport Santé Bien – Être (SSBE) mettant l'accent sur une approche nouvelle, globale, interministérielle et transversale qui place le sport comme outil de santé publique.

Cette communication a été suivie de la parution de l'**Instruction N° DS/DSB2/DGS/DGCS/2012/434** du 24 décembre 2012 qui précise les modalités de mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé.

Ainsi les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) de chaque région ont – elles été invitées à élaborer et décliner conjointement sur leur territoire, un Plan d'actions régional sport santé bien –être (PAR SSBE).

////////// La Loi NOTRe du 7 août 2015

La loi du 7 août 2015 portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) confie de nouvelles compétences aux régions et redéfinit les compétences attribuées à chaque collectivité territoriale. Il s'agit du troisième volet de la réforme des territoires, voulue par le président de la République, après la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles et la loi relative à la délimitation des régions.

Cette nouvelle configuration territoriale s'applique également aux différents services déconcentrés de l'Etat, en Région. Cette évolution nécessite, de fait, une acculturation entre les divers champs professionnels.

Région administrative française, créée par la réforme territoriale de 2015 et effective au 1^{er} janvier 2016, la Nouvelle-Aquitaine résulte de la fusion des anciennes régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes. Elle regroupe 12 départements, s'étend sur 84 061 kilomètres carrés, soit un huitième du territoire national, et compte 5 911 482 habitants (population municipale au 1^{er} janvier 2015)¹.

Elle est la plus vaste région de France (métropole et outre-mer confondus), avec une superficie supérieure à celle de l'Autriche. Cette particularité géographique implique ainsi une phase de réappropriation du territoire et de compréhension de ses diversités.

////////// Loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

A l'issue d'un travail parlementaire de plus d'un an et de nombreux échanges avec les professionnels de santé, **la loi de modernisation du système de santé** a été promulguée le 26 janvier 2016.

Elle s'articule autour de trois axes majeurs :

- Faire de la prévention le socle de notre système de santé
- Garantir l'accès aux soins pour tous
- Créer de nouveaux droits pour les patients

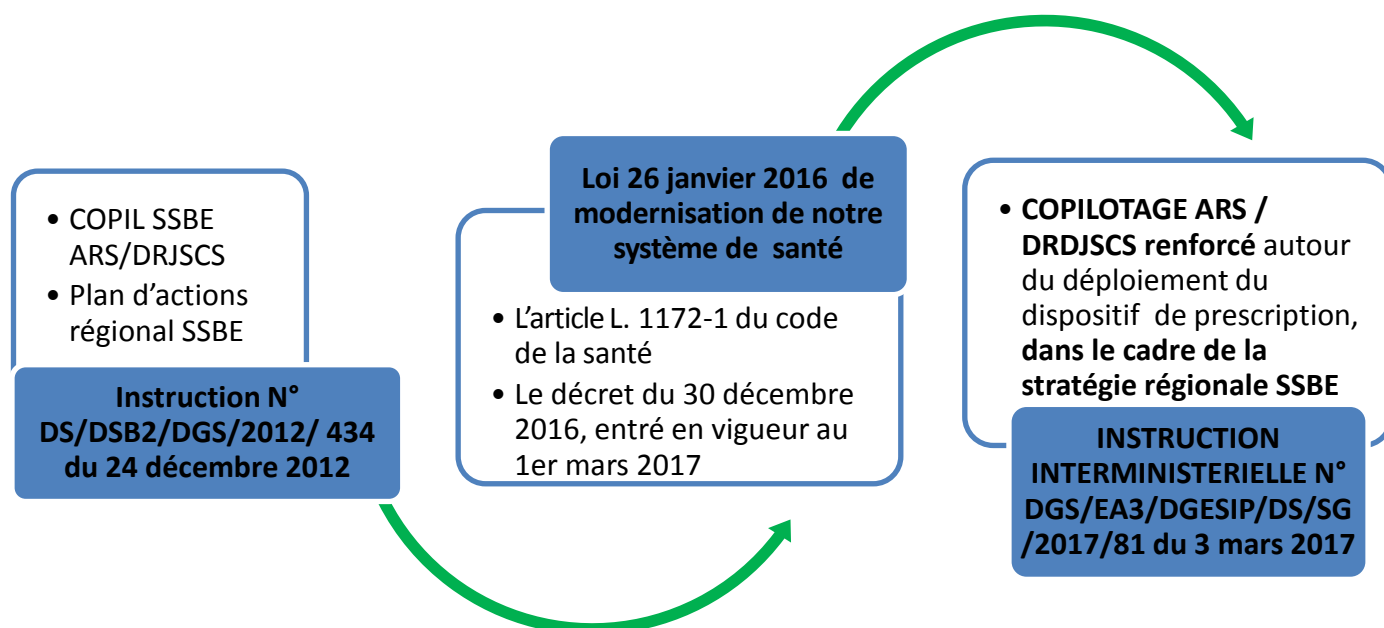
¹ Source INSEE – 02/01/2017 « populations légales 2014 »



La lutte contre la sédentarité, la promotion de l'activité physique et sportive comme outil de santé publique, la prescription de l'activité physique adaptée représentent ainsi, au travers de la loi, des enjeux considérables et visent entre autre au renouvellement des pratiques de prévention.

Sur le sujet de la prescription de l'activité physique adaptée, **L'article L. 1172-1 du code de la santé prévoit que** « Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints **d'une affection de longue durée**, le **médecin traitant** peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des **conditions prévues par décret** ».

Le **décret du 30 décembre 2016, entré en vigueur au 1er mars 2017**, précise les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.



Constats et enjeux :

- ➔ Une nouvelle configuration territoriale
- ➔ Une nécessaire acculturation entre plusieurs champs professionnels
- ➔ Une importante démarche de connaissance et d'appropriation du nouveau territoire et de ses acteurs
- ➔ Une actualité liée à la prescription de l'activité physique sur ordonnance qui a suscité beaucoup d'espoirs et d'attentes de la part d'acteurs locaux déjà engagés sur le sujet



En 2013, dans chaque ex-région (Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes) aujourd'hui regroupées en Nouvelle-Aquitaine, un plan avait été élaboré conjointement par les ARS et les DRJSCS. En Poitou Charentes, la Région s'y était également associée.

Suite à la réforme territoriale, l'ARS et la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine ont été amenées à définir une stratégie SSBE à l'échelle de la grande région en s'appuyant sur les dynamiques existantes dans les ex-régions, et en prenant en compte les évolutions législatives.

C'est dans ce contexte que s'est inscrite l'évaluation de cette politique publique comme préalable à l'élaboration d'une stratégie régionale unique dont les préconisations et les leviers d'actions s'inspirent des enseignements et expériences tirés de la mise en œuvre des 3 plans régionaux.

L'évaluation des plans sport santé bien-être des 3 ex-régions s'est répartie entre d'une part, l'ARS et la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine pour l'évaluation des actions mises en place dans le cadre des plans ; et d'autre part, deux cabinets mandatés par l'ARS et la DRDJSCS pour les aider à l'élaboration de préconisations pour le nouveau plan régional unique sport-santé-bien-être de la Nouvelle Aquitaine².

Quatre enjeux ont ainsi été particulièrement évalués, **la gouvernance, la place et le rôle des collectivités territoriales, la nature et la qualité des actions, la prescription d'activité adaptée.**

Par une consultation ouverte et participative, un ensemble d'avis et de propositions a été recueilli. Plusieurs approches ont ainsi été proposées à l'ensemble des acteurs, associant des temps de réflexion stratégique, de concertation, de participation collective, de prospective : 42 entretiens qualitatifs auprès des acteurs et partenaires, 4 focus-groupes, répartis sur les territoires de la nouvelle Aquitaine (Limoges, Angoulême, Bordeaux, Poitiers) regroupant 53 professionnels et bénévoles, 2 séminaires de travail associant les professionnels de l'ARS et la DRDJSCS, rassemblant une quarantaine de participants. Cette combinaison a permis de multiplier les regards et appréciations sur l'identification des bonnes pratiques, la capitalisation des réussites, l'analyse des difficultés et l'anticipation des évolutions.

² Les documents complets de l'évaluation des plans et des préconisations pour le plan d'actions régional SSBE Nouvelle-Aquitaine sont à retrouver sur le site internet de la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine, rubrique sports, onglet « sport, santé, bien être » : <http://nouvelle-aquitaine.drdjscs.gouv.fr>



La stratégie régionale SSBE de Nouvelle-Aquitaine prend également en compte les enseignements tirés en termes d'atouts et de freins à la réussite des actions qu'il s'agisse de la mise en synergie des acteurs locaux (institutions, opérateurs, clubs...), de la disponibilité des financements (au-delà des appels à projets SSBE qui peuvent avoir un rôle de levier), de la qualification et la formation des intervenants aux problématiques de santé (notamment les affections de longue durée) pour un accompagnement sécurisé et adapté à chaque situation, ou encore des dynamiques institutionnelles (entreprises, établissements médico-sociaux, établissements de santé,...) pour un développement d'une culture du sport-santé bien-être dans tous les territoires de la région.

Enjeux :

- ➔ Confirmer la gouvernance régionale
- ➔ Créer des instances territoriales de coordination impliquant davantage le niveau local dans l'animation, le suivi et l'évaluation des actions.
- ➔ Valoriser les initiatives existantes, notamment sur la prescription d'activité physique et les coordonner, les articuler, les harmoniser pour le compte du territoire néo-aquitain
- ➔ Consolider l'accompagnement des acteurs sur l'ensemble du territoire
- ➔ Promouvoir le plan d'actions régional SSBE Nouvelle-Aquitaine



Les définitions et concepts qui vont suivre permettent de mieux comprendre et d'appréhender les enjeux de la stratégie régionale SSBE Nouvelle-Aquitaine.

////////// **Activité physique, inactivité et sédentarité**

o L'**activité physique** (AP) est définie ici comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos » (Caspersen et al., 1985). L'activité physique regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes, en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc.). Les principaux contextes 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 de loisir non structurée. »³

o Les différents types d'activités physiques peuvent être classés en fonction des qualités physiologiques développées. On distingue les activités physiques qui permettent de solliciter la capacité cardio-respiratoire, les fonctions musculaires, la souplesse ou l'équilibre.

o L'activité physique est un comportement qui peut être caractérisé par une fréquence, une intensité, une durée et un type de pratique. L'intensité d'une AP est le plus souvent exprimée en MET (équivalent métabolique), défini comme le rapport de la dépense énergétique liée à l'AP sur le métabolisme de base.

o Les différentes activités physiques peuvent être classées en 5 grandes catégories en fonction de leur intensité estimée en MET :

- activités sédentaires < 1,6 MET ;
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs ;
- 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs ;
- 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs ;
- activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs.

o Les états d'inactivité et de sédentarité relèvent de définitions précises qu'il convient de rappeler :

- l'**inactivité physique** est caractérisée par un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée ; Il s'agit d'un niveau inférieur à un seuil d'AP recommandé³ (les recommandations nationales sont présentées au chapitre V).

- la **sédentarité** est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible, inférieure à 1,6 MET, en position assise ou allongée. La sédentarité (ou comportement sédentaire) est reconnue comme un comportement (TREMBLAY 2012)

L'évolution des comportements sédentaires résulte de profonds changements environnementaux, sociaux et technologiques qui ont entraîné une diminution de l'AP quotidienne qui s'est traduite par un renforcement des activités réalisées en position assise (Owen et al. 2010).

³ Rapport d'expertise collective *Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité* ANSES, 2016



//////// Santé et Qualité de vie

o Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « la **santé** est un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁴

o Quel que soit l'état de santé, la **qualité de vie** est « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture, et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». L'évaluation de la qualité de vie doit rendre compte à la fois de ses dimensions sociales, psychologiques et physiques.

//////// Nutrition

o La nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses, notamment occasionnées par l'activité physique.⁵

//////// Prévention

o La prévention est l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie, mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien ou de l'amélioration de sa (leur) santé.⁶

Trois niveaux de prévention⁷

Objectifs des actions de prévention, auxquels l'AP peut contribuer

« Prévention primaire »

Ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie => Réduire l'apparence de nouveaux cas et/ou retarder l'âge de début



Développement de comportements favorables à la santé

« Prévention secondaire »

Ensemble des actes visant à diminuer la prévalence d'une maladie (nombre de cas présents sur une période donnée)
=> Agir au tout début de la maladie afin de s'opposer à son évolution ou faire disparaître les facteurs de risque
=> Minimiser la gravité



Dépistage
Diagnostic et prise en charge précoce

« Prévention tertiaire »

Ensemble des actes visant à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie
=> Amoindrir les effets et séquelles d'une maladie ou de son traitement



Réadaptation, sous la triple dimension : médicale, sociale et psychologique
Prévention des récives

⁴ OMS, 1946

⁵ Programme national nutrition santé

⁶ Bourdillon F. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé, INPES, 2009

⁷ OMS, 1984



L'activité physique peut être l'un des ingrédients d'actions de prévention, selon les 3 niveaux déclinés ci-dessus. Toutefois selon le(s) objectif(s) visé(s), l'activité physique devra satisfaire certains critères pour permettre l'atteinte de cet(ces) objectifs.

//////// Autonomie

L'autonomie est une notion multidimensionnelle, complexe à appréhender. Pour notre propos, nous retenons à minima la définition de l'autonomie, comme la capacité pour un individu, d'effectuer sans aide, les actes de la vie courante, dans sa dimension sociale, économique physique et psychique.



Néanmoins, pour les **personnes en situation de handicap ou d'état de santé altéré**, il est important de rappeler que selon l'OMS, lorsque des personnes ne peuvent pas pratiquer la quantité d'activité physique recommandée en raison de leur état de santé ou de leur handicap, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Les recommandations détaillées pour les enfants et adolescents, adultes, et personnes âgées sont présentées ici.

Enfants et adolescents

o Activité physique

Pour les enfants de moins de 5 ans, au moins 3 h/j d'AP sont recommandées soit 15 min/h pour 12h d'éveil.

Pour les enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans, au moins 60 min/j d'AP d'intensité modérée à élevée sont recommandées.

L'OMS¹⁰ précise que l'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées, au moins trois fois par semaine.

o Sédentarité

Il est recommandé de :

- limiter la durée quotidienne totale des activités sédentaires en période d'éveil ;
- limiter la durée de chaque activité sédentaire, pour ne pas dépasser 1h en continu pour les moins de 5 ans et 2h pour les 6-17 ans.

Au vu de l'influence positive du cadre familial et de l'entourage, du cadre scolaire ou social et du milieu associatif dans la pratique de l'AP, il est recommandé de sensibiliser et soutenir l'implication des parents, de l'entourage, du milieu scolaire ou social et des associations dans la mise en œuvre des recommandations d'AP dans un but de prévention des maladies chroniques, de développement psychomoteur et d'épanouissement des enfants et adolescents. Il s'agit en particulier de proposer et valoriser des modes de vie actifs auprès des adultes (parents, éducateurs, etc.) qui pourraient agir en relais auprès des enfants.

Pour cela, dans tous les contextes (milieu scolaire, domestique, transports et loisirs), il est recommandé d'encourager l'AP spontanée, de s'appuyer sur le jeu et le plaisir, de favoriser les AP collectives ou entre amis et de proposer une grande diversité d'AP.

Adultes

o Activité physique

Il est recommandé de pratiquer 30 min d'AP développant l'**aptitude cardio-respiratoire** d'intensité modérée à élevée (tableau 1), au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans AP. Dans ce cadre, il est recommandé d'inclure de courtes périodes d'AP d'intensité élevée.

¹⁰ *Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé, OMS, 2010*



Des bénéfices supplémentaires sur la santé peuvent être obtenus avec une pratique de 45 à 60 minutes. Selon l'OMS, l'activité d'endurance quotidienne peut être fractionnée par périodes d'au moins 10 minutes. Chez les individus peu actifs, sédentaires et souhaitant pratiquer régulièrement une AP d'intensité élevée, une consultation médicale préalable est fortement recommandée.

Tableau 1. Exemples d'Activité Physique sollicitant l'aptitude cardio-respiratoires selon le contexte de pratique et l'intensité / rapport ANSES P. 13 et 14

AP Cardio respiratoire - 30 minutes d'intensité modérée à élevée			
Au moins 5 jours par semaine – en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer			
Intensité	Repères d'intensité	Activités de la vie quotidienne	AP de loisirs
Modérée	Essoufflement modéré, conversation possible transpiration modérée échelle de pénibilité de l'OMS (5 à 6 sur 10) 55 à 70 % de FCmax	Marche à 5 - 6,5 km/h montée d'escaliers à vitesse lente	Nage Vélo à 15 km/h
Elevée	Essoufflement marqué, conversation difficile ; transpiration abondante ; échelle de pénibilité de l'OMS (7 à 8 sur 10) ; 70 à 90 % de FCmax	Marche rapide supérieure à 6,5 km/h Montée d'escaliers à vitesse rapide	Course à pied 8 - 9 km/h Vélo à 20 km/h.

Les exercices **d'assouplissement et de mobilité articulaire** sont recommandés 2 à 3 fois par semaine ; ils peuvent être réalisés au moyen d'étirements. Il est recommandé que ces exercices soient précédés d'un échauffement musculaire, qu'ils soient maintenus 10 à 30 secondes et répétés 2 à 3 fois. Ils doivent être limités par la sensation d'inconfort ou de raideur.

L'OMS indique également que des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

o Sédentarité

Quel que soit le contexte (travail, transport, domestique, loisirs), il est recommandé :

- de réduire le temps total quotidien passé en position assise, autant que faire se peut ;
- d'interrompre les périodes prolongées passées en position assise ou allongée, au moins toutes les 90 à 120 min, par une AP de type marche de quelques minutes (3 à 5), accompagné de mouvements de mobilisation musculaire.

Personnes âgées de plus de 65 ans

o Activité physique

Il est recommandé de pratiquer des AP sollicitant l'aptitude **cardio-respiratoire** au moins 30 min/j d'AP cardio-vasculaire d'intensité modérée ou 15 min/j d'AP d'intensité élevée ou une combinaison d'AP d'intensités modérée et élevée, au moins 5 fois par semaine.

Il est recommandé de pratiquer des activités de **renforcement musculaire**, 2 jours par semaine ou plus, de préférence non consécutifs, à raison de 8 à 10 exercices répétés 8 à 12 fois chacun.



Ces exercices doivent solliciter les principaux grands groupes musculaires des membres inférieurs, des membres supérieurs et du tronc.

Des exercices d'**équilibre** peuvent être intégrés aux activités quotidiennes ou de loisirs, au moins 2 fois par semaine, de préférence lors de jours non consécutifs. Il est recommandé de répéter 3 à 5 fois, une série de 5 à 10 exercices, d'une durée de 10 à 30 secondes.

Des exercices de **souplesse** sont recommandés au moins 2 jours par semaine pendant au moins 10 minutes. Les exercices doivent solliciter les principaux grands groupes musculaires et être répétés 3 à 4 fois chacun en maintenant un étirement statique pendant 10 à 30 secondes.

Ces activités peuvent être réalisées lors de la vie quotidienne ou être réalisées pendant une séance spécifique.

o Sédentarité

Les repères proposés pour les adultes concernant les comportements sédentaires s'appliquent aux personnes âgées de plus de 65 ans.

De façon générale, on notera que l'âge ne doit pas être considéré comme un facteur limitant, l'adoption d'un mode de vie actif peut se faire à tout âge.



Tableau 2. Exemples d'Activité Physique pour la population générale / rapport ANSES P. 18

Contexte	AP cardio respiratoire	Renforcement musculaire	Equilibre	Souplesse
Domestique	Marche (rapide) Marche en montée Montée d'escaliers Travaux ménagers (passer l'aspirateur, etc.) Jardinage Bricolage	Marche (rapide) Marche en montée Montée d'escaliers (courses, bricolage) Jardinage (creuser, bêcher, etc.) Se mettre debout à partir d'une position assise S'accroupir Lever et porter des charges lourdes	Se tenir debout sur une jambe	Travaux ménagers
Transport	Montée d'escaliers Monter et descendre du bus, etc. Marcher pour se rendre dans un commerce de proximité, etc.	Montée d'escaliers	Utiliser le vélo, la trottinette	
Loisirs	Marche Natation Vélo Rameur Course à pied Gymnastique aérobic, aquatique Golf Raquettes (Neige) Danse etc.	Vélo Danse Natation Gymnastique aquatique ou d'entretien Tai chi Golf Exercices utilisant le poids corporel ou un mur comme point résistance (redressements assis, oppositions, appuis), avec du petit matériel (bandes élastiques, bracelets lestés, haltères) ou des appareils de renforcement musculaire (rameur, vélo d'appartement,...)	Vélo Danse Pétanque Golf Tai chi Yoga Marche (en arrière, de côté, sur les talons, sur les pointes de pieds, etc.), marche en suivant une ligne ou une bordure Exercices posturaux et d'équilibration à partir de supports instables (sol mou, plateau mobile), de conditions sensorielles modifiées (au niveau visuel ou en variant la position de la tête), d'un déplacement intégrant des changements de direction, de franchissement d'obstacle ou d'évolution sur un espace limité au sol ou une surface réduite d'appui du pied (pointe de pieds, talons, etc.).	Tai chi Golf Yoga Pétanque Exercices d'assouplissements spécifiques (étirements)



////// Activités physiques et maladies chroniques

Les maladies chroniques et leurs complications contribuent très fortement à l'état de dépendance ; la prévention de leurs complications et récurrences est de ce fait un enjeu central pour le maintien de l'autonomie, notamment chez les personnes âgées. Des actions de prévention peuvent être mises en œuvre en amont des maladies, mais aussi à tout moment de l'évolution de celles-ci.

L'Inserm a été sollicité par le Ministère des Sports pour réaliser une expertise collective¹¹ afin de disposer d'un bilan des connaissances scientifiques et d'analyser, dans le cadre des maladies chroniques, l'impact de l'activité physique et sa place dans le parcours de soin. Les principales pathologies qui y sont étudiées sont les pathologies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les pathologies respiratoires chroniques. L'obésité, en tant que déterminant de maladies chroniques et phénomène morbide en soi, y trouve également sa place. Enfin, sont aussi prises en compte certaines maladies mentales (dépression, schizophrénie), ainsi que les Troubles musculosquelettiques (TMS) et la multimorbidité.

L'expertise affirme qu'il n'y a plus aucun doute sur la nécessité de recommander une pratique régulière d'activité physique adaptée aux personnes atteintes d'une maladie chronique et **préconise de prescrire de l'activité physique pour toutes les maladies chroniques étudiées et l'intégrer dans le parcours de soin le plus précocement possible**. Pour la dépression légère à modérée, le diabète de type 2, l'obésité et l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, l'activité physique devrait être prescrite avant tout traitement médicamenteux

L'expertise propose des recommandations spécifiques par pathologie qui s'accordent cependant sur la fréquence de la pratique d'activité physique adaptée – un minimum de 3 séances par semaine. Voici quelques exemples :

- **obésité** : mettre l'accent sur la diminution du tour de taille comme paramètre de suivi plutôt que sur la perte de poids et proposer des programmes d'activité d'endurance ;
- **diabète de type 2** : privilégier l'association du renforcement musculaire et des activités d'endurance dans des intensités modérées à fortes ;
- **pathologies coronaires** : poursuite d'une activité physique régulière d'endurance à optimiser en jouant sur l'intensité de l'exercice ;
- **artériopathie oblitérante des membres inférieurs** : la marche est le traitement de première intention ;
- **insuffisance cardiaque** : tous les patients peuvent bénéficier d'un programme de réentraînement à l'effort quel que soit le degré de sévérité de la pathologie, grâce à un entraînement régulier et progressif. Idéalement, 30 minutes d'activité modérée 5 fois par semaine dans la dernière phase du programme, qui doit être poursuivi tout au long de la vie ;
- **accident vasculaire cérébral (AVC)** : réduire l'impact des séquelles neuromusculaires sur la qualité de vie du patient et prévenir les récurrences en améliorant les capacités cardiorespiratoires et la force musculaire par une activité physique régulière intégrant la pratique des gestes journaliers ;

¹¹ Rapport d'Expertise collective - Activité physique, prévention et traitement des maladies chroniques, Inserm, 2019



- **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)**: améliorer la qualité de vie et réduire les limitations fonctionnelles liées aux complications grâce à une activité physique régulière pérenne et variée (endurance, renforcement musculaire, natation, tai chi...);
- **asthme**: réduire l'importance et la fréquence des crises par l'amélioration du VO₂max, de l'endurance et de la capacité d'exercice par des activités d'endurance;
- **pathologies ostéo-articulaires**: prévenir et/ou réduire le handicap et la douleur à travers des programmes d'activité physique adaptés variés et une pratique pérenne;
- **cancers**: améliorer la qualité de vie et réduire les effets secondaires liés au cancer et aux traitements (déconditionnement musculaire, fatigue, intolérance au traitement...) ainsi que les récurrences en proposant des programmes combinant endurance et renforcement musculaire;
- **dépression**: prévenir les récurrences et améliorer les symptômes dépressifs par des programmes combinant endurance et renforcement musculaire.

En outre, le groupe d'experts recommande :

- d'adapter la prescription d'activité physique aux caractéristiques individuelles et médicales des patients
- d'organiser le parcours du patient afin de favoriser l'activité physique à toutes les étapes de la pathologie
- d'associer à la prescription une démarche éducative pour favoriser l'engagement du patient dans un projet d'activité physique sur le long terme
- de soutenir la motivation du patient dans la mise en œuvre de son projet



///// Une région vaste, disparate, vieillissante

La Région Nouvelle-Aquitaine est la plus grande région française. Elle représente 1/7ème de l'Hexagone.

D'une superficie de 84 100 km², elle compte 12 départements. Son littoral, sur la façade atlantique, s'étale sur 720 km.

Avec 5,9 millions d'habitants, elle est la 4ème région la plus peuplée du territoire.

22 % de la population est âgée de moins de 20 ans et 28% de 60 ans et plus.

Elle est aussi celle dont la densité de population est la plus faible – 70 habitants/km² contre 117 habitants/km² pour la moyenne nationale.

Une région à dominante rurale :

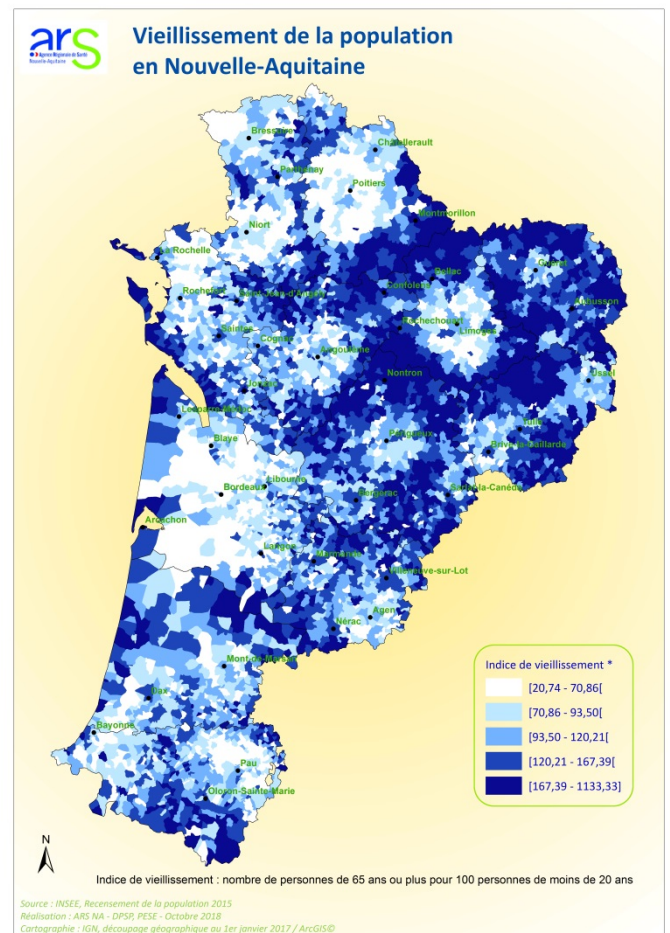
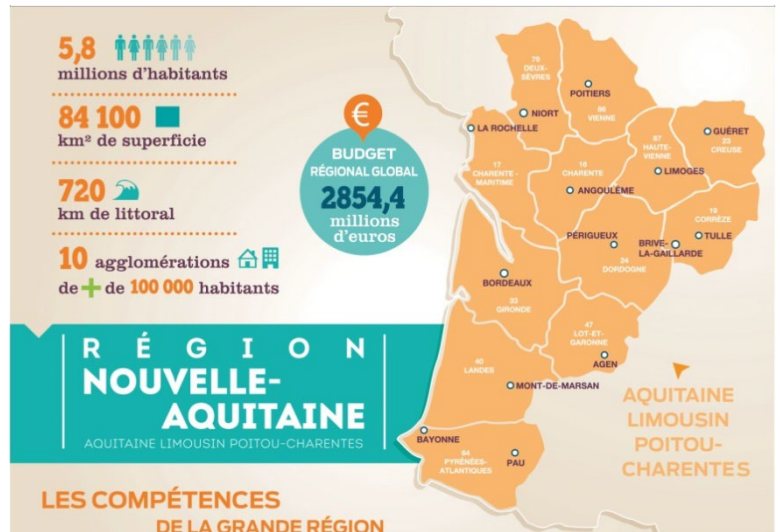
61% des communes sont classées en ZRR soit 2 758 communes sur 4 503,

26% de la population habite dans une commune classée en ZRR (1,6 millions de personnes). Face au changement des modes de vie et notamment la plus grande fragilité des unions, le nombre de familles monoparentales a augmenté de 12 % en 5 ans et s'établit à 223 000 en 2013.

La région est un peu moins touchée par le chômage et la précarité, cependant on constate des difficultés sociales variables selon les départements. Le taux de chômage est moins fort et la part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté est un peu plus faible qu'en France métropolitaine (respectivement 13,3 % et 14,3 % en 2012) et cette pauvreté est moins intense.

Le revenu de solidarité active (RSA) rassemble, à lui seul, 199 300 allocataires.

Fin 2017, un peu plus de 400 000 personnes bénéficiaient de la CMUC-C en Nouvelle-Aquitaine soit 7% de la population, un peu moins qu'en France



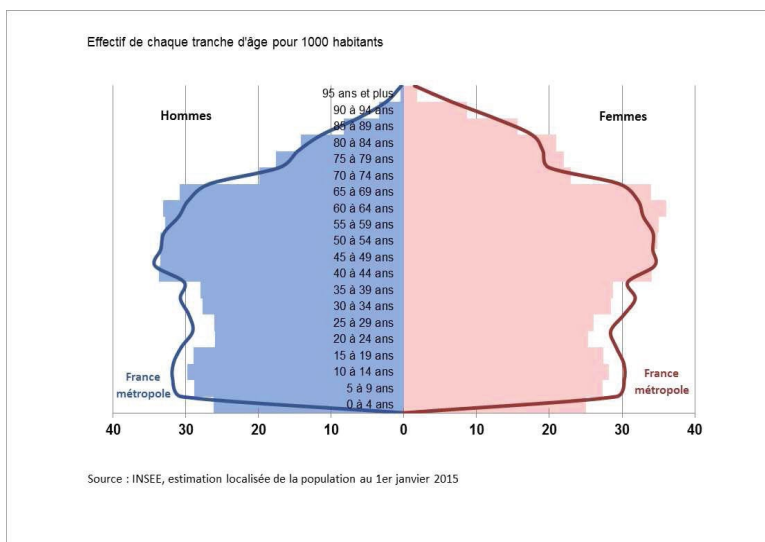


métropolitaine. À l'horizon 2027, si les tendances actuellement constatées se prolongent¹², la Nouvelle-Aquitaine comptera 6 305 000 habitants. Elle gagnerait 320 000 habitants en 10 ans, soit l'équivalent du département de Lot-et-Garonne. C'est davantage qu'en France (5,3 % versus 3,9 %).

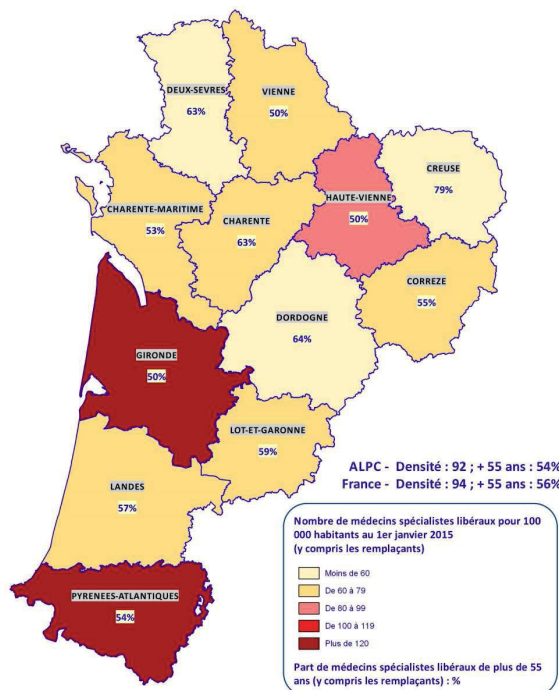
Près de 14 % de la population serait âgée de 75 ans ou plus. Sur cette même période, les départements littoraux et la Vienne connaîtraient une croissance nettement au-dessus du taux national, mais les départements intérieurs verraient leur population croître peu, voire stagner (Creuse et Corrèze).

Au final, en 2040, plus d'une personne sur trois serait âgée de 60 ans ou plus (35,5 %) et une sur six de 75 ans ou plus. La Nouvelle-Aquitaine resterait en 2ème position derrière la Corse pour la part des personnes âgées.

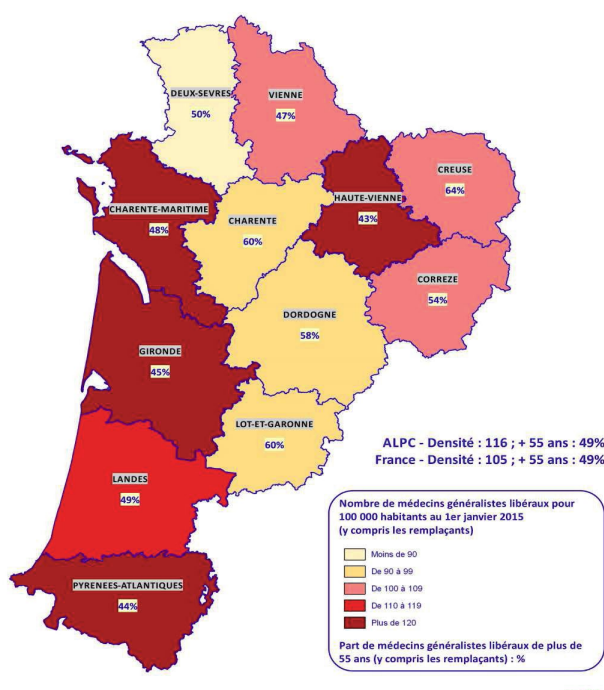
On constate une forte poussée du phénomène de périurbanisation, avec un déplacement des populations des villes-centres vers les communes périphériques ou des communes des « grandes banlieues » à dominante rurale, où le foncier est généralement moins cher.



Densité des médecins spécialistes libéraux et part des plus de 55 ans en région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes



Densité des médecins généralistes libéraux et part des plus de 55 ans en région Aquitaine Limousin Poitou-Charentes



¹² Source INSEE – 02/01/2017 « populations légales 2014 » et Publications _ STATISS _ ARS _ NA _ 05_09_2015



Une densité de médecins généralistes en Nouvelle-Aquitaine supérieure à la densité nationale (165 pour 100 000 habitants contre 154), mais territorialement très disparate¹³.

La faible densité en médecins spécialistes, salariés comme libéraux et leur forte concentration vers les espaces urbains posent le problème de l'accessibilité aux soins dans certaines zones.

La densité des ergothérapeutes est inférieure à la moyenne nationale dans la quasi-totalité des départements néo-aquitains.

En revanche, le pourcentage d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants est supérieur à la moyenne de France Métropolitaine pour les infirmiers, les notamment. Toutefois là encore la démographie de ces professionnels est très disparate sur le territoire néo-aquitain.

Ainsi la croissance démographique et le vieillissement de la population néo-aquitaine, la répartition inégalitaire des professionnels, le volume important de départs en retraite de ces professionnels, notamment chez les médecins généralistes, sont autant d'enjeux dont la Stratégie régionale SSBE Nouvelle-Aquitaine doit tenir compte.

Enfin pour avoir une vision complète du territoire, une des conclusions du Schéma Régional de Développement du Sport en Nouvelle-Aquitaine¹⁴ démontrent une diversité démographique et d'occupation des espaces facilitant cependant la pratique de bons nombres d'activités physiques et sportives :

- 720 kilomètres de littoral pour les activités nautiques
- Entre 65 et 75% du territoire disponible (aménagé ou pas) pour la pratiques d'activités physiques terrestres, aériennes ou aquatiques de plein air
- Un massif montagneux pour la pratique d'activités physiques d'hiver et de montagne
- Des agglomérations, communautés de communes, intercommunalités pourvues de structures et infrastructures permettant l'utilisation d'espaces de proximité aménagés, couverts ou non.
- Une « population sportive » estimée entre 3,3 millions et 3,5 millions de pratiquants, dont environ 35% de licenciés en clubs. Parmi ceux-ci 37% sont des femmes
- 36 300 équipements sportifs couvrent le territoire dont 75% appartiennent aux communes.
- 18 000 clubs proposent près d'une centaine de disciplines différentes.

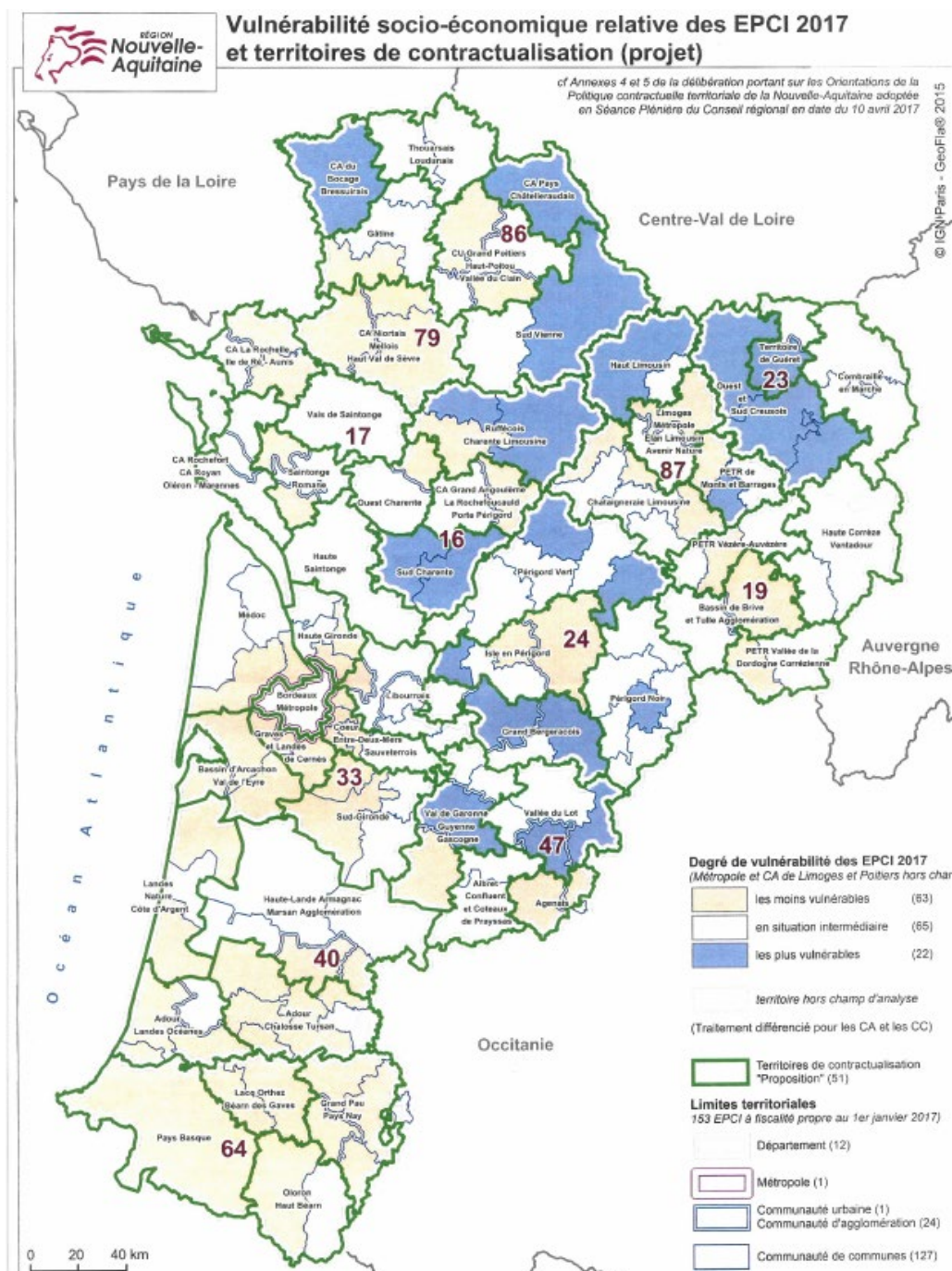
¹³ Projections de population 2013-2050, Omphale 2017, Insee ; sources : publication STATISS ARS NA

¹⁴ Le Schéma régional du sport en Nouvelle-Aquitaine, est à retrouver sur le site internet de la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine, rubrique sport, onglet « la stratégie, les personnels » : <http://nouvelle-aquitaine.drджscs.gouv.fr>



////// Cartographie des territoires vulnérables de la Région Nouvelle-Aquitaine

La loi Notre a fait de la Région Nouvelle-Aquitaine la plus grande région de France. Si cela lui confère une visibilité sur le plan national et européen, cela l'oblige également à des responsabilités nouvelles pour l'ensemble de ces territoires. Dans ces conditions, il s'agit pour la Région Nouvelle-Aquitaine de mieux répondre aux besoins de proximité et d'équité en soutenant et développant les atouts de tous les territoires et en exprimant une solidarité régionale au bénéfice des plus vulnérables.





4 domaines sont pris en compte dans la définition des critères de vulnérabilité sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine avec à l'intérieur de chacun d'eux 3 approches recherchées.

Tout d'abord, le revenu des ménages : dans ce domaine, les approches recherchées sont : le niveau de vie, la pauvreté et l'évolution des disparités territoriales de niveau de vie.

Ensuite, l'emploi et le marché du travail : ici, les approches sont la dynamique de l'emploi salarié, le taux de chômage et la dynamique de l'appareil de production.

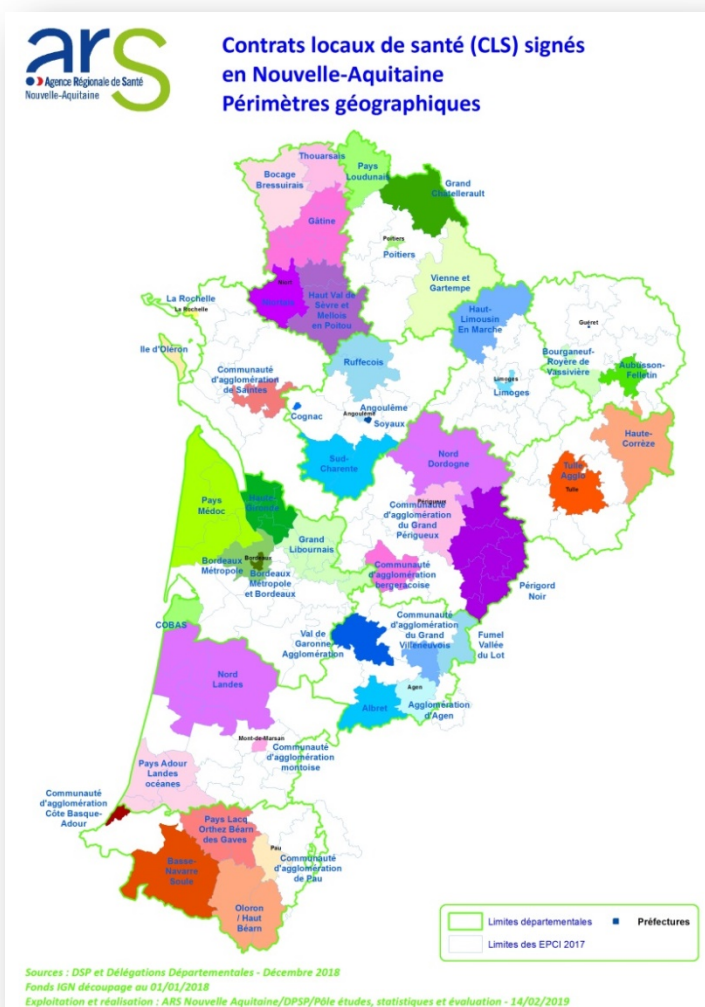
Puis, le troisième domaine est le niveau de formation de la population : nous retrouvons comme approche le niveau de qualification de la population (en âge de travailler), les jeunes disposants d'un haut niveau de qualification et les jeunes disposants d'un bas niveau de qualification.

Enfin, le dernier domaine pour définir la vulnérabilité des communes est la démographie : la dynamique démographique résultant des migrations de population (entre 1999 et 2012), le degré de vieillissement de la population et l'accessibilité aux équipements et services de la vie courante.

////// Contrats Locaux de Santé

Comme d'autres régions françaises, la Nouvelle-Aquitaine est marquée par de fortes disparités en termes d'écart d'espérance de vie, de taux de mortalité infantile, de répartition inégale de l'offre de soins et de prévention selon les territoires...). Les collectivités territoriales et leurs groupements agissant sur de nombreux déterminants de santé, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » du 21 juillet 2009 a introduit un nouveau levier d'action : le contrat local de santé.

L'article L.1434-17 du Code la santé publique offre donc la possibilité aux ARS de conclure des contrats locaux de santé (CLS) a minima avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Le CLS est au croisement de la déclinaison du projet régional de santé et de la remontée des priorités locales. Cette dynamique, largement inspirée des ateliers santé ville, permet de mettre en synergie tous les acteurs de santé locaux, mettre en cohérence les différentes politiques





publiques qui ont un impact sur la santé autour d'objectifs partagés répondant aux besoins des habitants d'un territoire.

Par la connaissance des actions de chacun, la mutualisation des ressources et des moyens pour fluidifier les parcours de santé des personnes, le CLS est un support incontournable de maillage territorial.

Considérant le CLS comme un dispositif de droit commun clé pour lutter contre les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé (ISETS) l'ARS a pour objectif de couvrir l'ensemble du territoire en 2022.

Au 1er janvier 2019, 61 % de la population de Nouvelle-Aquitaine est couverte par les 46 contrats locaux de santé signés. Trois quart d'entre eux incluent la thématique « nutrition ». A court terme, l'ensemble du territoire néo-aquitain sera couvert par des CLS. La mise en œuvre de ces projets locaux de santé sera une priorité d'accompagnement pour l'ARS.



La nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'**alimentation** et les dépenses occasionnées par l'**activité physique** (AP). L'**obésité** est la pathologie liée à la nutrition la plus fréquemment mise en avant, mais la nutrition est également un facteur de **cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, ostéoporose, dénutrition ainsi que les troubles des comportements alimentaires**.

La **sédentarité**¹⁵ est elle-même associée, indépendamment du niveau d'AP, au développement de pathologies chroniques chez l'adulte.

Les habitudes de vie que sont l'alimentation et l'activité physique, sont intimement liées à l'**image corporelle**. L'insatisfaction corporelle, plus fréquente chez les femmes, peut conduire au développement de pratiques à risque (restriction alimentaire, consommation tabagique, etc). A l'inverse, les personnes ayant une image corporelle positive présentent une meilleure estime d'elles-mêmes, affichent une attitude plus saine vis-à-vis de la nourriture, de l'AP, et plus généralement prennent davantage soin de leur corps.

Les comportements alimentaires, l'AP et les prévalences de surpoids/obésité sont **corrélées aux situations sociales** (gradient selon les catégories socio-professionnelles).

En plus des facteurs économiques et sociaux, la nutrition est fortement influencée par des **facteurs culturels** (culture alimentaire notamment) **et de genre** (différences dans le rapport au corps et à la santé, dans les consommations alimentaires, la pratique d'activité physique, etc.)

////// Données générales relatives à l'Etat de santé

Espérance de vie

En Nouvelle-Aquitaine, une femme vit en moyenne 85,4 ans en 2014, un homme 79,4 ans. Ces taux sont comparables à ceux observés en France métropolitaine.

Mortalité prématurée évitable

En Nouvelle-Aquitaine, 10 000 décès surviennent prématurément, avant 65 ans. Les causes les plus fréquentes de décès prématurés sont les tumeurs, loin devant les morts violentes et les maladies de l'appareil circulatoire (respectivement 43 %, 15 % et 13 % des décès). Ces taux de mortalité sont très proches des taux nationaux mais les écarts au sein de la région sont importants. La Creuse présente les taux les plus forts, les Pyrénées-Atlantiques les moins élevés

Concernant la mortalité prématurée évitable liée à des pratiques de prévention primaire, les résultats sont moins favorables que les moyennes françaises. Les décès pour des causes évitables comme l'alcool, le tabac, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides ou le sida représentent un tiers des décès prématurés dans un département sur deux. Celui des hommes est 3,2 fois supérieur à celui des femmes.

¹⁵ Le comportement sédentaire ne représente pas seulement une activité physique faible ou nulle mais correspond à un ensemble de comportements au cours desquels la position assise ou couchée est dominante. La sédentarité ne correspond pas à l'absence d'activité physique (leurs conséquences physiologiques à long terme ne sont pas les mêmes). On peut donc être sédentaire et sportif à la fois.



Les affections de longue durée

En 2017, près d'1,2 millions de personnes souffrent d'au moins une maladie chronique en Nouvelle-Aquitaine, soit 20% de la population. Ces maladies touchent majoritairement des patients âgés de 65 ans et plus. Les premières pathologies chroniques en Nouvelle-Aquitaine sont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies mentales.

La majorité des personnes souffrant d'une ALD dans la région est âgée de 65 ans et plus (57,5 %), 39,4 % a entre 18 et 64 ans et 3,1 % a moins de 18 ans.

Au cours de l'année 2017, environ 150 000 personnes ont été nouvellement admises en ALD (soit 12 % sur l'ensemble des personnes ayant bénéficié d'une prise en charge au 1er janvier 2015 en Nouvelle-Aquitaine). Ce taux est de l'ordre de 15 % en France Métropolitaine.

Les admissions les plus importantes en 2015 concernent :

- les tumeurs malignes et affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique,
- le diabète,
- l'insuffisance cardiaque grave,
- les psychoses, les troubles graves de la personnalité et l'arriération mentale.

Plus de 16 000 nouvelles admissions en ALD pour des pathologies liées au tabac ont été recensées chaque année entre 2012 et 2014 en Nouvelle-Aquitaine dont près de 3 000 pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

Au 1er août 2018, 445 programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont été autorisés en Nouvelle -Aquitaine. Quel que soit le département, les maladies endocriniennes et tout particulièrement le diabète sont des pathologies qui mobilisent le plus de programmes d'ETP. Ainsi 27 % des programmes ETP autorisés sur la région concernent le diabète ou l'obésité. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires avec près de 14 % des programmes ETP, et les maladies respiratoires (asthme, BPCO, insuffisance respiratoire) 8%.

Santé et environnement professionnel

Les problèmes de santé au travail observés dans les centres de consultations de pathologies professionnelles environnementales (CCPP) sont principalement des troubles psychosociaux et des troubles du comportement (21 %), des troubles musculo-squelettiques (15 %) et des pathologies cancéreuses (15 %).

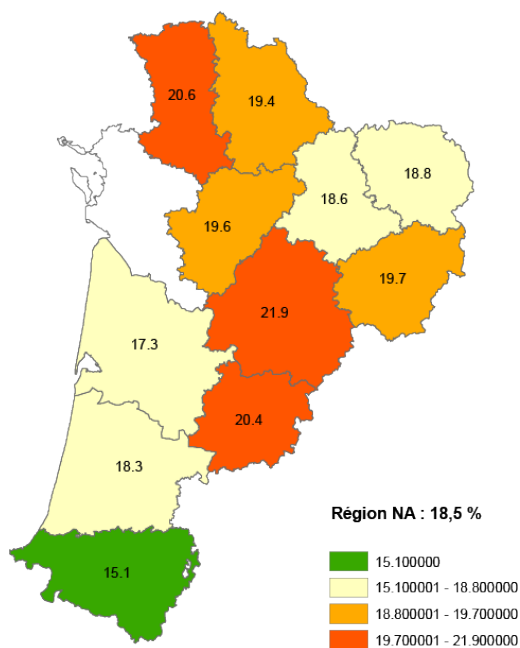


**////// Une prévalence de la surcharge pondérale importante, présentant des
 disparités territoriales**

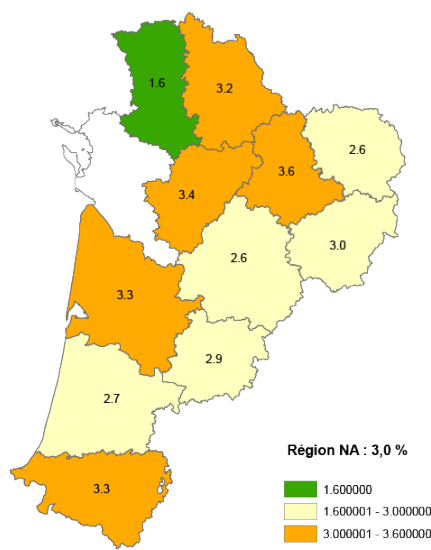
Chez les jeunes

Selon l'analyse des données 2018 recueillis lors des bilans infirmiers en classe de 6^{ème} ¹⁶, 18,5 % des jeunes néo-aquitains sont en surcharge pondérale : 14,6% présentent un surpoids et 3,8% une obésité. On relève des disparités départementales, s'échelonnant de 15,1% de surcharge pondérale dans les Pyrénées-Atlantiques à 21,9% en Dordogne. La prévalence de l'insuffisance pondérale chez les jeunes néo-aquitains (3%) est presque aussi élevée que celle de l'obésité (cartes ci-dessous).

DINA 6e 2017/2018
 Part d'élèves en surcharge pondérale (surpoids ou obésité)
 (Méthode de Jenks - seuils naturels)



DINA 6e 2017/2018
 Part d'élèves en insuffisance pondérale
 (Méthode de Jenks - seuils naturels)



Source : DINA 6e 2017/2018 - Réalisation : ORS-NA

Source : DINA 6e 2017/2018 - Réalisation : ORS-NA

Chez les adultes

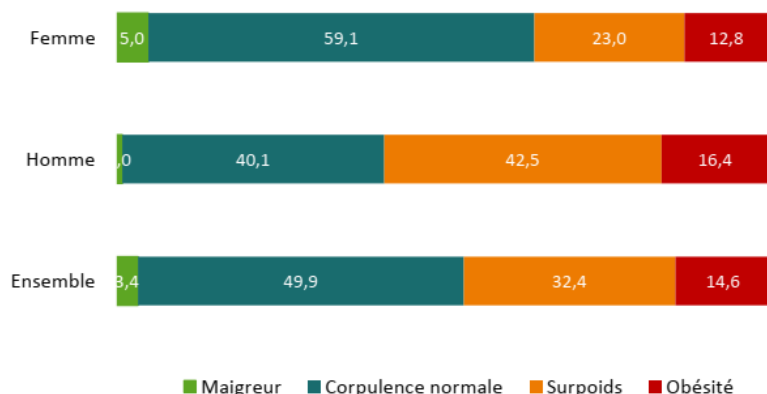
Selon l'enquête Zoom santé¹⁷ menée auprès des 18-75 ans en 2018, la maigreur concerne 3,1 % des personnes, la moitié des néo-aquitains sont de corpulence normale, et 47 % sont en surcharge pondérale (32,4 % en surpoids et 14,6 % obèses). A noter le poids et la taille se basent dans cette enquête sur du déclaratif ce qui induit une tendance à la sous-déclaration de poids et à la sur-déclaration de la taille. La surcharge pondérale est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (figure ci-dessous).

¹⁶ Analyse des données recueillis lors des bilans infirmiers en classe de 6ème, ORS, 2019

¹⁷ Zoom santé Nouvelle-Aquitaine 2018, ORS, 2019



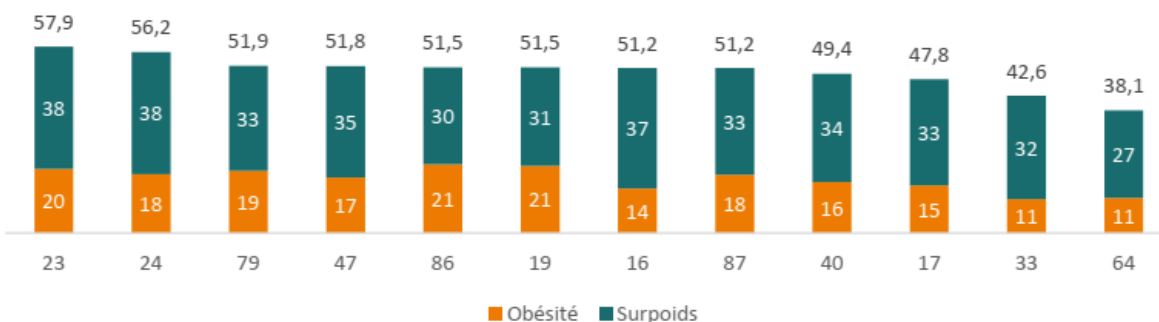
Fig 23. Statut pondéral pour l'ensemble et selon le sexe (en %)



Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

La proportion de personnes en surcharge pondérale est différente selon les départements, allant de 38 % en Pyrénées Atlantiques à 58 % en Creuse (figure ci-dessous). Les personnes vivant en zone rurale présentent plus fréquemment une surcharge pondérale que celles vivant dans une commune de plus de 25 000 habitants (52 % vs 45 %)

Fig 24. Surpoids et obésité selon le département de résidence (en %)



Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

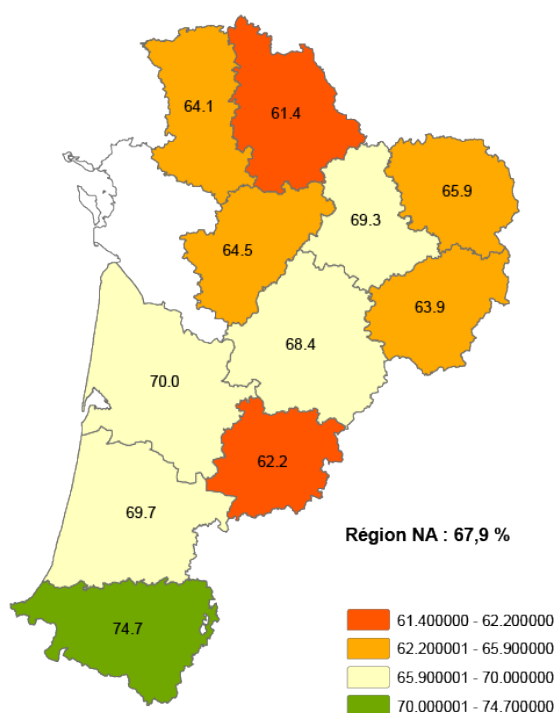


///// Des niveaux d'activité physique qui n'atteignent pas les seuils recommandés

Chez les jeunes

A peine plus de deux tiers (67,9%) des jeunes en classe de 6^{ème} 18 déclarent pratiquer une activité physique régulière 19 en dehors des cours d'EPS. Des différences sont à noter entre départements, des jeunes de la Vienne qui sont 61,4% qui déclarent une activité physique hebdomadaire (hors EPS), à 74,7% en Pyrénées-Atlantiques (carte ci-dessous).

DINA 6e 2017/2018
Part d'élèves pratiquant régulièrement une activité
physique en dehors des cours d'EPS
(Méthode de Jenks - seuils naturels)



Source : DINA 6e 2017/2018 - Réalisation : ORS-NA

Chez les adultes : 30% des néo-aquitains (18-75 ans) présentent à la fois un faible niveau d'activité physique et un niveau de sédentarité élevé 20

Lors d'une semaine habituelle, 81 % déclarent pratiquer une activité physique. Cette activité physique peut être pratiquée au travail ou lors des activités domestiques (54 %), lors de pratiques sportives ou de loisir

¹⁸ Analyse des données recueillis lors des bilans infirmiers en classe de 6ème, ORS, 2019

¹⁹ Activité physique régulière implique une activité (hors cours d'EPS), pratiquée au moins une fois par semaine. Il peut s'agir d'une activité pratiquée dans le cadre de l'UNSS.

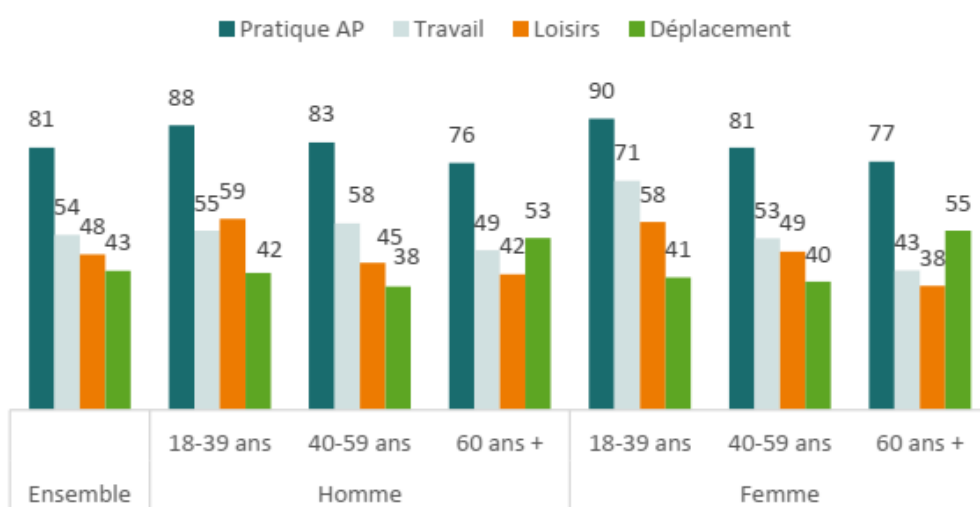
²⁰ Zoom santé Nouvelle-Aquitaine 2018, ORS, 2019



(48 %) ou pour des déplacements (43 %). Certaines personnes cumulent deux ou trois modalités de pratiques physiques.

Le temps moyen déclaré d'activité physique est de 1h56 min6 (116 minutes) par jour: 74 minutes dans le cadre du travail ou lors de tâches domestiques (soit 64 % du temps d'activité physique totale), 22 minutes pour la pratique sportive ou de loisirs (19 %) et 20 minutes pour se déplacer (18 %)

Fig 32. Contexte de la pratique d'activité physique selon l'âge et le sexe (en %)



Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Parmi les Néo-Aquitains âgées de 18 ans et plus, 45 % ont un niveau d'activité faible, 36 % élevé, c'est-à-dire considéré comme favorable pour la santé, et 19 % un niveau modéré (cf définitions en Annexe 1).

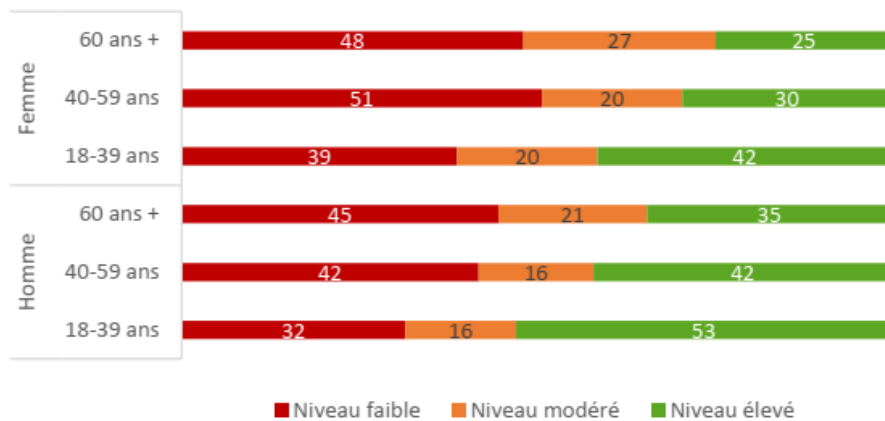
Le temps moyen quotidien d'activité physique s'élève à :

- 20 minutes pour ceux qui ont un niveau d'activité physique faible,
- 1 heure et 13 minutes pour l'activité modérée,
- 4 heures et 15 minutes pour la pratique intensive (dont 2 heures et 56 minutes pour le travail ou les activités domestiques).

Les hommes sont plus nombreux proportionnellement que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique élevé ainsi que les plus jeunes par rapport aux plus âgés (figure ci-après).



Fig 34. Niveau d'activité physique selon le sexe et l'âge (en %)

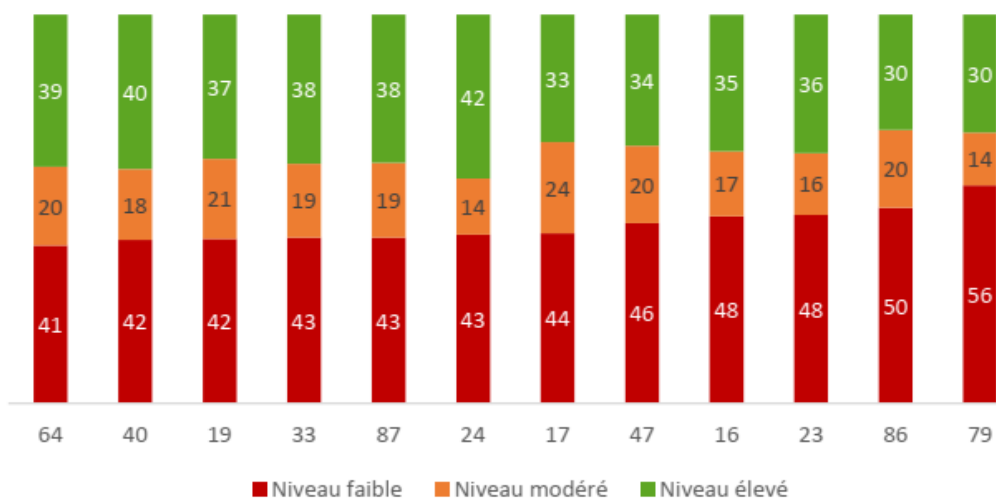


Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Le niveau d'activité physique est également corrélé au niveau d'études, à l'activité professionnelle, au fait de ne pas vivre seul. Le détail de ces résultats est présentés en Annexe 1.

Les disparités départementales sont présentées ci-dessous.

Fig 35. Niveau d'activité physique selon le département de résidence (en %)



Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine



Sédentarité : Les adultes néo-aquitains déclarent rester assis ou allongé 5 heures et 30 minutes (hors temps de sommeil), en moyenne.

Près de 6 sur 10 ont déclaré passer plus de 4 heures par jour assis ou allongé, correspondant à un niveau de sédentarité élevée.

Le niveau de sédentarité élevé varie selon le département de résidence de 52 % en Corrèze à 70 % en Vienne.



///// La SRSSBE NA, une gouvernance à 2 niveaux, et une déclinaison en 4 objectifs transversaux, 3 axes et 12 objectifs opérationnels.

Comme indiqué en préambule, la Stratégie régionale Sport Santé Bien-Etre Nouvelle-Aquitaine 2019- 2024 est le fruit de collaborations partenariales fortes entre les trois institutions pilotes que sont l'ARS, la DRDJSCS et la Région Nouvelle–Aquitaine auxquelles s'est joint le réseau des 24 correspondants sport santé bien être des directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-PP) et des délégations départementales de l'ARS, ainsi qu'un certain nombre d'opérateurs identifiés et engagés sur le champ de la prescription de l'activité physique sur ordonnance depuis plusieurs années (comme Limousin sport santé, Côte basque sport santé, Pass'Mouv en Dordogne, expérimentation Prescirmouv en ex-Poitou-Charentes, ...).

Les acteurs du secteur sport et du secteur santé sont nombreux. Trois entités se distinguent :

- Les pratiquants et/ou patients
- Les professionnels de santé
- Les structures sportives publiques ou privées.

Si des actions Sport Santé sont mises par certains d'entre eux, il n'en demeure pas moins que les passerelles et les collaborations restent peu développées faute, bien souvent, de connaissance et de rapprochement des acteurs de l'un et l'autre des champs.

La Stratégie régionale SSBE Nouvelle – Aquitaine doit s'efforcer de créer ces synergies nécessaires pour la réalisation d'actions et de projets répondant concrètement aux besoins des publics pour qui une pratique d'activité physique régulière et adaptée, s'avérera bénéfique pour:

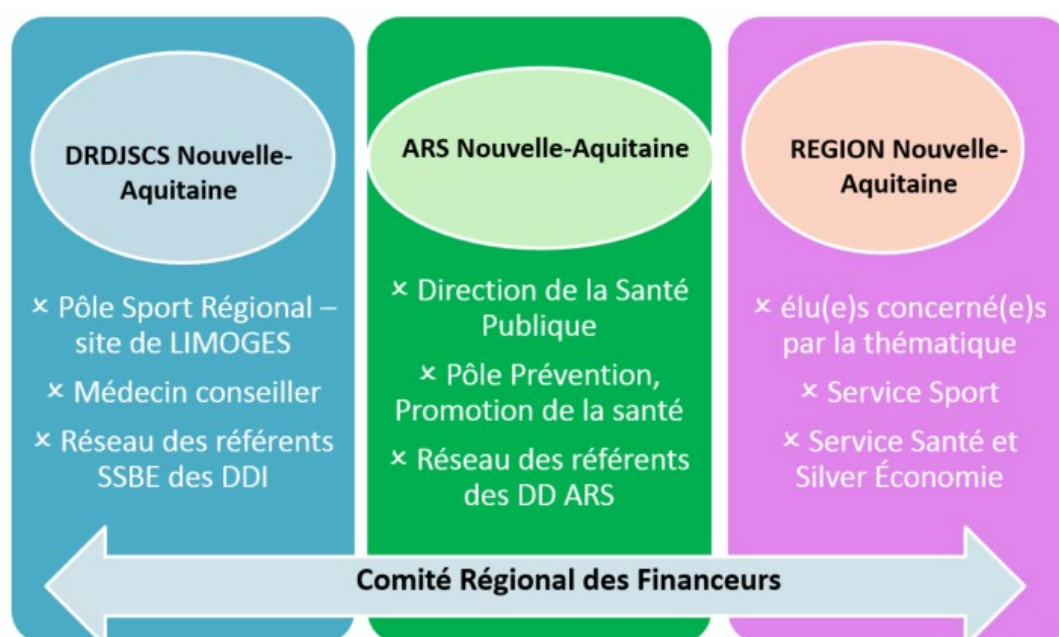
- **préserver son capital santé** (*prévention primaire*) : lutter contre la sédentarité (ex : mobilités actives), promouvoir les APS et permettre la pratique à un public inactif non atteint de pathologie (ex : auprès des jeunes, etc.),
- **mieux vivre une pathologie chronique** : parcours d'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients
 - *prévention secondaire* : diminution de la prévalence d'une maladie ou la stabilisation d'une pathologie, voire sa disparition (accompagnement des soins, des traitements ...)
 - *prévention tertiaire* : diminution de la prévalence d'incapacités chroniques ou de récives et donc réduction des complications ou rechutes consécutives à la maladie
- **mieux vieillir** : en préservant l'autonomie et/ou en **limitant les risques de dépendance** (ex : activité physique adaptée en EHPAD, programme adapté aux seniors permettant une pratique d'AP régulière).



La stratégie régionale SSBE Nouvelle-Aquitaine réaffirme le cadre régional comme garant de la cohérence stratégique et opérationnelle au service de l'ensemble des territoires de la Nouvelle-Aquitaine. Compte tenu de la diversité de la région, il a été préconisé un mode de coordination pluriel et à plusieurs niveaux.

///// Le mode de gouvernance régionale et territoriale

Si le mode de gouvernance et de pilotage des instances stratégiques et décisionnelles restent inchangés à celui prévu par l'instruction interministérielle du 24 décembre 2012, à savoir le co-pilotage par l'ARS et DRDJSCS, il est complété à ce jour par le partenariat volontariste de la Région Nouvelle – Aquitaine.



Le Comité Régional des Financeurs,

- fixe les orientations et programmations de la stratégie régionale SSBE Nouvelle-Aquitaine,
- élabore des plans d'actions annuels en s'appuyant entre autres sur le CROS Nouvelle-Aquitaine
- finance et contrôle les actions.



Il se réunit au minimum 3 fois par an et autant que de besoin avec l'objectif de réaliser des bilans intermédiaires au regard du programme de travail.

Pour mener à bien ces missions, le comité régional des financeurs peut prendre l'attache de la Conférence Territoriale du Sport et la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) en matière de prévention, de santé scolaire, de santé au travail et de protection maternelle et infantile, instances qui réunissent d'ores et déjà des acteurs clés du sport, santé bien-être pour alimenter et accompagner cette Stratégie.

Ainsi, la Région et la DRDJSCS Nouvelle –Aquitaine, co – animateurs de la **CTS** ont décidé de porter la création d'un **groupe technique sur la thématique sport santé bien - être** dont les réflexions et travaux sont intégrés dans 2 des 4 objectifs généraux et transversaux du plan.

De même l'ARS qui anime la **Commission de coordination des politiques publiques** en matière de prévention, de santé scolaire, de santé au travail et de protection maternelle et infantile a mobilisé et continuera de mobiliser cette instance pour enrichir les travaux menés dans le cadre de la SRSSBE NA. Cette commission réunit des collectivités territoriales, les services de l'Etat, les organismes de l'assurance maladie agissant tous sur le champ de l'action publique relative à la santé de la population selon leur domaine de compétence, afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres.

Au niveau territorial, départemental ou interdépartemental selon les territoires, le Comité régional des financeurs pourra s'appuyer sur les instances territoriales de coordination pour alimenter, mettre en œuvre et animer la Stratégie régionale SSBE sur leurs territoires respectifs.



**Comité régional
des financeurs**

**Des représentants désignés
Des rôles et des missions**

**Conférence Territoriale
du sport
&
Commission de
Coordination des
politiques publiques
en matière de
prévention**

**Instances
territoriales de
coordination
SSBE**

**Des personnes ressources identifiées
Des rôles et des missions
DDCSPP – DD ARS
Département - CDOS- CPAM**

Les instances territoriales de coordination Sport santé bien-être

- sont animées par le réseau départemental des DD ARS et des DDCS – PP
- pilotent au niveau de leur territoire le déploiement de la Stratégie régionale, et assurent le suivi et des actions des Plans d'actions régional annuels, selon son champ de compétences et le territoire d'application de l'action,
- accompagnent des initiatives locales contributives,
- réunissent les acteurs locaux de son périmètre territorial, engagés sur des actions SSBE (a minima Département, CDOS et CPAM du territoire concerné)



////// Les 4 objectifs transversaux de la Stratégie régionale SSBE

Les 3 premiers objectifs relèvent plutôt des finalités de la stratégie alors que le quatrième est un objectif structurel, au service des précédents.

- **OT1** : Préserver pour tous l'autonomie et l'espérance de vie en bonne santé
- **OT2** : Promouvoir un mode de vie physiquement actif dès le plus jeune âge.
- **OT3** : Développer des environnements favorables à un mode de vie physiquement actif (collectivités, entreprises.....).
- **OT4** : Développer des ressources territoriales sport santé bien être et faciliter la mise en réseau plus systématique entre acteurs concernés (professionnels de santé, social, sportif, usagers, collectivités.....).

Pour parvenir à l'atteinte de ces objectifs, ont été fixés 3 axes stratégiques ainsi que leurs déclinaisons opérationnelles

////// Les 3 axes stratégiques et leurs objectifs opérationnels

→ AXE 1 = Promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité

Pour répondre à cet axe, il s'agira de

- **OO1 : SENSIBILISER** et accompagner le plus grand nombre pour promouvoir l'activité physique et réduire les comportements sédentaires
- **OO2 : RENFORCER** la visibilité et la précision liée à l'offre
- **OO3 : INSCRIRE** la Stratégie régionale SSBE Nouvelle-Aquitaine au sein des autres plans régionaux, comme EDD, Plateforme régionale sport et handicap, Plan régional santé environnement, Stratégie régionale nutrition...

Les actions afférentes à cet axe sont déclinées et détaillées dans le plan d'actions régional SSBE 2019 et sont alimentées notamment par les travaux du groupe technique de la CTS.

→ AXE 2 = Prescription de l'activité physique et sportive

Il s'agit ici de l'axe majeur du plan d'actions régional SSBE 2019, dont la mise en œuvre a déjà été amorcée en 2018. Ce choix de prioriser la déclinaison opérationnelle du dispositif de prescription au niveau régional s'est faite dans la suite logique des travaux interministériels engagés dès 2012 entre le Ministère de la Santé et le Ministère des Sports et du **décret du 30 décembre 2016, entré en vigueur au 1er mars 2017.**



Pour le dispositif régional de Prescription d'exercice physique pour la santé (PEPS), le défi est de s'appuyer sur les multiples et diverses initiatives existantes, en faisant converger les pratiques pour continuer à développer et mailler ainsi le territoire.

La déclinaison territoriale du dispositif de prescription sera pilotée par **l'instance territoriale de coordination SSBE** et mise en œuvre par un **coordonnateur territorial PEPS**.

Ce pilotage renforcé, vise à faciliter, impulser et dynamiser toutes les initiatives et tous les projets en cours au niveau régional en :

- Assurant la coordination et la synergie des acteurs concernés et en lien avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental ;
- Mobilisant les financeurs possibles y compris les moyens mobilisables dans le cadre de la conférence des financeurs
- Étant le réceptacle et la diffusion d'échanges de bonnes pratiques ;
- Assurant la cohérence au niveau territorial de la SRSSBE NA avec les autres plans, programmes, et schémas en cours ou à venir (Projet Régional de Santé, Schéma régional de développement du sport,...) ainsi que le programme coordonné de la prévention de la perte d'autonomie établi par la Conférence des financeurs ;
- Coordonnant les besoins des prescripteurs et des offreurs d'activités physiques et sportives adaptées ;
- Pilotant l'évaluation générale du dispositif et en assurant les synergies avec le monde de la recherche en région ;
- Étant le garant du dispositif « Sport et Santé » régional.

Les objectifs opérationnels permettant de répondre à cet axe sont les suivants :

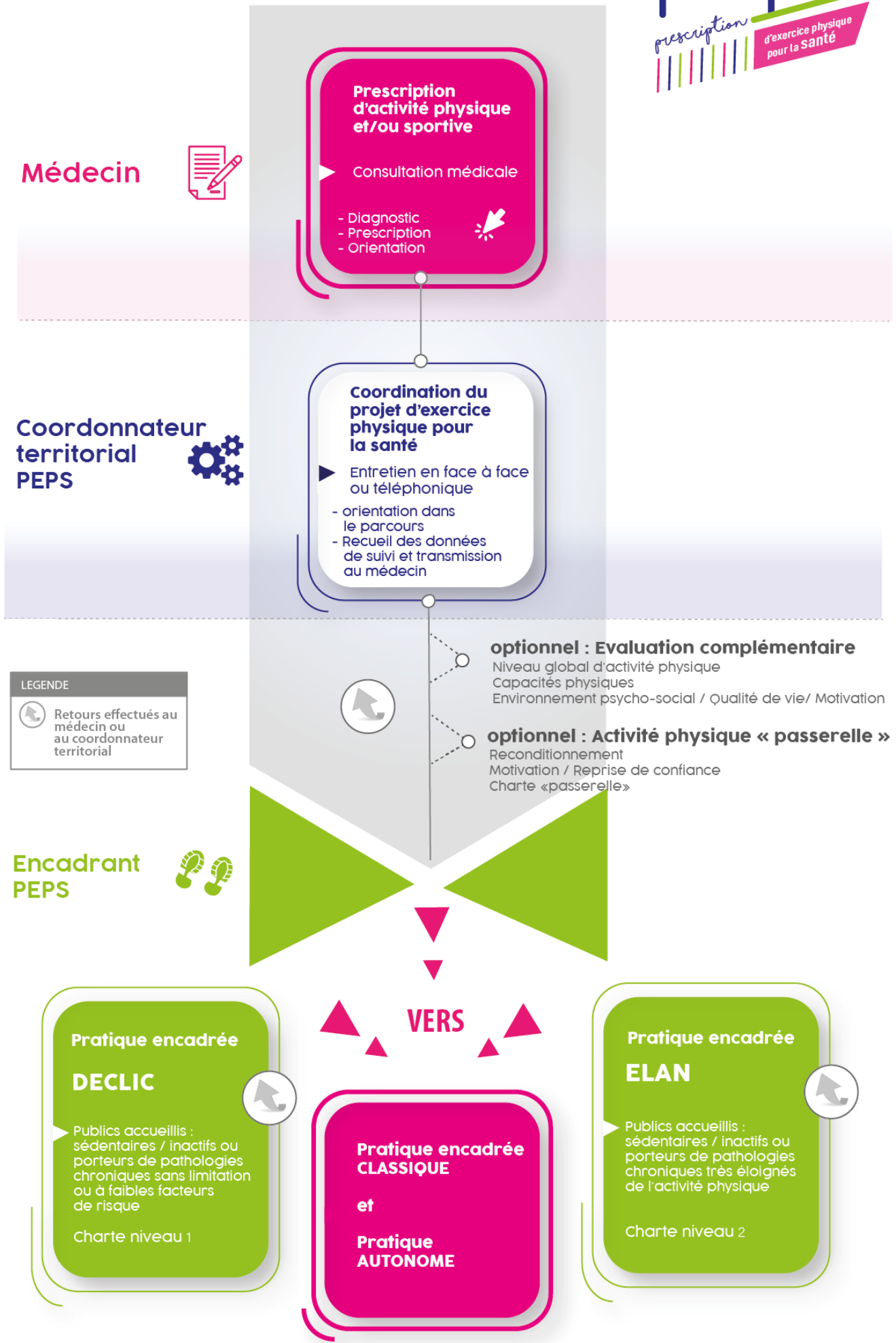
- **OO1 : STRUCTURER** et cadrer un dispositif d'appui territorialisé de prescription en Nouvelle-Aquitaine
- **OO2 : IDENTIFIER** l'offre d'accueil et l'encadrement pour la rendre visible et la valoriser
- **OO3 : SENSIBILISER** les structures d'accueil
- **OO4 : FORMER** l'encadrement
- **OO5 : MOBILISER** et **ACCOMPAGNER** les prescripteurs

Les actions afférentes à cet axe sont déclinées et détaillées dans le plan d'actions régional SSBE 2019.

Le dispositif régional PEPS, un cadrage régional ciblé sur :

- La Prescription et la mobilisation des professionnels de santé
- Le Parcours (complément d'évaluation, passerelle, suivi)
- L'Identification et la valorisation de l'offre
- La Formation (champ sportif)

Avec une recherche plus systématique d'organisation territoriale (état des lieux, coordination partenariale, recherche de complémentarités locales), ainsi qu'un maillage avec les initiatives déjà existantes.



Médecin



Prescription d'activité physique et/ou sportive

Consultation médicale

- Diagnostic
- Prescription
- Orientation

Coordonnateur territorial PEPS



Coordination du projet d'exercice physique pour la santé

- Entretien en face à face ou téléphonique
- orientation dans le parcours
- Recueil des données de suivi et transmission au médecin

LEGENDE

Retours effectués au médecin ou au coordonnateur territorial

optionnel : Evaluation complémentaire
 Niveau global d'activité physique
 Capacités physiques
 Environnement psycho-social / Qualité de vie/ Motivation

optionnel : Activité physique « passerelle »
 Reconditionnement
 Motivation / Reprise de confiance
 Charte «passerelle»

Encadrant PEPS



Pratique encadrée DECLIC

Publics accueillis : sédentaires / inactifs ou porteurs de pathologies chroniques sans limitation ou à faibles facteurs de risque

Charte niveau 1

VERS

Pratique encadrée CLASSIQUE

et

Pratique AUTONOME

Pratique encadrée ELAN

Publics accueillis : sédentaires / inactifs ou porteurs de pathologies chroniques très éloignés de l'activité physique

Charte niveau 2



Dans ce cadre (OO1), une mission de préfiguration du dispositif régional PEPS, a été confiée en 2018 à l'association nationale EFFORMIP (Équipe pour Favoriser la FORMe dans l'Intérêt des Patients)²¹.

Les missions confiées à EFFORMIP par le Comité régional des financeurs restreint sont les suivantes :

- ✓ Animer le dispositif régional de prescription
- ✓ Fédérer et animer le réseau régional d'acteurs : rencontres et échanges avec les acteurs des différents territoires, diffusion de la stratégie élaborée, mobilisation des acteurs autour du projet, organisation d'une journée d'animation annuelle pour tous les acteurs
- ✓ Proposer un modèle de structuration régionale et de gouvernance associée opérationnel et pérenne tant sur le plan juridique qu'économique
- ✓ Formaliser le cahier des charges pour la prescription et le suivi de toute personne entrant dans le dispositif (socle commun minimum) et le diffuser / relayer sur tout le territoire auprès de tous les acteurs
- ✓ Concevoir les outils sur la base des travaux des orientations arrêtées par les 4 groupes de travail
- ✓ Créer une identité visuelle pour le dispositif

→ AXE 3 = Communication - innovation – recherche – évaluation

Ce dernier axe, est un support des deux premiers. Il repose sur l'atteinte des cinq objectifs opérationnels ci – dessous :

- **OO1 : DEVELOPPER** et mettre en œuvre l'accès à l'information pour les acteurs, les professionnels de santé, les publics visés sur les activités « sport santé bien-être »
- **OO2 : DIFFUSER** les données probantes et accompagner leur utilisation
- **OO3 : IMPLIQUER** les équipes universitaires notamment au travers de recherches interventionnelles, d'appui à l'évaluation d'impact d'actions menées (sanitaires, économiques...), etc.
- **OO4 : SOUTENIR** l'innovation notamment au travers des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

²¹ Annexe 3 : Présentation de la structure EFFORMIP



Stratégie régionale

Sport santé

NOUVELLE-AQUITAINE *bien-être*

Plan d'actions régional 2019

13 actions au service d'un projet ambitieux :

- 4 fiches actions (A à D) sur l'axe 1 (objectifs opérationnels 1 et 3)
- 7 fiches actions (E à K) sur l'axe 2 (ensemble des objectifs opérationnels)
- 2 fiches actions (L et M) sur l'axe 3 (objectifs opérationnels 2, 3, 4)



Promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité

Objectif opérationnel : SENSIBILISER et ACCOMPAGNER le plus grand nombre pour promouvoir l'activité physique et réduire les comportements sédentaires

Fiche action A	Développer la mise en réseau des acteurs au niveau local pour déployer et optimiser des actions de promotion des AP auprès des enfants et des jeunes
Public cible	Enfants, pré – adolescents et adolescents (0 à 18 ans), apprentis Les acteurs éducatifs en contact avec ces jeunes
Contexte	Des programmes, dispositifs existent déjà sur certains territoires à destination des jeunes en milieu scolaire (écoles élémentaires, collèges, lycées) Réforme sur l'aménagement des rythmes scolaires Parcours éducatif santé de l'élève
Pilotes	ARS, DRDJSCS, Région Nouvelle-Aquitaine ainsi que Rectorats de Bordeaux, Limoges et Poitiers
Promoteurs	IREPS Nouvelle-Aquitaine, Mutualité Française Nouvelle-Aquitaine, Association régionale de cardiologie, Caisses primaires d'assurance maladie, Protection judiciaire de la Jeunesse...
Partenariats	DDCS - PP, DSDEN, collectivités territoriales, associations sportives locales de proximité
Modalités d'action	Relayer les campagnes d'informations nationales et en accompagner l'appropriation des messages, accompagner les mises en acte des actions Favoriser le développement de projets type « J'aime manger – bouger » (outils Le petit cabas) et « Like You », « Bouge, une priorité pour ta santé », « Bouge tes baskets », ICAPS. Animation de séances pédagogiques en classe ayant pour fil conducteur la nutrition Mise en place de séances pratiques d'activité physique et sportive Délivrance de moyens techniques à l'équipe pédagogique afin de poursuivre la sensibilisation des élèves tout au long de l'année Sensibilisation lors des bilans de santé dans les Centres d'examen de santé, via le Challenge Michelet
Déclinaison territoriale	Les écoles primaires, les collèges et les lycées (une vingtaine d'établissements) dans les départements 19, 24, 33, 40, 47, 64, 87 implantés en zone d'éducation prioritaire et / ou territoire CLS
Financement	ARS, DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et Région Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Favoriser la pratique régulière d'une activité physique chez les enfants et les adolescents en développant le goût, le plaisir et l'envie Développer les connaissances des enfants et adolescents sur la nutrition (alimentation équilibrée et pratique d'une activité physique régulière) pour la santé Mobiliser et accompagner les équipes éducatives dans la promotion de la nutrition auprès des enfants Sensibiliser les parents à une bonne alimentation et à la pratique d'activité physique pour leurs enfants
Indicateurs d'évaluation	Couverture des territoires néo-aquitains en termes d'actions, par tranches d'âges Indicateurs de résultats des programmes régionaux mis en œuvre Niveaux d'activité physique et de sédentarité en classe de 6ème



Promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité	
Objectif opérationnel : SENSIBILISER et ACCOMPAGNER le plus grand nombre pour promouvoir l'activité physique et réduire les comportements sédentaires	
Fiche action B	Promouvoir en milieu de travail les actions luttant contre la sédentarité et favorisant l'activité physique
Public cible	Population adulte active et jeunes retraités
Contexte	Sédentarisation du travail Niveau d'AP de la population active
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine, réseau SQVT NA, Mutualité française, IREPS...
Partenariats	DIRECCTE, CARSAT, collectivités territoriales, médecine du travail
Modalités d'action	Relayer les campagnes d'informations nationales et en accompagner l'appropriation des messages, accompagner les mises en acte des actions (échanges de pratiques, journées thématiques, journée « escaliers »...) Promouvoir les environnements de travail favorables à un mode de vie physiquement actif (collectivités, entreprises.....) et moins sédentaire Promouvoir et accompagner les actions sur les « habitudes de vie » (alimentation, activité physique, sommeil, prévention des addictions,...) en milieu du travail (ex : « Ecoutons-nous »)
Déclinaison territoriale	Territoire néo-aquitain
Financement	ARS, DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et Région Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Diminuer la sédentarité au travail et dans les activités quotidiennes Favoriser la pratique régulière d'une activité physique chez les populations actives et les jeunes retraités. Développer les connaissances des populations actives et les jeunes retraités sur la nutrition (alimentation équilibrée, pratique d'une activité physique régulière, limitation de la sédentarité, image corporelle positive) pour la santé Mobiliser et accompagner les entreprises, les collectivités territoriales dans la promotion des mobilités actives auprès des populations actives et des jeunes retraités Articulation avec les autres dynamiques de développement territorial (urbanisme, aménagement urbain, modalités de transport, spécificité des territoires ruraux...)
Indicateurs d'évaluation	Nombre et répartition géographique des entreprises/collectivités territoriales engagées Nature des actions menées en milieu de travail Niveau d'activité physique des actifs



Promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité	
Objectif opérationnel : SENSIBILISER et ACCOMPAGNER le plus grand nombre pour promouvoir l'activité physique et réduire les comportements sédentaires	
Fiche action C	Promouvoir et accompagner le développement de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité auprès des personnes âgées et personnes en situation de handicap
Public cible	Personnes âgées et personnes en situation de handicap en établissements
Contexte	Enjeu de préserver l'autonomie, notamment par l'activité physique Pour les personnes en situation de handicap, prévalence accrue du surpoids liée à la certains troubles et/ou les traitements associés. Evolution de l'offre nécessaire afin faciliter l'inclusion en milieu ordinaire. Qualité des interventions à assurer dans les établissements Pas d'état des lieux exhaustif et qualitatif disponible en NA sur les actions menées auprès de ces publics.
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine pour l'étude Enseignants en activité physique adaptée (ex : SIEL Bleu, Resanté-vous,...), CD EPGV, CDSA, CD Handisport etc...pour l'accompagnement
Partenariats	Départements, Ligues sport adapté et handisport
Modalités d'action	Réalisation d'un état des lieux des politiques et actions des établissements en matière d'activité physique (dans le cadre d'une enquête plus large sur la nutrition) Accompagnement de dynamiques d'établissements volontaires ou déjà à l'œuvre dans le cadre des appels à projets (Conférence des financeurs, EHPAD Centre Ressources...)
Déclinaison territoriale	Territoire néo-aquitain
Financement	ARS, DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et Région Nouvelle-Aquitaine, Conférence des financeurs
Points de vigilance et leviers	Identification des écarts des actions d'activité physique menées en établissement avec les recommandations d'AP à des fins de santé Repérage des besoins d'accompagnement Pour les interventions en établissement, lien à créer ou consolider avec les structures locales de pratiques (milieu ordinaire) et accompagnement pour le développement et la pérennisation d'une politique d'AP dans l'établissement
Indicateurs d'évaluation	Pourcentage d'établissements engagés dans des politiques/actions des en matière d'activité physique en NA, Pourcentage d'entre eux satisfaisant les critères de pratique à des fins de santé, Pourcentage d'entre eux ouvert/connecté aux structures locales de pratique « ordinaire » Pourcentage et répartition géographique des établissements ayant bénéficié d'un accompagnement au développement de l'AP au sein de leur établissement



Promotion de l'activité physique et lutte contre la sédentarité	
Objectif opérationnel : INSCRIRE la SRSSBE NA au sein des autres plans régionaux	
Fiche action D	Développer une approche partagée du sport santé au service des territoires de NA
Public cible	L'ensemble de la population néo-aquitaine
Contexte	Des inégalités sociales, territoriales, de santé fortes et impactantes en termes de qualité de vie pour la population néo – aquitaine Projet régional de santé, dont PRSE, Stratégie régionale nutrition Schéma territorial de développement du sport Charte de développement maîtrisé des sports de nature Plateforme régionale sport et handicap
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle – Aquitaine
Partenariats	Collectivités territoriales, autres services de l'ETAT, CPAM, villes santé OMS, CLS, ASV, Mutualité française, IREPS...
Modalités d'action	Intégrer le sport santé dans l'élaboration des politiques territoriales, notamment dans les Contrats locaux de santé (CLS), l'aménagement durable et solidaire des territoires, au service du « mieux vivre ensemble »
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	ARS, DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine et Région Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Veiller à créer des « conditions » qui aideront les individus, les collectifs, à faire des choix favorables à leur santé en matière d'AP et de sédentarité.
Indicateurs d'évaluation	Inscription effective d'axes sport santé dans les politiques territoriales Nombre de CLS ayant un volet activité physique Nombre et nature et qualité des actions menées dans les territoires Niveau d'AP des adultes et enfants en classe de 6ème



Prescription de l'activité physique et sportive	
Objectif opérationnel : STRUCTURER et CADRER un dispositif d'appui territorialisé de prescription en NA	
Fiche action E	Structurer et cadrer : le dispositif d'appui territorialisé de prescription, les modes de gouvernance, l'animation territoriale
Public cible	Les porteurs de pathologies chroniques Toute personne sédentaire (présentant un ou des facteur(s) de risque)
Contexte	Cadrage régional : garantissant à minima Une instance, structure de niveau régional assurant le pilotage et l'animation de ce dispositif de prescription en Nouvelle-Aquitaine Un cahier des charges relatif à la prescription, au suivi de toute personne entrant dans le dispositif Un ensemble d'outils de mesure de l'état de condition physique général et profil motivationnel de la personne entrant et sortant du dispositif Un profil de médecin prescripteur Les possibles orientations de la personne (passerelle et / ou pratique encadrée et / ou libre) et les conditions dans lesquelles ces orientations doivent s'exercer
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	ARS, DRDJSCS, Région Nouvelle – Aquitaine, réseaux des référents SSBE des 12 départements (DD AS et DDCS –PP), acteurs locaux et régionaux engagés sur la prescription
Partenariats	Acteurs néo-aquitains engagés sur la prescription d'activités physiques (URPS médecins libéraux, ...)
Modalités d'action	Réunions de COPIL restreint, réunions de COPIL élargis, consultations des acteurs néo-aquitains Formalisation du cadre général du dispositif d'appui territorialisé de prescription Création d'une identité visuelle du dispositif
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	Fonds propres ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Dresser un état des lieux départemental et régional Générer une mobilisation autour du développement des Activités Physiques et Sportives comme facteur de santé. Pas de mobilisation possible de partenaires sans démarche projet Pas de mobilisation des professionnels de santé et notamment les prescripteurs s'ils ne sont pas associés au départ du projet Importance d'avoir une lisibilité assez précise et exhaustive de l'existant avant de démarrer, de mettre en place un projet ou une action
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'acteurs mobilisés Nombre d'acteurs engagés dans le dispositif Structuration effective des modes de gouvernance et nombre d'instances territoriales de coordination créées Structuration effective du dispositif d'appui territorialisé de prescription et identification du portage pour son animation Création effective de l'identité visuelle du dispositif



Prescription de l'activité physique et sportive	
Objectif opérationnel : IDENTIFIER l'offre d'accueil et l'encadrement pour la rendre visible et la valoriser	
Fiche action F	Elaborer et diffuser les chartes de recensement et de valorisation de l'offre d'activités physiques
Public cible	Médecins généralistes, médecins spécialistes, praticiens hospitaliers, patient, coordonnateur territorial PEPS, grand public
Contexte	Définir et proposer les modalités et conditions d'accueil des personnes incluses dans le dispositif régional de prescription d'activité physique (sortie de passerelle ou entrée directe après orientation par le prescripteur ou après l'évaluation complémentaire) Définir et proposer les profils possibles d'encadrement de ces personnes Définir et proposer le circuit par lequel l'offre pourra être identifiée, reconnue et valorisée (y compris suivi et périodicité) Proposer le ou les outils de valorisation de l'offre à la fois en termes de modalités et conditions d'accueil et d'encadrement (quelles garanties de visibilité minimale)
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	Instances territoriales de coordination, EFFORMIP, PTA, MSP, CPAM, collectivités territoriales, associations sportives, enseignants en activité physique adaptée, URPS médecins libéraux, URPS masseurs-kinésithérapeutes, ...
Partenariats	Services réglementation des DDCCS - PP
Modalités d'action	Recensement des outils de valorisation existants dans les 3 ex territoires et au-delà. Elaboration d'un cahier des charges régional (3 niveaux de reconnaissance, critères correspondant à chaque niveau d'engagement, organisation du circuit et du suivi, Des critères transversaux et des critères différenciés et spécifiques selon le niveau d'engagement), Elaboration d'une charte comportant un engagement moral avec les droits et devoirs pour chaque signataire de la charte Identification et formalisation des modalités d'évaluation, suivi et contrôle Création d'un questionnaire de référencement en ligne Formalisation des procédures et critères d'exclusion du dispositif en cas de non-respect des engagements Recensement des professionnels de santé (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens), souhaitant être acteurs du dispositif Valorisation de l'offre par l'ARS, la DRDJSCS, et la Région Nouvelle-Aquitaine, mais aussi le CROS, les CPAM, ...
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	ARS et DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Profusion de labels, charte, etc..., profusion d'actions sport santé : comment faire pour se distinguer ? comment et sur quoi communiquer
Indicateurs d'évaluation	Recensement effectif de l'offre et soutien du développement d'une offre de proximité pour un maillage territorial pertinent Création effective du questionnaire en ligne Diffusion du questionnaire de référencement Nombre de questionnaires renseignés et demandant leur référencement Recensement effectif des professionnels de santé engagés



Prescription de l'activité physique et sportive	
Objectif opérationnel : SENSIBILISER les structures d'accueil	
Fiche action G	Former à l'accueil de personnes inscrites dans le dispositif d'appui territorialisé de prescription
Public cible	Dirigeants bénévoles et non bénévoles des structures d'offre d'activités physiques et sportives
Contexte	Définir et proposer les compétences à mobiliser en termes d'accueil et d'intégration des personnes incluses dans le dispositif régional de prescription, sur l'étape : passerelle et pratique en structure Construire et proposer des programmes et volumes de sensibilisation (structures accueillant des publics orientés par les médecins). Permettre aux prescripteurs d'avoir une garantie d'orientation vers une activité physique en toute sécurité et avec une qualité suffisante pour accéder aux objectifs fixés avec le patient.
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	EFFORMIP
Partenariats	Instances territoriales de coordination, CDOS, réseau Profession sport et loisirs, URPS médecins libéraux
Modalités d'action	Création de modules de formations relatifs à l'accueil spécifique de ces publics dans les structures sportives
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	ARS et DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Identifier et valoriser l'ensemble des structures sportives permettant la pratique d'une activité physique et sportive régulière, adaptée, sécurisée et progressive
Indicateurs d'évaluation	Création effective de modules de sensibilisation Nombre d'actions de sensibilisation mises en place Nombre de structures et personnes sensibilisées Nombre de structures et personnes référencées suite à leur sensibilisation



Prescription de l'activité physique et sportive	
Objectif opérationnel : FORMER l'encadrement de l'offre d'activités physiques et sportives	
Fiche action H	Former à encadrer des patients orientés dans le dispositif territorialisé d'appui de prescription : formations niveau 1 et niveau 2
Public cible	Educateurs sportifs détenteurs d'un DES, DE, BPJEPS, CQP ou titre professionnel, ou diplôme fédéral, licence STAPS « entraînement », « éducation et motricité »
Contexte	Définir et proposer les profils possibles d'encadrement (qualifications et compétences) des personnes incluses dans le dispositif régional de prescription, sur les étapes suivantes : passerelle / pratique en structure Définir et proposer les compétences à mobiliser en termes d'accueil et d'intégration des personnes incluses dans le dispositif régional de prescription, sur l'étape : évaluation complémentaire, passerelle et pratique en structure Construire et proposer des programmes et volumes de formations (encadrement) Construire et proposer un dispositif de formations continues pour l'encadrement (périodicité, fréquence, durée...)
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	CREPS de POITIERS et de TALENCE, organismes de formations déclarés et habilités, CDOS, réseau profession sport et loisirs, CAPCV, URPS médecins libéraux, ...
Partenariats	Service formation de la DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine, DIRRECTE
Modalités d'action	Etablir un état des lieux des formations sport santé en Nouvelle-Aquitaine (formations fédérales, formations d'Etat abordant la thématique SSBE, BP, DE et CS et à partir de l'existant d'offres autres : CAPCV, CDOS ...). Répertoire et classer les formations existantes par niveau de qualification attribuée, par type de compétences délivrées. Identification et formalisation de contenus, de composition d'équipes de formateurs, de volume horaires, de référentiels de certification par niveau de formation Mise en place d'un dispositif de tutorat et de validation de l'expérience
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Harmoniser, articuler l'offre notamment sur formations ETAT Les structures qui souhaiteront proposer et dispenser ces formations devront se conformer au cahier des charges. Obligation pour une structure qui met en place une formation et qui demande aux stagiaires de s'acquitter de frais d'inscription et pédagogiques, de s'enregistrer comme organisme de formation L'encadrement de l'offre d'activités physiques et sportives sera fait par une personne dépositaire d'une qualification lui reconnaissant des prérogatives d'encadrement à des fins éducatives et pédagogiques et non à des fins de rééducation par exemple
Indicateurs d'évaluation	Créations effective de modules de formations niveaux 1 et 2 Nombre d'actions de formations niveaux 1 et 2 mises en place Nombres d'éducateurs sportifs formés en niveau 1 et en niveau 2 Nombre de compagnonnages réalisés Nombre d'éducateurs sportifs référencés Engagement de l'éducateur à participer annuellement à une journée de regroupement avec les autres éducateurs inscrits dans le dispositif régional de prescription (sortie du dispositif si pas de présence à cette journée annuelle en 2 ans) Recyclage PSC1 (à prévoir 1 fois tous les 5 ans)



Prescription de l'activité physique et sportive	
Objectif opérationnel : MOBILISER, ACCOMPAGNER et FORMER les prescripteurs	
Fiche action I	Accompagner les prescripteurs : les outils de prescription
Public cible	Médecins généralistes, médecins spécialistes, praticiens hospitaliers
Contexte	Définir les outils nécessaires à la prescription et leur contenu minimal Prescription d'activités (incluant le certificat d'absence de contre-indication) avec les restrictions éventuelles (types de mouvement, limitations cardiaques (à détailler) et des préconisations (ex : intervalle de glycémie conditionnant l'activité) Dématérialisation de l'outil à envisager
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	EFFORMIP
Partenariats	Conseil Régional de l'ordre des médecins NA, URPS médecins libéraux, CPAM, Porteurs de dispositifs territoriaux de prescription
Modalités d'action	Conception des outils : Support de prescription, Guide du prescripteur, Livret pour patients, conception d'un outil de gestion de bases de données
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	ARS et DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Creuser le volet juridique quant à la responsabilité (médecin, éducateur...) en cas d'accident Information du médecin traitant quand il n'est pas le prescripteur
Indicateurs d'évaluation	Réalisation effective des 3 outils identifiés Nombre d'outils diffusés Nombre d'outils utilisés



Prescription de l'activité physique et sportive	
Objectif opérationnel : MOBILISER, ACCOMPAGNER et FORMER les prescripteurs	
Fiche action J	Accompagner et mobiliser: les outils et actions de communication, sensibilisation et formation
Public cible	Médecins et autres professionnels de santé, patientèle, grand public
Contexte	Définir les modalités et outils de sensibilisation des médecins, des autres professionnels de santé « relais », des patients, du grand public
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	EFFORMIP, Instances territoriales de coordination SSBE
Partenariats	Conseil Régional de l'ordre des médecins NA, URPS médecins libéraux, CPAM, URPS masseurs-kinésithérapeutes, URPS pharmaciens, URPS infirmiers, porteurs de dispositifs territoriaux de prescription, collectivités territoriales, CLS, MSP, France Asso santé, ETHNA, Chaire Sport santé de l'Université de Poitiers...
Modalités d'action	<p><u>Conception d'un kit communication</u> pour la salle d'attente, de flyers grand public, livret pour les patients...</p> <p><u>Modules de sensibilisation et de formation des médecins</u> : conception (connaissance et utilisation du dispositif, entretien motivationnel...), identification du pool d'intervenants, organisation et animation de sessions</p> <p><u>Mobilisation</u> : par des rencontres territoriales avec l'ensemble des acteurs (médecins, acteurs sportifs, collectivités...mais aussi IDE, pharmaciens, et autres professionnels qui peuvent être des relais, communication grand public sur le dispositif</p> <p>Mobilisation des patients sur actions de sensibilisation (intervention directe, films....), par des patients experts</p> <p><u>Sensibilisation des étudiants en médecine et pharmacie</u> via le projet « Happy doc »</p>
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	<p>Mobiliser les collectivités (notamment CLS, et collectivités actives du PNNS), pour communiquer sur le dispositif, notamment dans les manifestations grand public, afin que les personnes connaissent le dispositif et puissent en parler à leur médecin</p> <p>Mobiliser les animateurs de santé publique dans les établissements de santé</p> <p>Inciter les MSP à inclure l'AP dans leurs projets</p>
Indicateurs d'évaluation	<p>Réalisation effective des outils identifiés, des modules des sensibilisation- formation</p> <p>Nombre d'outils diffusés, Nombre d'outils utilisés</p> <p>Nombre de sessions de sensibilisation, de formation réalisées</p>



Prescription de l'activité physique et sportive	
Objectif opérationnel : MOBILISER, ACCOMPAGNER et FORMER les prescripteurs	
Fiche action K	Le parcours et l'orientation de la personne dans le dispositif
Public cible	Médecins généralistes, médecins spécialistes, praticiens hospitaliers, patients, coordonnateur territorial PEPS
Contexte	Définir et proposer les modalités de suivi et le retour d'informations au prescripteur et à la structure « relais » Définir et proposer les modalités de parcours de la personne entrant dans le dispositif Faciliter l'orientation de la personne vers plusieurs activités possibles encadrées ou libres Accompagner vers une activité physique régulière pérenne
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteurs	Instances territoriales de coordination, EFFORMIP, médecins prescripteurs, URPS médecins libéraux, coordonnateurs territoriaux PEPS, ...
Partenariats	PTA, animateurs de santé publique des établissements de santé, GHT, MSP, URPS masseurs-kinésithérapeutes, collectivités territoriales, associations
Modalités d'action	Formalisation des modalités d'inclusion, de suivi et de sortie dans le dispositif régional de prescription Conception du cadre de fonctionnement avec les Plateformes Territoriales d'Appui Structuration de la mission de coordination territoriale Formations à l'entretien motivationnel Formalisation du dispositif d'évaluation complémentaire et de l'étape « passerelle » Formation à l'outil de gestion de la base de données des résultats
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Financement	ARS et DRDJSCS Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Identifier des Référents médicaux (médecins « ressource ») pour les territoires Confier au coordonnateur territorial PEPS le rôle de relayer au médecin référent si prescription par un autre médecin que lui (au cas où, pour qu'il soit systématiquement dans la boucle)
Indicateurs d'évaluation	Critères d'inclusion, de suivi et de sortie du dispositif de prescription Nombre d'évaluations complémentaires réalisées Nombre et localisation des passerelles mises en place Nombre de formations réalisées (entretien motivationnel et outil de gestion de la base de données) Typologie des activités physiques proposées et engagées par la personne



Communication – innovation - recherche - évaluation

Objectif opérationnel : DIFFUSER les données probantes et accompagner leur utilisation

Fiche action L	Diffusion de données probantes en matière de promotion de l'activité physique
Public cible	Acteurs engagés dans des actions de promotion de l'activité physique et/ou lutte contre la sédentarité
Contexte	Nécessité de diffuser les données probantes afin de permettre aux acteurs de mener des actions de qualité
Pilotes	ARS, DRDJSCS et Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteur	IREPS
Partenariats	Université, Mouvement sportif, URPS médecins libéraux,...
Modalités d'action	Ateliers d'appropriation des données probantes et d'échanges de pratiques
Déclinaison territoriale	3 territoires de Nouvelle-Aquitaine en 2019
Financement	ARS Nouvelle-Aquitaine
Points de vigilance et leviers	Groupes de taille limitée pour une bonne qualité pédagogique =>Action à réitérer les années suivantes pour couvrir le territoire néo-aquitain
Indicateurs d'évaluation	Nombre, localisation, nature et qualité des actions engagées par les participants



Recherche et innovation dans le domaine de l'activité physique et sportive

Objectifs opérationnels :

- **IMPLIQUER** les équipes universitaires notamment au travers de recherches interventionnelles, d'appui à l'évaluation d'impact d'actions menées (sanitaires, économiques...), etc.
- **SOUTENIR** l'innovation notamment au travers des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

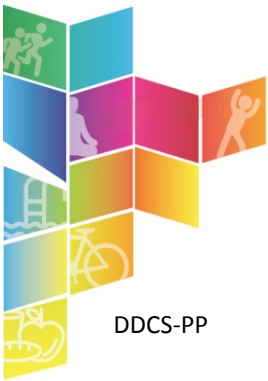
Fiche action M	Co-construire des projets de recherche et d'innovation afin de développer une expérience commune
Public cible	<p><u>Les opérateurs</u> : Universités, étudiants STAPS, professionnels de santé, entreprises, associations, etc</p> <p><u>Les bénéficiaires</u> : toute la population potentiellement concernée : jeunes, personnes avançant en âge, personnes atteintes de maladies chroniques, etc.</p>
Contexte	<p>La sédentarité est considérée comme un facteur de risque majeur pour le développement des maladies chroniques et de façon plus générale la perte d'autonomie. Son coût pour le système de santé comme pour la productivité de l'entreprise est difficile à évaluer précisément. Il représente toutefois un enjeu majeur qui a conduit les différents acteurs à se saisir de cette question.</p> <p>Apporter une réponse interdisciplinaire aux enjeux sociaux, économiques et politiques associés à la lutte contre la sédentarité, au maintien de l'autonomie, grâce à l'activité physique dans notre territoire pour devenir un centre de référence national et euro-régional.</p>
Pilotage	Région Nouvelle-Aquitaine
Promoteur	Partenaires de la Stratégie tels que la Chaire sport santé de l'Université de Poitiers
Partenariats	<p><u>Acteurs de l'écosystème sport santé</u> : Living lab Autonom'Lab, Living Lab vie la Santé à Poitiers, ReSanté-Vous, Clusters santé de la région, CHU, Laboratoires de recherche, etc.</p> <p><u>Les chercheurs</u> issus de 18 laboratoires ou centres de recherche des Universités de Bordeaux, Limoges, Pau et Poitiers élargissent au réseau. Ils permettent de couvrir des disciplines telles que (par ordre alphabétique) la biologie, le droit, l'économie, la géographie, la gestion, la mécanique, la médecine, la physiologie, la psychologie, les télécoms/réseaux ou la sociologie. Il est à noter que ces laboratoires n'ont pas nécessairement eu l'occasion de travailler ensemble sur cette problématique, et que la condition pour être affichée dans cette liste est qu'à minima un chercheur participe à l'un des projets portés par le réseau</p>
Modalités d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser les ressources scientifiques des Universités pour construire des projets de recherche interdisciplinaire en lien avec le maintien de l'autonomie (vieillesse normale et pathologique, handicap, santé et qualité de vie au travail). - Développer la culture de l'interdisciplinarité dans les formations initiales, créer des formations initiales et continues en collaboration avec les partenaires de la Stratégie. - Soutenir des projets innovants portés par des Start up, des living lab, des entreprises, des associations ou des institutions etc en partenariats avec des laboratoires de recherche. - Produire des connaissances scientifiques fondamentales et appliquées dans le cadre d'une approche translationnelle et diffuser cette connaissance auprès des futurs professionnels de santé, des collectivités territoriales et des usagers par l'intermédiaire notamment des formations universitaires et des structures de transfert existantes. Cette démarche est notamment portée par le projet de Chaire sport santé de l'Université de



	Poitiers.
Déclinaison territoriale	Ensemble du territoire néo-aquitain
Budget	Région Nouvelle-Aquitaine, ARS Nouvelle-Aquitaine quant au soutien de projets de la Chaire Sport santé
Points de vigilance et leviers	Veiller à la cohérence de la stratégie sport santé bien être avec les feuilles de route santé, silver économie de la Région et le schéma des formations sanitaires et sociales
Indicateurs d'évaluation	Nombre de projets de recherche et d'innovation initiés et soutenus Nombre de publication



ALD	affection de longue durée
ANSES	agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AP	activité physique
APA	activité physique adaptée
APS	activités physiques et sportives
ARS	agence régionale de santé
ASV	atelier Santé Ville
BPCO	broncho-pneumopathie chronique obstructive
BPJEPS	brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
CAPCV	collège aquitain de prévention des maladies cardio-vasculaires
CARSAT	caisse d'assurance retraite et santé au travail
CCPP	commission de coordination des politiques publiques
CDOS	comité départemental olympique et sportif
CDSA	comité départemental du sport adapté
CLS	contrat local de santé
CTS	conférence territoriale du sport
CNFPT	centre national de la fonction publique territoriale
CPAM	caisse primaire d'Assurance maladie
CQP	certificat de qualification professionnelle
CREPS	centre de ressources, d'expertise et de performance sportive
CROS	comité régional olympique et sportif
CD	comité départemental
CS	certificat de spécialisation
DD ARS	délégation départementale de l'ARS



DDCS-PP	direction départementale de la cohésion sociale (et de la protection des populations)
DEJEPS	diplôme d'Etat, de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
DESJEPS	diplôme d'Etat supérieur de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
DIRECCTE	direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DPC	développement personnel continu (formation professionnelle continue des professionnels de santé)
DRDJSCS	direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports, et de la cohésion sociale
DSDEN	direction des services départementaux de l'éducation nationale
EEDD	éducation à l'environnement et au développement durable
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	éducation physique et sportive
EPGV	éducation physique et de gymnastique volontaire
ES	établissements de santé
ESMS	établissements et services médico-sociaux
ETP	éducation thérapeutique du patient
F.C max	fréquence cardiaque maximale
GHT	groupement hospitalier de territoire
GT	groupe technique (référence à la conférence territoriale du sport)
ICAPS	intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité
IDE	infirmier (ière) diplômé (e) d'Etat
IREPS	instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
LFA	limitation fonctionnelle d'activité
MCV	maladies cardio-vasculaires
M.E.T	métabolic equivalent task (coût énergétique d'une activité)
MSP	maison de santé pluridisciplinaire
NA	Nouvelle-Aquitaine



N.T.I.C	nouvelles technologies de l'information et de la communication
OO	objectif opérationnel
OMS	organisation mondiale de la santé
ORS	observatoire régional de la santé
OT	objectif transversal
PA	personnes âgées
PEPS	prescription d'exercice physique pour la santé
PH	personnes en situation de handicap
PMP	projet médical partagé
PNNS	programme national nutrition santé
PRS	projet régional de santé
PRSE	plan régional santé environnement
PSC1	prévention et secours civique
PTA	plateforme territoriale d'appui
RSA	revenu de solidarité active
SDIS	service départemental d'incendie et de secours
SSBE	sport santé bien-être
STAPS	sciences et techniques des activités physiques et sportives
SQVT	santé, qualité de vie au travail
TMS	troubles musculo-squelettiques
UNSS	union nationale du sport scolaire
URPS	union régionale des professionnels de santé
ZRR	zone de revitalisation rurale



Stratégie régionale

Sport santé

NOUVELLE-AQUITAINE *bien-être*

ANNEXES



Stratégie régionale

Sport santé

NOUVELLE-AQUITAINE *bien-être*

ANNEXE 1 | *Résultats relatifs à
l'activité physique et la
sédentarité de l'enquête
Zoom santé 2018*



Définitions

Les indicateurs utilisés pour cette partie sont issus du **questionnaire GPAQ** (*Global Physical Activity Questionnaire*). Ce questionnaire a été développé par l'OMS et est utilisé dans les enquêtes Baromètre santé. Il permet de recueillir des informations sur la pratique d'exercice physique dans les situations suivantes : activités au travail et activités domestiques, se déplacer d'un endroit à un autre, les activités de sports et de loisirs, ainsi que les comportements sédentaires. Quelques concepts :

- Le **MET** (*metabolic equivalent task*) est le rapport du coût énergétique d'une activité à la dépense énergétique d'un individu au repos (assis, à parler ou à lire) et représente une consommation en oxygène à 3,5 mlO₂/kg/min soit 1 kcal/kg/h. Ainsi, une activité de 4 MET représente à une dépense énergétique équivalent à 4 fois la dépense au repos.
- Les **différents niveaux d'activité physique** :
 - **Niveau d'activité physique élevé** correspond
 - soit à une activité totale intense⁴ au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 MET-minutes par semaine
 - soit quotidiennement, de la marche à pied ou de l'activité physique modérée⁵ ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3 000 MET minutes par semaine. On considère qu'un niveau d'activité physique élevé est favorable pour la santé.
 - **Niveau d'activité physique modéré** est qualifié ainsi s'il ne correspond pas aux critères précédents **ET** si au moins un des 3 critères suivants est respecté :
 - Au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine OU
 - Au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine OU
 - De la marche à pied ou de l'activité physique modérée ou intense pendant au moins 5 jours, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes par semaine.
 - **Niveau d'activité physique limité** est classé ainsi s'il ne correspond ni au niveau d'activité physique élevé ni au niveau d'activité modéré.
- **Le niveau de sédentarité élevé** correspond à un temps passé assis ou allongé par jour supérieur à 4 heures, en dehors des périodes de sommeil.

Précaution : Selon le protocole, si les valeurs remplies sont improbables (par exemple, un nombre de jours supérieur à 7 dans les colonnes « jours de pratique par semaine », ou incohérentes dans une sous-partie, alors les informations se rapportant à ce point ne seront pas prises en compte. Au total, l'analyse de cette partie a concerné 3 761 questionnaires soit 21 % de valeurs manquantes.

1. Les situations de pratique de l'activité physique

Lors d'une semaine habituelle, 81 % déclarent pratiquer une activité physique. Cette proportion n'est pas différente selon le sexe mais est plus élevée chez les plus jeunes (89 % vs 82 % chez les 40-59 ans et 76 % chez les 60 ans et plus). Cette activité physique peut être pratiquée au travail ou lors des activités domestiques (54 %), lors de pratiques sportives ou de loisir (48 %) ou pour des déplacements (43 %). Certaines personnes cumulent deux ou trois modalités de pratiques physiques.

Les femmes de 18 à 39 ans sont plus nombreuses que les hommes du même âge à déclarer une activité physique dans le cadre du travail ou des activités domestiques (71 % vs 55 %). Ce sont les 60 ans et plus, chez les hommes comme chez les femmes, chez qui la part des déplacements est la plus élevée.

Le **temps moyen déclaré d'activité physique** est de 1h56 min⁶ (116 minutes) **par jour** : 74 minutes dans le cadre du travail ou lors de tâches domestiques (soit 64 % du temps d'activité physique totale), 22 minutes pour la pratique sportive ou de loisirs (19 %) et 20 minutes pour se déplacer (18 %).

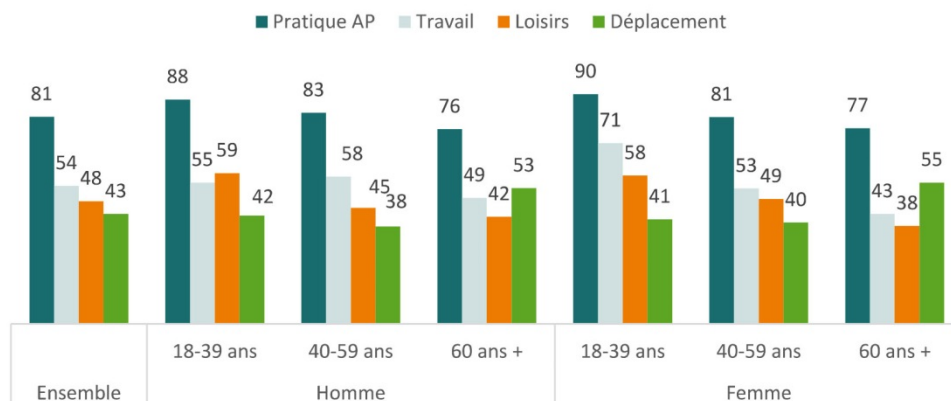
⁴ Activité qui essouffle ou qui accélère le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée

⁵ Activité qui modifie légèrement la respiration ou le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée

⁶ Il est noté ici que, conformément à ce qui est proposé dans le guide pour l'analyse du GPAQ [12], le temps est recueilli pour une semaine habituelle, puis divisé par 7 pour être exprimé en jours. Il est donc important de garder à l'esprit que les temps présentés par jour ne reflètent pas strictement les temps d'une activité physique qui serait quotidienne.



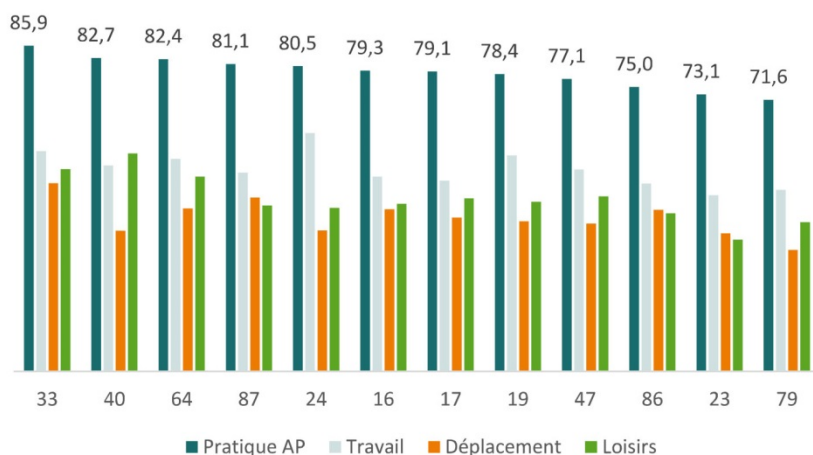
Fig 32. Contexte de la pratique d'activité physique (AP) selon l'âge et le sexe (en %)



Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

- > La proportion de personnes pratiquant une activité physique est plus élevée dans les communes de plus de 25 000 habitants que les plus petites communes (84 % vs 78 %), particulièrement en ce qui concerne les loisirs (50 % vs 44 %) et les déplacements (48 % vs 35 %).
- > La déclaration d'activité physique est en proportion plus élevée chez les personnes au chômage (87 %) et en emploi (84 %) que chez les autres. Les personnes ayant un emploi déclarent plus fréquemment une activité physique réalisée dans le cadre des sports et/ou loisirs (55 %).
- > La pratique d'activité physique augmente avec le niveau d'études (74 % pour les personnes ayant un niveau d'études inférieur au bac vs 88 % pour ceux qui ont un niveau supérieur), quel que soit le type de pratique d'activité physique (travail, déplacement et sports/loisirs).
- > Les personnes vivant seules font plus d'activité physique pendant les déplacements (55 % vs 40 %).
- > Les proportions de la pratique d'activité physique varient selon le département de résidence, de 72 % dans les Deux-Sèvres à 86 % en Gironde. La pratique dans le cadre du travail ou des activités domestiques est particulièrement élevée en Dordogne (63 %). En Gironde, c'est la proportion relative aux déplacements qui est particulièrement élevée (50 %). Les Landes occupent le premier rang pour la pratique d'activité physique dans le cadre des loisirs ou du sport.

Fig 33. Contexte de la pratique d'une activité physique selon le département de résidence (en %)



Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

Par ailleurs, la proportion de ceux qui font une activité physique au moins 10 minutes par jour est significativement associée au statut pondéral de la personne. Ainsi, 69 % des personnes en surcharge pondérale déclarent une activité physique au cours de la semaine contre 77 % des personnes de corpulence normale.



2. Le niveau d'activité physique

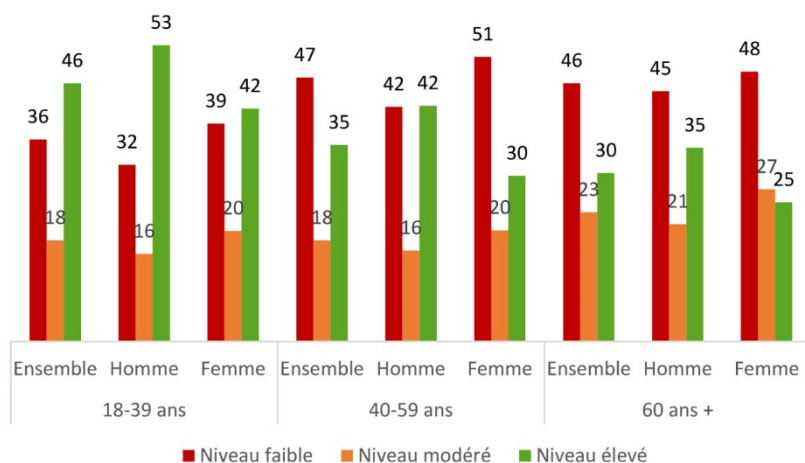
Parmi les Néo-Aquitains âgés de 18 ans et plus, 45 % ont un niveau d'activité faible, 36 % élevé, c'est-à-dire considéré comme favorable pour la santé, et 19 % un niveau modéré (cf définitions p 42). Le temps moyen quotidien d'activité physique s'élève à :

- 20 minutes pour ceux qui ont un niveau d'activité physique faible,
- 1 heure et 13 minutes pour l'activité modérée,
- 4 heures et 15 minutes pour la pratique intensive (dont 2 heures et 56 minutes pour le travail ou les activités domestiques).

L'analyse multivariée a mis en exergue que le fait d'avoir une faible pratique d'activité physique est lié au sexe, à l'âge, à l'activité, au niveau d'études, au fait de ne pas vivre seul et au département de résidence.

- > Les hommes sont plus nombreux proportionnellement que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique élevé (42 % vs 33 %) ainsi que les plus jeunes par rapport aux plus âgés (46 % vs 36 % chez les 40-59 ans et 30 % pour les 60 ans et plus).

Fig 34. Niveau d'activité physique selon le sexe et l'âge (en %)

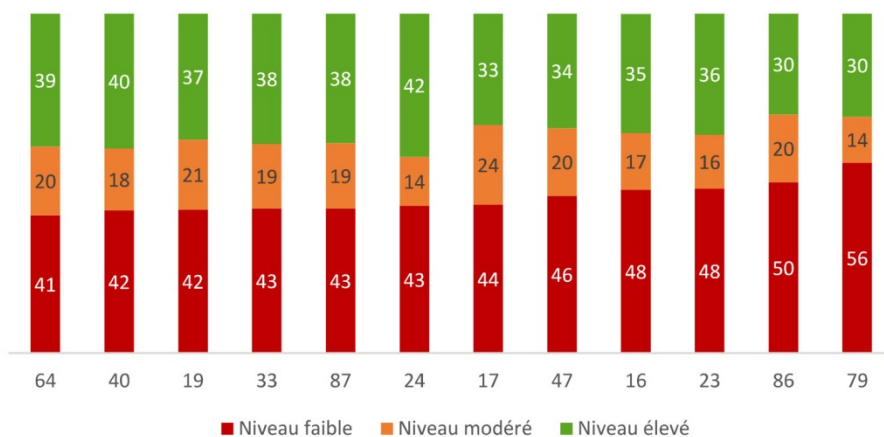


Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

- > Les cadres et les professions intellectuelles supérieures (49,2 %), les employés (47,8 %), les inactifs ou étudiants (46,5%) et les retraités sont plus nombreux à avoir une activité physique faible. Au contraire, les ouvriers (51 %), les chômeurs (48,1 %) et les agriculteurs et artisans (48 %) sont plus nombreux à pratiquer une activité physique de manière intense.
- > Les personnes dont le niveau d'études est inférieur au bac sont proportionnellement plus nombreuses (48 %) à avoir un niveau faible d'activité physique que les autres.
- > Dans les Deux-Sèvres et la Vienne, plus d'une personne sur deux a un niveau d'activité physique restreint alors que le niveau d'activité physique élevé concerne plus de quatre personnes sur dix dans les Landes et en Dordogne (Figure 35).



Fig 35. Niveau d'activité physique selon le département de résidence (en %)



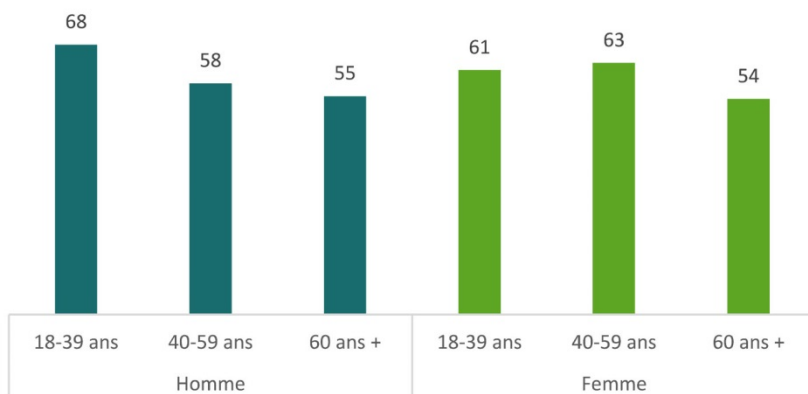
Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

3. La sédentarité

En moyenne, la population de 18 ans et plus de Nouvelle-Aquitaine déclare rester assis ou allongé 5 heures et 30 minutes (hors temps de sommeil). Près de 6 personnes habitant la Nouvelle-Aquitaine sur 10 ont déclaré passer plus de 4 heures par jour assis ou allongé, correspondant à un niveau de sédentarité élevée.

Cette proportion de sédentaires n'est pas différente selon le sexe mais varie avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Chez les moins de 40 ans, l'écart entre les hommes et les femmes est marqué (68 % vs 61 %), il s'inverse entre 40 et 59 ans (58 % vs 63 %) et les proportions sont quasiment identiques à partir de 60 ans.

Fig 36. Niveau élevé de sédentarité selon le sexe et l'âge (en %)

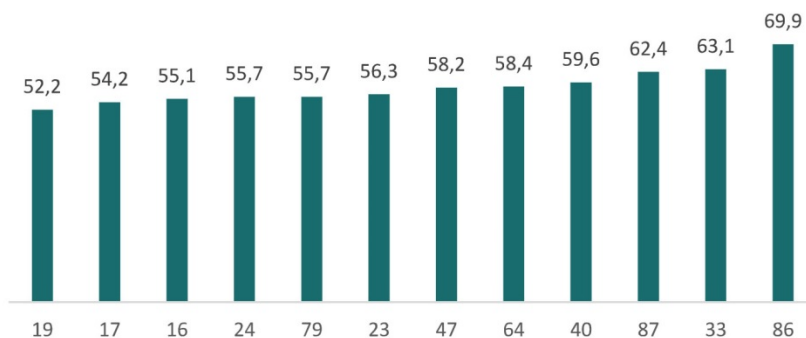


Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

- > La sédentarité est la plus élevée chez les cadres et les professions intellectuelles supérieures (84 %), les inactifs et étudiants (73 %), les employés (69 %).
- > Deux tiers des personnes ayant un niveau d'études supérieur au bac passent plus de 4 heures par jour en position assise ou allongée (hors temps de sommeil) (52 % pour celles ayant un niveau d'études inférieur au bac).
- > Les personnes seules sont plus fréquemment assises ou allongées au cours d'une journée que les autres (65 % vs 58 %).
- > Le niveau de sédentarité élevée varie selon le département de résidence de 52 % en Corrèze à 70 % en Vienne.



Fig 37. Niveau élevé de sédentarité selon le département de résidence (en %)



Source : Enquête Zoom Santé 2018, ARS Nouvelle-Aquitaine – Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

- > Sur l'ensemble des répondants aux questions sur l'activité physique, 36 % de la population cumulent un niveau d'activité physique faible et un niveau de sédentarité élevé.



Point de repère : Baromètre Santé Nutrition 2008

Ces questions sont issues du questionnaire de l'enquête Baromètre Santé Nutrition 2008. Le baromètre santé Nutrition 2008 a eu lieu par téléphone auprès d'un échantillon de 4 714 personnes représentatif de la population française des 12 à 75 ans [11].

La pratique d'une activité physique apparaît moins répandue dans l'enquête Zoom Santé que dans le Baromètre santé Nutrition 2008, une partie de cette différence peut être due à la prise en compte des réponses des 15-17 ans dans le Baromètre santé 2008. On relève par ailleurs dans l'enquête Zoom Santé une proportion plus élevée de personnes déclarant une activité physique faible.

Tab. 14. Comparaison des indicateurs sur la nutrition dans l'enquête Zoom Santé 2018 et Baromètre santé Nutrition 2008 (en %)

	Zoom Santé Nouvelle-Aquitaine 2018 18-75 ans	Baromètre Santé Nutrition France 2008 15-75 ans
Proportion de personnes pratiquant une AP		
- pendant les loisirs	49,7 %	50,6 %
- pour se déplacer	43,0 %	55,7 %
- pour le travail et/ou activités domestiques	56,1 %	57,7 %
Niveau activité physique		
- intense	37,7 %	42,5 %
- modéré	19,1 %	24,4 %
- faible	43,3 %	33,1 %

Sources : Enquête Zoom santé 2018, Enquête Baromètre Santé Nutrition 2008, Santé Publique France [11].



Stratégie régionale

Sport santé
NOUVELLE-AQUITAINE *bien-être*

ANNEXE 2 | *Description des pratiques d'activité physique chez les différents publics cibles*





ANNEXE 2 : Description des pratiques d'activité physique chez les différents publics cibles

Description des pratiques d'activité physique des enfants

Enfants de 0 à 3 ans

- o En France, il n'existe aucune étude publiée pour décrire l'activité physique des enfants de moins de 3 ans.

Enfants de 3 à 10 ans

- o Dans les études disponibles, l'activité physique des enfants est peu décrite dans sa globalité. Les études françaises présentent surtout une analyse segmentée de l'AP : participation à des AP de plein air, extrascolaires, scolaires ou encore au mode de transport pour aller à l'école.

- o Selon les études menées à l'échelle nationale (2007 et 2009) :

- les jours d'école, les enfants de 3 à 10 ans sont 35 à 47 % à pratiquer tous les jours des jeux de plein air et 30 à 39 % à ne jamais en pratiquer. Les garçons et les filles pratiquent des jeux de plein air à des fréquences identiques ;
- les pratiques diffèrent selon les jours de la semaine. Les enfants ne sont plus que 26 % à 34 % à pratiquer tous les jours et 13 à 15 % à ne jamais pratiquer de jeux en plein air les jours avec peu ou pas d'école ;
- à l'école, plus de 80 % des enfants sont décrits comme « plutôt actifs » lors des temps récréatifs et suivent régulièrement les cours d'EPS ;
- Concernant les activités physiques extrascolaires 26 % pratiquent une fois par semaine et 22 % au moins 2 fois par semaine. Les AP extrascolaires sont plus fréquentes chez les garçons que chez les filles ;
- 40 % des enfants utilisent un mode de transport actif pour se rendre à l'école.

Description des pratiques d'activité physique des adolescents

Malgré une comparaison rendue difficile par l'hétérogénéité des questionnaires utilisés, il semblerait que la pratique d'activité physique diminue au cours de l'adolescence.

Adolescents de 11 à 14 ans

- o En France, les 11-14 ans sont proportionnellement moins nombreux que des jeunes d'autres pays à un même niveau économique à réaliser 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée (APME) quotidiennes.
- o Environ 12 % des 11-14 ans pratiquent au moins 60 min d'APME par jour alors que 30% des 11-14 ans le font 5 ou 6 fois par semaine.
- o Les filles pratiquent moins d'activité physique d'intensité élevée ou modérée que les garçons. Elles sont également deux fois moins nombreuses que les garçons à réaliser les 60 minutes d'AP quotidiennes (7 % contre 16 %).

Adolescents de 15 à 17 ans

- o Environ 43 % des adolescents pratiquent au moins 30 min d'APME par jour. Les données



ne permettent pas de connaître la proportion d'adolescents de 15 à 17 ans pratiquant 60 minutes d'APME par jour, soit les recommandations françaises actuelles.

- o Comme chez les plus jeunes, les adolescentes sont moins nombreuses à réaliser 30 minutes quotidiennes d'APME par rapport aux garçons du même âge.
- o A tout âge, environ 90 % des adolescents participent régulièrement aux cours d'EPS.

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

Description des comportements sédentaires des enfants et des adolescents

- o Les données sur le comportement sédentaire des enfants et adolescents émergent progressivement. Ce comportement est essentiellement caractérisé par le temps passé assis devant un écran (télévision ou ordinateur).
- o Les données disponibles indiquent que la durée des activités sédentaires dépasserait largement celle des activités physiques d'intensité modérée à élevée.

Les enquêtes menées à l'échelle nationale montrent que :

- o Le temps passé assis devant un écran augmente avec l'âge.
- o Entre 3 et 10 ans, les enfants passent en moyenne 2 h 10 par jour assis devant un écran ; 26 % des garçons et 22 % des filles y consacrent quotidiennement 3 heures et plus.
- o Entre 11 et 17 ans, les adolescents passent en moyenne 2 h 13 (11-14 ans) et 2 h 50 (15-17 ans) assis devant un écran. Chez les 11-14 ans, 46 % y passent quotidiennement 3 heures et plus. Chez les 15-17 ans, 56 % des filles et 64 % des garçons seraient dans ce cas.
- o De 15 à 17 ans, les garçons passent plus de temps assis devant un écran que les filles.
- o Quels que soient l'âge et le sexe, le temps passé assis devant un écran est presque doublé les jours avec peu ou pas d'école.

Description des pratiques d'activité physique des adultes

- o Les méthodes actuelles d'évaluation de l'AP fournissent les estimations des durées passées à pratiquer des AP d'intensité faible, modérée ou élevée mais ne permettent pas de déterminer les caractéristiques des activités physiques pratiquées (cardio-respiratoire, renforcement musculaire, souplesse ou équilibre). Elles rendent difficile la description détaillée de l'activité physique pratiquée par les adultes.

- o Selon les études nationales (2007 à 2010) 25 à 37 % de la population a un niveau d'AP faible ; 24 à 37 % a un niveau d'AP modéré, soit 30 min d'AP quotidienne, au moins 5 fois par semaine ; 27 à 45 % à un niveau d'AP élevé, soit au moins une heure quotidienne d'AP d'intensité modérée à élevée.

- o L'enquête Eurobaromètre 2014 montre une augmentation de 8 %, par rapport à 2009, de la part des Français qui ne pratiquent aucune activité sportive ou ne font aucun exercice physique.

- o Quelle que soit la fréquence de la pratique, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer une activité physique ou sportive, particulièrement chez les jeunes adultes.

- o Une pratique encadrée est beaucoup plus fréquente chez les femmes alors qu'une pratique en compétition l'est nettement plus chez les hommes.

Anses rapport d'expertise collective Saisine n°2012-SA-0155 page 94 / 549 février 2016



- o Les cadres et professions intermédiaires, les personnes titulaires du baccalauréat ou plus, et les personnes aux revenus les plus élevés présentent des taux de pratique plus élevés que celles à revenus plus faibles. Elles sont également plus nombreuses à pratiquer une activité encadrée et à participer à des compétitions.
- o Les retraités et les personnes sans emploi ont de plus faibles niveaux d'AP que les personnes en activité.
- o Les modes de déplacement actifs (marche et vélo) sont davantage utilisés dans les villes et le centre de grandes agglomérations que dans le contexte périurbain où ces modes de déplacement sont délaissés.
- o Concernant les transports actifs, la pratique de la marche et l'usage du vélo semblent se stabiliser après une forte baisse observée entre 1982 et 1994.

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

Description des comportements sédentaires des adultes

- o Evalué par le temps quotidien passé en position assise, le comportement sédentaire diffère selon l'âge. Il est de 6 h 25 de moyenne entre 15-25 ans et de 3 h 45 entre 55 et 64 ans. Les jeunes adultes passent plus de temps assis que leurs aînés.
 - o Plus de la moitié des adultes (53 %) passent 3 h ou plus par jour assis devant un écran. Les Français passent plus de temps assis devant un écran lors des jours de repos (3 h 42) que les jours travaillés (2 h 41).
 - o Selon les enquêtes réalisées en France, les adultes passent, en moyenne, entre 3 h 20 et 4 h 40 par jour assis devant un écran en dehors du temps de travail (15 à 75 ans).
 - o Excepté entre 15 et 25 ans, le temps de sédentarité des hommes est plus élevé que celui des femmes : 59 % des hommes et 48 % des femmes passent 3 h/j ou plus assis devant un écran, en dehors du temps de travail.
 - o Les hommes et les femmes passent en moyenne autant de temps devant la télévision, mais les hommes passent plus de temps devant les écrans d'ordinateur (1 h 12) que les femmes (0 h 50).
 - o Le temps passé devant la télévision est inversement associé au niveau d'instruction ; on observe l'inverse pour le temps passé devant un ordinateur pendant le temps de loisir.
- Lors des jours travaillés, en moyenne 4 h 10/j assis au travail, 1 h 06/j assis dans les transports et 2 h 11/j assis lors de loisirs. Lors des jours non travaillés, le temps passé assis diminuait pour les transports (51 min/j) et augmentait lors des loisirs (3 h 11 h/j).
- Le temps passé dans des activités sédentaires variait selon le type d'emploi, les personnes ayant des emplois sédentaires passant plus de temps dans des activités sédentaires en dehors des heures de travail, particulièrement lors des jours travaillés.

Description des pratiques d'activité physique des personnes âgées de plus de 65 ans

- o L'analyse des données du Baromètre Santé 2008 portant sur les personnes âgées de 65 à 75 ans a montré que 43 % des hommes et 39 % des femmes avaient un niveau élevé d'activité physique 28 % et 32 % un niveau modéré 27 % et 28 % un niveau limité.
- o Ces données semblent être confirmées par les autres enquêtes nationales, menées sur des tranches d'âge sensiblement différentes : 45 % des 55 - 79 ans avaient un niveau élevé d'AP selon l'enquête INCA 2. L'enquête ENNS (55-74 ans) a rapporté que plus de 67 % des hommes et 60 % des femmes avaient un niveau moyen ou élevé d'AP.



- o L'activité physique est réalisée dans sa plus grande proportion lors d'activités professionnelles (travail rémunéré ou non, tâches ménagères, chercher un emploi) (43,9% du temps de l'activité physique totale) puis à l'occasion de déplacements (42,4 %) et dans sa plus faible proportion pendant les loisirs (13,7 %).
- o Les données concernant la modification de la pratique d'AP lors du passage à la retraite et les caractéristiques de cette pratique chez les retraités sont insuffisantes pour conclure.

Description des comportements sédentaires des personnes âgées

- o Très peu de données sur le comportement sédentaire des personnes âgées sont disponibles en France.
- o Dans l'enquête Baromètre santé nutrition 2008, les personnes âgées de 65 à 75 ans ont déclaré un temps passé assis ou allongé de 3 h 45 en moyenne et par jour en ce qui concerne les hommes et de 3 h 02 par jour en ce qui concerne les femmes.
- o Les autres enquêtes ayant évalué le comportement sédentaire sur la base du temps passé assis devant un écran montrent que les personnes âgées de 55 à 74 ans passent plus de temps devant la télévision que les personnes plus jeunes.

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



ANNEXE 3 | *Présentation de la structure EFFORMIP*



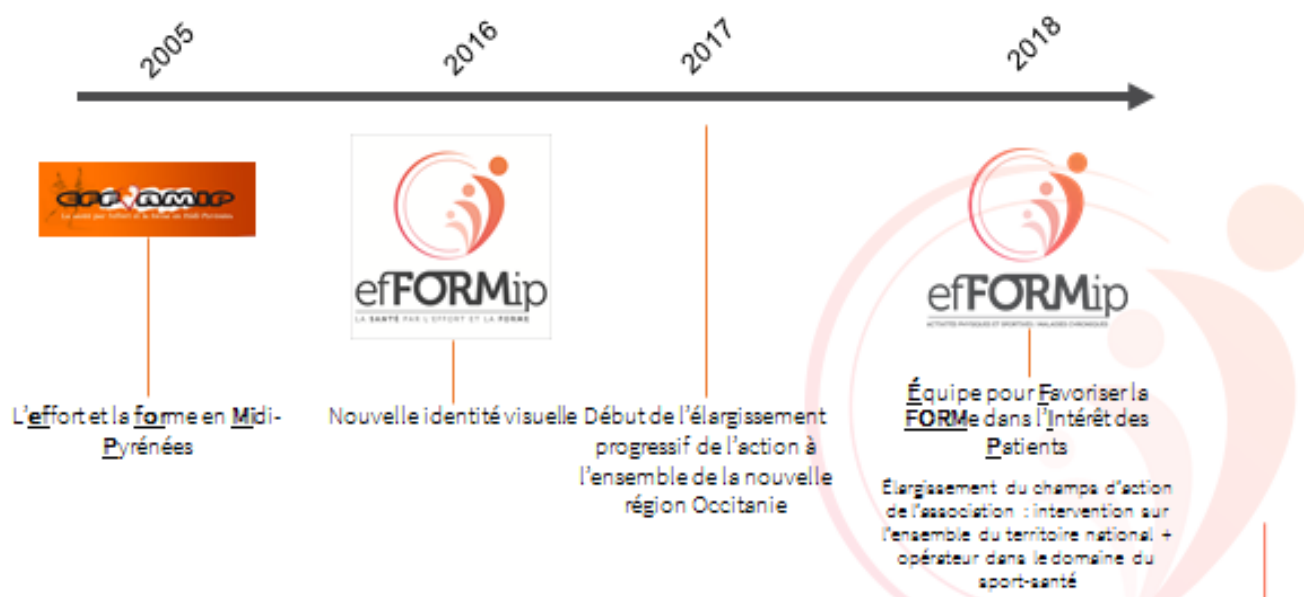
ANNEXE 3 : *Présentation de la structure EFFORMIP*

EFFORMIP

- Une association pionnière
 - ⇒ Première association française créée dès 2005 pour la prescription d'Activités Physiques (AP)
 - ⇒ Créée par le Pr Rivière, médecin du sport, précurseur et spécialiste de la prescription d'AP
 - ⇒ Présidée par le Dr Bernard BROS médecin généraliste et Maire de Carbonne (31)
- Une solide expertise
 - ⇒ 13 années d'expérience dans le domaine de la prescription d'AP
 - ⇒ Un bureau composé de médecins et de spécialistes du sport
 - ⇒ Une équipe de salariés professionnels du sport-santé
 - ⇒ Un savoir-faire et des outils fruits d'un long développement



Évolution(s) de l'association



Chiffres clés

Formation

- **1491** professionnels formés :
 - ⇒ 336 médecins
 - ⇒ 934 intervenants sportifs
 - ⇒ 56 institutionnels
 - ⇒ 165 autres professionnels de santé
- **166** sessions de formation organisées :
 - ⇒ 37 Modules 1
 - ⇒ 37 Modules 2
 - ⇒ 43 Modules 3
 - ⇒ 49 Formations spécifiques avec des partenaires
- **3545** stagiaires
- **821** structures avec des intervenants sportifs formés efFORMip

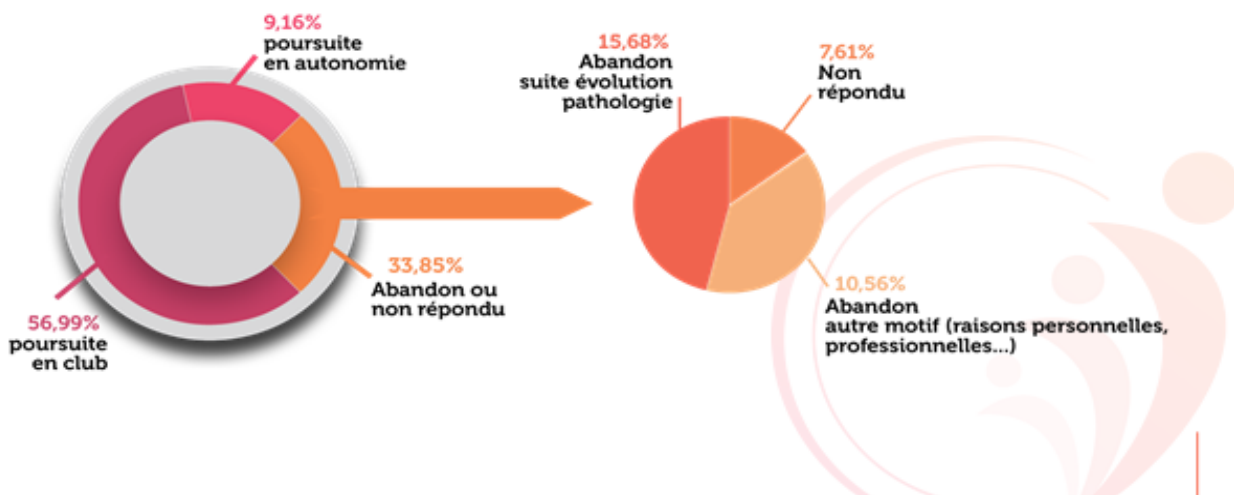
Accompagnement

- **3431** patients accompagnés
 - ⇒ 76,5% de femmes
 - ⇒ 2/3 des patients âgés de 40 à 69 ans
- Toutes pathologies chroniques
 - ⇒ 62,3% pathologies métaboliques
 - ⇒ 10,9% pathologies ostéoarticulaires
 - ⇒ 8,9% fibromyalgie
 - ⇒ 4,5% pathologies cardiovasculaires
 - ⇒ 4,3% cancers
 - ⇒ Et aussi : pathologies neurologiques, insuffisance rénale, pathologies respiratoires, pathologies psychiatriques...
- Environ **70%** des patients accompagnés maintiennent la pratique régulière d'une AP (évaluation à +6 mois)



Évaluation 2017

66,15 %
des patients inclus en 2017
continuent





Stratégie régionale
Sport santé
NOUVELLE-AQUITAINE *bien-être*



Stratégie régionale

//// **Sport** santé

NOUVELLE-AQUITAINE

bien-être

