



HAL
open science

L'intersectorialité au sein des politiques locales d'activité physique bénéfique pour la santé

Amandine Baron

► **To cite this version:**

Amandine Baron. L'intersectorialité au sein des politiques locales d'activité physique bénéfique pour la santé : le cas des territoires de Thionville et Bar-le-Duc. Sociologie. 2018. hal-02315315

HAL Id: hal-02315315

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02315315>

Submitted on 14 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master
« Conduite de Projets &
Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projets en Sport, Santé et Territoire »
Parcours « Promotion de l'Activité Physique pour la Santé »

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du grade de master

**L'intersectorialité au sein des politiques
publiques locales d'activité physique-santé**

présenté par

Amandine BARON

Proj&Ter

Maître de stage : Flore Lecomte, Déléguée générale, Société Française de Santé Publique, Laxou

Guidant universitaire : Aurélie Van Hoyer, Maitresse de conférence, Faculté des Sciences du Sport Nancy / Université de Lorraine, Villers-lès-Nancy

Juin 2018

Master
« Conduite de Projets &
Développement des Territoires »

Spécialité « Conduite de Projets en Sport, Santé et Territoire »
Parcours « Promotion de l'Activité Physique pour la Santé »

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du grade de master

**L'intersectorialité au sein des politiques
publiques locales d'activité physique-santé**

présenté par

Amandine BARON

Proj&Ter

Maître de stage : Flore Lecomte, Déléguée générale, Société Française de Santé Publique, Laxou

Guidant universitaire : Aurélie Van Hoyer, Maitresse de conférence, Faculté des Sciences du Sport Nancy / Université de Lorraine, Villers-lès-Nancy

Juin 2018

Remerciements

Je tiens tout d'abord à témoigner toute ma reconnaissance à l'ensemble des membres de la Société Française de Santé Publique pour leur accueil et tout particulièrement à Flore Lecomte, ma responsable de stage, et à Anne Laurent, chargée de mission, pour leurs précieux conseils, et leur disponibilité.

J'adresse mes remerciements à l'ensemble des membres de l'équipe projet CAPLA-Santé qui ont contribué à l'enrichissement de mon expérience par leurs connaissances et leur esprit critique.

Je remercie l'ensemble des personnes, élus, techniciens, agents administratifs qui ont contribué au bon déroulement du test et qui m'ont accordé un moment pour discuter, débattre et analyser les fonctionnements de leur territoire sur le sujet de l'activité physique-santé.

Je tiens également à remercier l'ensemble des intervenants et des professeurs de la spécialité CP2ST du Master Proj&Ter pour leurs témoignages et leurs apports de connaissances qui se sont avérés indispensables dans l'écriture de ce mémoire. Je tiens tout particulièrement à adresser mon plus profond respect à Madame Aurélie Van Hoye, ma guidante universitaire pour sa constante implication et sa disponibilité.

Enfin, je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à mon entourage proche pour l'attention qu'ils ont porté à mon travail et leur soutien.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Remerciements | 3 |
| Sommaire | 4 |
| Liste des sigles et acronymes | 6 |
| Introduction | 8 |
| Partie 1 : Contexte | 9 |
| Maladies Non Transmissibles (MNT) et facteurs de risque | 9 |
| La sédentarité : un facteur de risque majeur | 9 |
| L'activité physique ; une solution pour agir sur la prévalence des MNT | 10 |
| L'inactivité physique et la sédentarité au cœur des préoccupations politiques | 12 |
| L'activité physique vue comme un facteur de santé | 13 |
| Les déterminants de la santé et la place des politiques publiques | 14 |
| Des premières politiques AP-Santé aux politiques actuelles | 17 |
| L'outil HEPA-PAT | 19 |
| HEPA-PAT France : état des lieux des politiques AP-Santé sur le territoire | 20 |
| L'intersectorialité dans les politiques HEPA | 21 |
| La problématique des politiques intersectorielles à l'échelon local | 24 |
| Partie 2 : Méthode | 26 |
| 1. Présentation du projet CAPLA-Santé | 26 |
| • Pilotage du projet | 26 |
| • Phases du projet CAPLA-Santé | 27 |
| Phase 1 : Phase d'adaptation | 27 |
| ⇒ Construction d'une version Test adaptée sur la base de l'outil HEPA-PAT France | 27 |
| ⇒ Présentation de l'outil CAPLA-Santé version test | 28 |
| ➤ Objectifs du projet d'adaptation et de l'outil CAPLA-Santé | 28 |
| ➤ Quelles données sont collectées ? | 29 |
| Phase 2 : Phase de test de l'outil CAPLA-Santé | 29 |
| ⇒ Déroulement de la phase de test | 29 |
| ⇒ Etapes de mise en œuvre de la phase de test sur les territoires ciblés | 30 |
| ⇒ Séminaire de finalisation de l'outil | 31 |
| Phase 3 : Phase de finalisation de l'outil CAPLA-Santé | 32 |
| 2. Explicitation de la méthode d'analyse de la question de l'intersectorialité | 32 |
| Partie 3 : Résultats et analyse | 35 |
| I. Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville | 35 |
| 1. Présentation du territoire | 35 |

| | |
|--|----|
| 2. Données à propos de l'intersectorialité sur le territoire de Thionville | 38 |
| 3. Validation des critères d'intersectorialité à partir des données de la communauté d'agglomération Portes de France-Thionville | 45 |
| II. Commune de Bar-le-Duc | 49 |
| 1. Présentation du territoire | 49 |
| 2. Données à propos de l'intersectorialité sur le territoire de Bar-le-Duc | 50 |
| 3. Validation des critères d'intersectorialité à partir des données de la commune de Bar-le-Duc | 55 |
| Comparaison des résultats issus des territoires | 58 |
| Un démarche consultative pour l'élaboration des politiques à Bar le Duc et pour les actions à Thionville | 58 |
| Pas d'intersectorialité dans l'élaboration des politiques sur les 2 territoires | 58 |
| L'AP santé présente dans de nombreux domaines connexes sur les deux territoires | 59 |
| Discussion | 60 |
| L'existence d'un leadership politique à Thionville | 60 |
| Des pratiques de consultation/collaborations facilitées par les caractéristiques des territoires | 61 |
| Des secteurs confrontés à des difficultés d'évolution des habitudes de vie | 61 |
| La dimension intersectorielle freinée par des priorités différentes des secteurs et par des fonctionnements institutionnels différents | 62 |
| La place de l'intersectorialité au sein des politiques AP-Santé ; une analyse limitée | 63 |
| Conclusion | 65 |
| La démarche intersectorielle, entre volonté politique et fragilité opérationnelle | 65 |
| Références bibliographiques | 66 |
| Liste des tableaux | 69 |
| Liste des figures | 70 |
| Liste des annexes | 71 |

Liste des sigles et acronymes

ALD : Affection de Longue Durée

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

AP : Activité Physique

AP-Santé : Activité Physique bénéfique pour la Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Communauté d'Agglomération

CAPFT : Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville

CAPLA-Santé : Cadre d'Analyse des Politiques Locales d'Activité physique-Santé

CHR : Centre Hospitalier Régional

DPAS : stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité et la santé

DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

EPCI : Etablissements Publics de Coopération Intercommunale

ESTEBAN : Etude de SanTé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition

GAPPA : Global Action Plan on Physical Activity

HAS : Haute Autorité de Santé

HEPA : Health Enhancing Physical Activity

HEPA Europe : European network for the promotion of Health Enhancing Physical Activity

HEPA-PAT : Health Enhancing Physical Activity – Policy Audit Tool

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

METs : Metabolic Equivalent Task

MNT : Maladie Non-Transmissible

NOTRE : Nouvelle Organisation Territoriale de la République

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

PAMA : Plan d'Actions pour les Mobilités Actives

PETR : Pôle d'Equilibre Territorial et Rural

PLH : Plan Local de l'Habitat

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PNSSBE : Plan National Sport-Santé Bien-Etre

PRSSBE : Plan Régional Sport-Santé Bien-Etre

SCOT : Schéma de Cohérence Territoriale

SDAASP : Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public

SIG : Système d'Information Géographique

TIC : Technologie de l'Information et de la Communication

Introduction

Le niveau de santé mondial des populations est actuellement impacté par plusieurs évolutions sociétales tel que le rapporte l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans ses recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé (2010). Selon le rapport, plusieurs évolutions influent aujourd'hui sur la santé et parmi elles, le vieillissement de la population, une urbanisation rapide anarchique ainsi que le phénomène de mondialisation. Ces trois éléments ont notamment pour conséquence l'apparition d'environnements insalubres et de modes de vie malsains. Constat est fait que ces évolutions sociétales ont un impact sur la prévalence croissante des maladies non transmissibles, ainsi que sur leurs facteurs de risque. En effet, l'OMS précise dans son rapport, que la prévalence des maladies non-transmissibles (MNT) est donc désormais un problème mondial qui touche aussi bien les pays à faible revenu que les pays à revenu intermédiaire. Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Nations Unies, 2015) appuie ce constat et reconnaît les maladies non transmissibles comme un défi majeur pour le développement durable. Pour relever ce défi, les gouvernements se sont engagés à élaborer des actions nationales et à réduire d'un tiers, d'ici à 2030, la mortalité prématurée due aux MNT.

Partie 1 : Contexte

Maladies Non Transmissibles (MNT) et facteurs de risque

Les quatre principales maladies non transmissibles (MNT) listées par l'OMS sont les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ces maladies peuvent être réduites ou évitées par le biais d'interventions s'attaquant aux facteurs de risques comportementaux modifiables et communs à ces maladies que sont le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool.¹

La sédentarité : un facteur de risque majeur

On considère donc aujourd'hui que la sédentarité est un facteur de risque de mortalité au niveau mondial, ayant une incidence majeure sur la prévalence des MNT ainsi que sur le niveau de santé générale des populations (OMS, recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010).

La sédentarité est définie par Santé Publique France dans l'étude ESTEBAN (Etude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition) comme «*tout comportement caractérisé par une dépense énergétique inférieure à 1,6 Metabolic Equivalent Task (METs) incluant la position assise ou allongée.*»² La littérature scientifique définit plusieurs indicateurs de comportements sédentaires tels que le temps total passé assis au cours d'une journée, le temps quotidien passé devant la télévision ou encore le temps d'utilisation d'un ordinateur sur son temps de loisirs (Mansoubi M et al., 2014).

Le constat actuel du niveau de sédentarité est inquiétant, l'OMS note que «*En 2008, la prévalence de la sédentarité était la plus élevée dans les Régions OMS des Amériques et de la Méditerranée orientale. Dans ces deux régions, près de 50% des femmes étaient trop sédentaires, tandis que la prévalence de la sédentarité chez les hommes s'élevait à 10% dans les Amériques et à 36% en Méditerranée orientale.*»³. Santé Publique France précise dans l'étude ESTEBAN que «*En France entre 2006 et 2015, près de 90 % des adultes*

¹ Source : <http://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/causes/risk-factors.html>

² Santé Publique France, étude ESTEBAN 2014-2016, p.9.

³ Organisation Mondiale de la Santé, "La sédentarité, un problème de santé publique mondial", <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/>, consulté le 16/06/2018.

(sans distinction entre hommes et femmes, ni en fonction du niveau de diplôme) déclaraient 3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour et 41% plus de 7 heures. »⁴

Si l'on s'intéresse aux raisons qui peuvent conduire à la sédentarité, celles-ci relèvent selon l'OMS, d'« *un manque de pratique de l'exercice physique pendant les temps de loisirs et à une augmentation des comportements sédentaires au cours des activités professionnelles et domestiques.* »⁵ Ainsi, le niveau de sédentarité des individus dépend, en partie, de leur niveau d'activité physique, dans le cadre professionnel ou dans leur vie quotidienne.

Ce sont plus particulièrement les évolutions de nos modes de vie qui impactent la régularité et la prévalence de notre pratique de l'activité physique, et donc l'augmentation du niveau de sédentarité. L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) ajoute d'ailleurs dans son expertise collective de l'activité physique que « *Dans les pays industrialisés, l'évolution du mode de vie s'accompagne d'un abandon progressif de la dépense physique dans les activités professionnelles comme dans celles de la vie courante.* »⁶

L'accroissement des modes de vie sédentaires tend à priver une majorité d'individus d'une dépense physique nécessaire à un maintien du corps en bonne santé. Les politiques élaborées, notamment en France, tentent de répondre à la problématique de la sédentarité par l'intégration d'objectifs d'augmentation de l'activité physique comme le démontre par exemple l'arrivée du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS) (Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001).

L'activité physique ; une solution pour agir sur la prévalence des MNT

Telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'activité physique est entendue comme « *tout mouvement produit par les muscles squelettiques, responsable d'une augmentation de la dépense énergétique* »⁷.

Dans sa définition de l'activité physique, l'ONAPS (Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité) précise dans son état des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France que l'activité physique inclut « *tous les mouvements de la vie*

⁴ Santé Publique France, étude ESTEBAN 2014-2016, p.2.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé, "La sédentarité" (voir note de bas de page 3)

⁶ INSERM, expertise collective de l'activité physique 2002, p.12.

⁷ Organisation Mondiale de la Santé, "Activité physique", <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>>, consulté le 16/06/2018.

quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs. »⁸

Il est démontré qu'une activité physique régulière agit sur la prévalence des MNT en réduisant le risque de cardiopathie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral. Elle permet également d'agir sur la réduction du diabète de type II, de l'hypertension, du cancer du côlon, du cancer du sein et de la dépression. L'exercice physique est, par ailleurs, considéré comme un déterminant essentiel de l'équilibre énergétique grâce à ses fonctions de dépense énergétique et de contrôle du poids (OMS, recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010).

Dans l'optique d'une augmentation du niveau d'activité physique, plusieurs recommandations ont été publiées afin de permettre aux Etats de s'appuyer sur des barèmes scientifiques pour promouvoir la pratique d'une activité physique régulière et ainsi augmenter le niveau de pratique. Du fait du faible nombre de recommandations nationales concernant l'activité physique bénéfique pour la santé initiées dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, l'OMS a ainsi diffusé en 2010 les premières recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé à destination de trois catégories d'âge : de 5 à 17 ans, de 18 à 64 ans et de plus de 65 ans. Ces recommandations portent sur la fréquence, l'intensité, la durée et la quantité d'activité nécessaire pour qu'elle soit bénéfique pour la santé des populations ; elles constitueront les références de base essentielles à une déclinaison nationale destinée aux décideurs élaborant des politiques de lutte contre les MNT (OMS, recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010). Un historique des recommandations portant sur l'activité physique établi par le gouvernement français précise que « *Aux Etats-Unis, les recommandations diffusées en 2008 pour les adultes, étaient de pratiquer une activité physique d'endurance d'intensité modérée d'une durée minimale de 150 minutes par semaine, ou au moins 75 minutes d'activité physique d'intensité vigoureuse, ou encore une combinaison équivalente d'activités modérées et vigoureuses pouvant être cumulées par périodes d'au moins 10 minutes d'affilée.* »⁹ Il était, de plus, recommandé de pratiquer des activités de renforcement musculaire au moins deux fois par semaine. En France, la recommandation diffusée dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) depuis 2001 est « *de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.* »¹⁰

⁸ ONAPS, état des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France, 2017, p.9.

⁹ Ministère des solidarités et de la santé, "Activité physique et santé", < <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>>, mis à jour le 07/09/2017.

¹⁰ Ministère de l'emploi et de la solidarité, Plan National Nutrition Santé 1, 2001, p.7.

En 2016, l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) publie le rapport « Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité ». L'ANSES propose des recommandations adaptées aux différents groupes de populations : enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, femmes enceintes, etc., dans l'objectif de permettre l'adoption d'un mode de vie actif dès le plus jeune âge, dans un environnement favorable. Cette révision des recommandations atteste d'une volonté nationale d'intégrer plus facilement l'activité physique au sein de politiques différenciées grâce à des objectifs ciblés en fonction des publics.

En France, les résultats de l'étude ESTEBAN indiquent qu'en 2015, 53 % des femmes et 70 % des hommes atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Il n'y avait pas de différence selon le niveau de diplôme. Concernant les enfants de 6-17 ans, seuls 28 % des garçons et 18 % des filles atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique en 2015. Entre 2006 et 2015, le niveau d'activité physique a diminué chez les femmes quel que soit leur âge. Il a augmenté chez les hommes de 40-54 ans et est resté stable dans les autres classes d'âge (Santé Publique France, 2017)

Les chiffres précédemment cités font écho au niveau d'inactivité physique trop élevé constaté au sein de la population française.

L'inactivité physique et la sédentarité au cœur des préoccupations politiques

Il est important de pouvoir distinguer la sédentarité ou le comportement sédentaire de l'inactivité physique. Santé Publique France définit la notion d'inactivité physique dans l'étude ESTEBAN comme étant un défaut d'atteinte des recommandations en matière d'activité physique. Il est considéré qu'une personne peut être physiquement active durant sa journée tout en cumulant des comportements sédentaires (Santé Publique France, 2017).

Le constat établi à propos de l'état d'inactivité physique des populations mondiales est tout aussi alarmant que les chiffres concernant la sédentarité. L'Organisation Mondiale de la Santé remarque d'ailleurs que « *Au niveau mondial, près de 31% des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008 (hommes 28% et femmes 34%). Environ 3,2 millions de décès chaque année sont attribuables au manque d'exercice.* »¹¹

L'inactivité physique est due à certains déterminants. Les comportements liés à nos modes de vie actuels peuvent être mis en cause dans la baisse d'une pratique de l'activité physique

¹¹ Organisation Mondiale de la Santé, "La sédentarité" (voir note de bas de page 3)

et notamment, les modes de déplacements actuels mis en cause du fait de l'augmentation de l'utilisation des modes de transport dits « passifs ». L'utilisation de ces modes de déplacement est associée à une augmentation de l'inactivité physique. Elle constitue un facteur de risque spécifique des maladies non transmissibles, au même titre que la sédentarité (Santé Publique France, Etude ESTEBAN, 2017). Il est important de souligner que les relations entre l'activité physique et la sédentarité sont complexes. Pour agir sur l'état de santé, il faut agir sur les deux, à la fois augmenter le niveau de l'activité physique et limiter la sédentarité.¹²

Le manque d'activité physique et l'augmentation du niveau de sédentarité des populations amènent à une réelle préoccupation des politiques à ce sujet. Cette problématique de santé publique conduit les Etats à légiférer pour apporter des réponses stratégiques et opérationnelles par le biais de documents politiques comme en témoigne les nombreuses stratégies politiques internationales élaborées au cours de ces dernières années telles que Physical Activity Strategy 2016-2025 élaborée par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe ou encore le Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 de l'OMS.

L'activité physique vue comme un facteur de santé

Dans le rapport d'enquête HEPA-PAT (Health Enhancing Physical Activity – Policy Audit Tool) France établi par la Société Française de Santé Publique, l'activité physique bénéfique pour la santé (qu'on appellera AP-Santé pour des facilités de lecture) est définie comme « *Tout forme d'activité physique qui apporte des bénéfices pour la santé et les capacités fonctionnelles, sans engendrer de risque ou de danger.* »¹³

L'activité physique n'a pas toujours été considérée comme un facteur de santé. C'est seulement dans les années 1960-1980 que cette réflexion émerge dans le cadre de la gestion des maladies cardio-vasculaires (Favier-Ambrosini, B., 2016).

Aujourd'hui, l'activité physique est considérée comme pouvant être bienfaisante pour la santé. Le gouvernement français précise d'ailleurs que « *Les bénéfices pour la santé de l'activité physique sont aujourd'hui bien documentés et ses effets démontrés, quels que soient l'âge et le sexe.* »¹⁴ A ce titre, elle est notamment déclarée comme étant un facteur de lutte contre les maladies non transmissibles, tant au niveau de la prévention primaire,

¹² Source : <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante> (voir note de bas de page 9)

¹³ Société Française de Santé Publique, rapport d'enquête HEPA-PAT France 2016, p.12.

¹⁴ Ministère des solidarités et de la santé, "Activité physique et santé" (voir note bas de page 9)

secondaire que tertiaire. La Haute autorité de santé (HAS) reconnaît d'ailleurs depuis 2011 le bénéfice de la prescription d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse pour les patients atteints de maladies chroniques.

Le 26 janvier 2016, le gouvernement français a publié l'article 144 de la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé dans lequel « *est introduit la possibilité pour le médecin traitant, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'affections de longue durée (ALD), de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.* »¹⁵

Le ministère des sports précise que l'activité physique peut être réalisée dans quatre contextes différents; lors des activités professionnelles, lors des déplacements, dans le cadre de la vie domestique et durant les loisirs.¹⁶ L'intégration de l'activité physique bénéfique pour la santé au sein de politiques sportives ou de santé n'est donc pas suffisante. La problématique nécessite d'être intégrée dans des politiques plus larges jouant un rôle essentiel dans la pratique d'une activité physique, tel que les conditions de travail ou les déplacements.

Les déterminants de la santé et la place des politiques publiques

Plusieurs facteurs déterminent l'adoption d'un mode de vie sain et physiquement actif et parmi eux, l'élaboration, la mise en place et la coordination de politiques publiques (Prévot-Ledrich, J. et al, 2016).

Beaucoup d'interventions en santé publique ont mis l'accent sur le rôle des déterminants de la santé pour détailler le fait que les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus. Les déterminants sont des acteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Ainsi, plus une personne possède de déterminants positifs, plus elle a de chance d'être en bonne santé.

¹⁵ Ministère des solidarités et de la santé, "Activité physique et santé" (voir note bas de page 9)

¹⁶ Source : http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sport-_santeactivitephysique-sedentarite.pdf

Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) présente les déterminants de la santé en 4 niveaux qui interagissent les uns avec les autres comme l'illustre la figure ci-dessous.

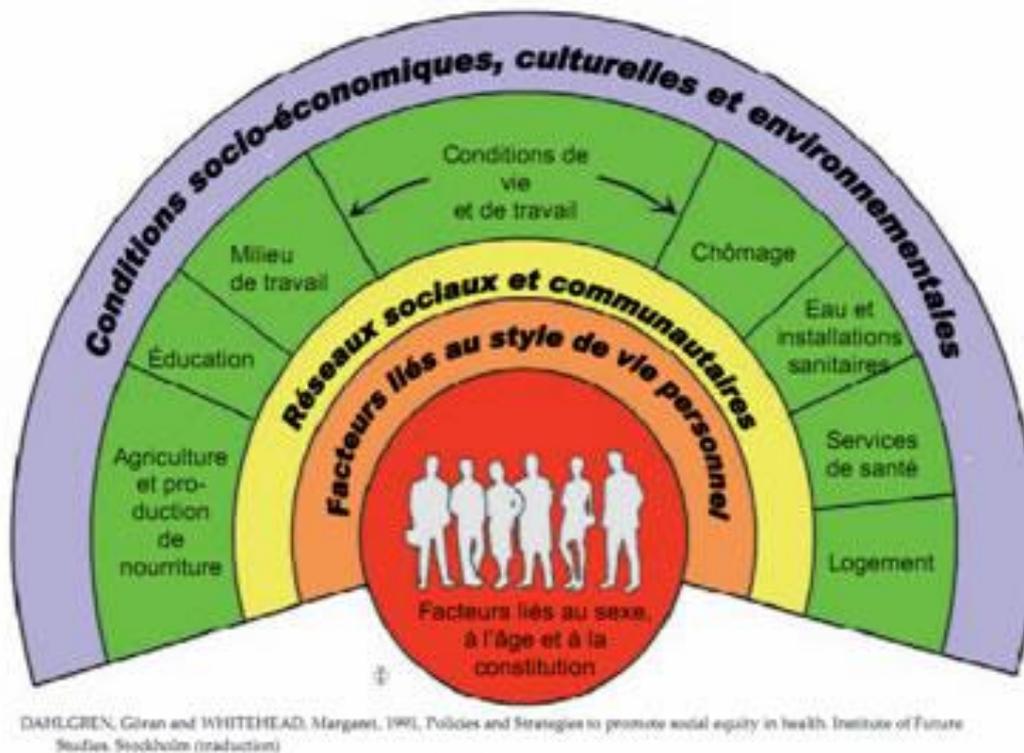


Figure 1 : modèle de Dahlgren et Whitehead

Les politiques publiques se situent dans le quatrième niveau de la figure nommé « conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » qui englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble.¹⁷

Le modèle illustré dans la figure 1 met l'accent sur le rôle des politiques et des organisations dans la production de changements individuels, plutôt que sur les conditions et les environnements dans lesquels les politiques de promotion de la santé sont formées. Dans la figure 2, Golden propose de construire sur la base du modèle socio-écologique, un modèle inversé, qui place les politiques et les environnements au centre. L'objectif étant de conceptualiser la manière dont les individus, les réseaux et les communautés produisent un contexte qui favorise le développement de politiques et d'environnements sains (Golden, S. D., et al., 2015).

¹⁷ Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

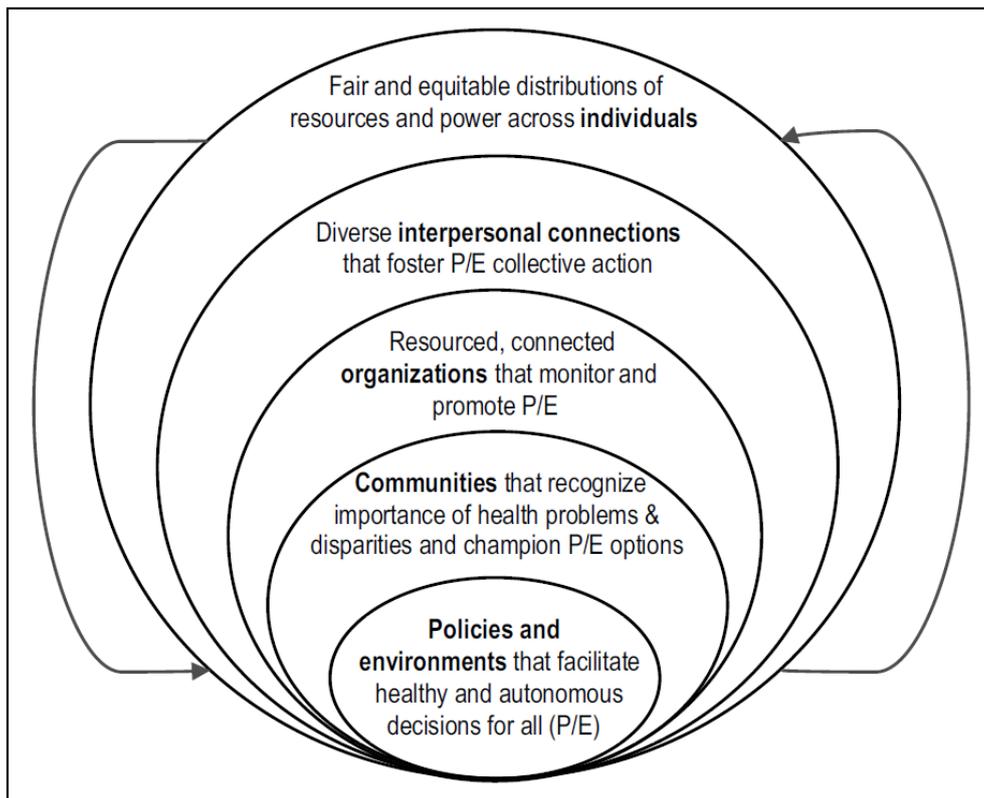


Figure 2 : modèle socio-écologique inversé, Shelley D. Golden

Le modèle illustré par la figure 2 fait état de plusieurs niveaux qui impactent l'élaboration des politiques et des environnements permettant l'action autonome et facilitant les choix sains d'une population.

Une politique publique ne dépend donc pas uniquement de sa propre élaboration mais elle dépend aussi d'autres déterminants que sont :

- Les contextes communautaires au sein desquels les décisions concernant les politiques et les changements environnementaux sont établis. La notion de « communauté » fait référence ici à l'infrastructure qui identifie différentes options politiques et environnementales et qui choisit parmi eux pour élaborer une politique publique. Ce niveau concerne les groupes de prises de décisions.
- Les organismes qui surveillent et favorisent les politiques et les environnements. Ces organismes sont des groupes organisés de personnes qui se réunissent autour d'un sujet spécifique comme par exemple, les groupes d'intérêt ou les coalitions communautaires. Ce niveau concerne l'ensemble des groupes de plaidoyer qui influencent la perception et les dialogues liés à une politique spécifique.

- Les connexions interpersonnelles qui favorisent l'action collective. Elles sont constituées par des réseaux sociaux informels ou des groupes formels qui influencent de manière volontaire ou involontaire le développement de mouvements liés à la santé. Ce sont des personnes qui exercent un soutien social.
- La répartition équitable et juste des ressources et du pouvoir entre les individus. Le fait que les gens puissent satisfaire leurs besoins quotidiens, contrôler leurs ressources et leur vie, et participer librement à la sphère publique peut déterminer partiellement la probabilité qu'ils influencent la politique et le changement d'environnement (Golden, S. D., et al., 2015).

Ainsi, sur la base d'une réflexion socio-écologique inversée, il est possible de remarquer que les politiques publiques dépendent d'autres déterminants, et qu'elles s'intègrent en réalité dans une démarche de développement complexe. Il ne s'agira pas uniquement d'étudier les politiques publiques liées à l'activité physique bienfaitrice pour la santé, mais aussi la place qu'elles occupent au sein d'environnements multiples, les déterminants qui influent sur ces politiques et les interactions entre les niveaux.

Des premières politiques AP-Santé aux politiques actuelles

L'analyse des politiques publiques d'AP-Santé nécessite de détailler les termes qui les définissent. Selon Howlett et Ramesh, la politique publique constitue « *un ensemble de décisions reliées entre elles, prises par un acteur ou un groupe d'acteurs, avec pour caractéristique fondamentale de définir des buts à atteindre ainsi que les moyens nécessaires pour remplir les objectifs fixés.* »¹⁸

Une définition plus complète des politiques publiques a été élaborée par Yves Mény et Jean-Claude Thoenig (1989). Traditionnellement, on considérait suite à leurs travaux que cinq éléments étaient constitutifs d'une politique publique ; un contenu, un programme, une orientation normative, un facteur de coercition et le ressort social. Si les premier et troisième points semblent encore d'actualité, les idées de public ou de personnes seulement impactées par les politiques publiques (et celle de simple usager de service public) et d'exercice d'un pouvoir coercitif sont remises en cause dans la perspective dite de nouvelle gouvernance. Ainsi, dans un contexte d'émergence des « nouvelles » politiques publiques, celle-ci peut se définir par le biais de cinq nouveaux éléments que sont :

¹⁸ Howlett M., Ramesh M., *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*, 239 pages.

- Un ensemble d'actions et de projets concrets qui s'appuie sur une vision stratégique
- Un ensemble de parties prenantes ou ensemble d'individus ou groupes d'individus qui sont affectés ou impactent le devenir de l'action publique concernée
- Un mode de gouvernance de type contractuel plus ou moins participatif ou directif prenant souvent la forme d'un réseau
- Des outils qui dans une logique « d'accountability » permettent d'évaluer les politiques publiques en terme d'efficacité mais aussi d'efficience et d'impact
- Un périmètre territorial et institutionnel qui définit de ce fait quels peuvent-être les acteurs participant ou impactés (Chappoz Y., et al., 2013).

Historiquement en France, on peut observer l'émergence de dynamiques autour de l'AP-Santé dans les années 2000, notamment grâce à l'établissement du premier PNNS (2001-2005) qui est l'un des premiers textes français à faire état d'une réelle préoccupation centrée sur l'AP-Santé au travers de la nutrition. Suivront ensuite le PNNS 2 (2006-2010), 3 (2011-2015) et 4 (2017-2021) qui visent également l'augmentation de la pratique d'une activité physique. De nombreux textes politiques ont ensuite été établis dans cette optique, avec de forts objectifs d'augmentation de la pratique d'une activité physique, comme par exemple le Plan Obésité (2010-2013), le Plan Cancer (2009-2013) et le Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSBE) lancé en 2012 qui trouvera sa déclinaison opérationnelle dans les régions au travers des Plans Régionaux Sport Santé Bien-Être (PRSSBE). Le secteur des transports s'est également impliqué dans l'établissement d'une stratégie de déplacements à visée de santé par l'élaboration du Plan d'Actions pour les Mobilités Actives (PAMA). Ces initiatives marquent les prémices d'une préoccupation des secteurs des sports, de la santé et des transports à propos de l'intégration de l'activité physique-santé au sein des politiques françaises.

Depuis plus d'une décennie, et en particulier depuis la publication de la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité et la santé (DPAS), il y a eu des appels récurrents pour que les pays développent une approche politique de l'activité physique. Un fort cadre politique pour améliorer l'activité physique pour la santé (HEPA) est nécessaire pour définir un plan d'actions cohérent à plusieurs niveaux, pour favoriser les partenariats dans tous les secteurs et pour garantir l'engagement politique et gagner la reconnaissance en tant que domaine politique prioritaire (Bull, F., et al., 2014). Le Global Action Plan on Physical Activity (GAPPA) 2018-2030 élaboré par l'OMS fixe des objectifs d'augmentation de la pratique de l'activité physique et incite les pays à promouvoir l'activité physique en proposant une vingtaine d'actions politiques et des orientations stratégiques applicables à tous les pays et

actualisées pour diminuer la prévalence de l'inactivité physique et agir sur les déterminants de santé au niveau de plusieurs secteurs (culturel, environnemental, etc.).

Au niveau international, la stratégie sur l'activité physique 2016-2025 adoptée par le bureau Europe de l'OMS encourage également les pays membres à orienter leurs politiques dans ce sens, en s'appuyant sur des outils tels que le dispositif HEPA-PAT (Prévot-Ledrich, J. et al, 2016).

L'outil HEPA-PAT

A l'origine, le sujet de l'intégration de la promotion de l'activité physique favorisant la santé au sein des politiques nationales et européennes a donné naissance au réseau HEPA Europe (European network for the promotion of Health Enhancing Physical Activity) en 2005. Ce réseau, institué par l'Organisation Mondiale de la Santé a créé un support sur lequel peuvent s'appuyer les experts du sujet dans des domaines tels que la recherche ou la politique. Un groupe de travail s'est ainsi formé afin de développer un outil d'analyse des politiques nationales relatives à la promotion de l'activité physique favorisant la santé (HEPA-PAT). L'objectif de cet outil est d'offrir un panorama des politiques nationales de promotion de l'activité physique à un moment donné, et d'identifier les leviers sur lesquels s'appuyer pour promouvoir une activité physique à des fins de santé. La démarche instaurée doit aboutir à l'obtention d'une base de connaissances, d'une vue d'ensemble des politiques nationales. Ainsi, l'outil permettra de faciliter l'orientation des futures stratégies politiques.

La première version de l'outil a été expérimentée au sein de sept pays européens et a donné lieu à une comparaison internationale (Bull, F., et al., 2014). Membre du réseau HEPA Europe depuis 2014, la Société Française de Santé Publique a souhaité participer en appliquant la version 2 de l'outil HEPA-PAT au territoire français afin de favoriser les comparaisons entre les pays et l'analyse des différentes approches grâce à l'utilisation d'un outil standardisé. Elaboré en 2009, l'outil HEPA-PAT se présente sous la forme d'un questionnaire comprenant 29 items répartis dans 10 sections. Il recueille des informations quant à la place de l'activité physique au sein des politiques nationales en s'intéressant plus précisément aux acteurs de l'HEPA, aux documents de référence, aux processus d'élaboration, de mise en œuvre, de financement et d'évaluation.

HEPA-PAT France : état des lieux des politiques AP-Santé sur le territoire

L'outil a été testé sur le territoire national français de novembre 2014 à janvier 2016 en utilisant une méthode de recueil des données comportant trois phases :

- Une phase d'entretiens individuels semi-directifs avec des experts de la thématique provenant de secteurs d'interventions différents.
- Une phase de recherche documentaire des textes de référence en matière d'AP-Santé
- Un séminaire de restitution collective afin de valider, compléter, corriger les données recueillies durant les deux phases précédentes. Ce séminaire constituait également une occasion de rassembler des experts de différents secteurs et d'ouvrir une discussion sur l'AP-Santé.

Le rapport d'analyse qui a suivi a permis d'établir un panorama précis des politiques publiques AP-Santé, des porteurs de ces politiques, des processus de collaboration, etc.¹⁹

La synthèse de ce rapport fait état de trois principaux ministères porteurs de politiques AP-Santé ; le ministère de la santé, des sports, et des transports et environnement. L'analyse met en exergue de nombreuses politiques sectorielles et interministérielles qui sont liées directement ou non, à la promotion de l'AP-Santé. Toutefois, le niveau national ne possède pas, jusqu'à présent, de processus de collaboration intersectorielle prévu pour l'AP-Santé mais seulement de différentes instances comme par exemple, le Conseil National du Sport qui peuvent se saisir de la question.²⁰ La discussion de l'article publié fait également état « *de l'absence, au 31 janvier 2016, d'une politique nationale intégrée de promotion de l'HEPA qui engloberait toutes ses composantes.* »²¹

La Société Française de Santé Publique, en menant ce dispositif à son terme, s'est aperçue que la structuration administrative et politique française complexe nécessitait de mener une réflexion à un niveau infranational pour rendre l'outil complet. Elle a donc interrogé la place des entités locales dans l'élaboration de politiques HEPA en proposant d'entreprendre une adaptation de l'outil HEPA-PAT au niveau local. L'élaboration de cet outil CAPLA-Santé (Cadre d'Analyse des Politiques Locales d'Activité physique-Santé) et sa démarche de test sur le territoire Grand Est constitueront le contexte de ce mémoire.

¹⁹ Source : http://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra_hepa_pat1216.pdf

²⁰ Source : http://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/synth_hepa0117.pdf

²¹ Prévot-Ledrich, J. et al., Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé, 2016, 25-31.

L'intersectorialité dans les politiques HEPA

Comme l'atteste le rapport d'analyse HEPA-PAT France, au-delà des politiques intégrant la promotion de l'activité physique dans les domaines de la santé et des sports, d'autres secteurs comme l'environnement, l'urbanisme, ou l'enseignement intègrent la promotion de l'activité physique au sein de leurs orientations politiques.

Les recommandations du Conseil de l'Union Européenne du 26 novembre 2013 sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé explicite également que « *dans la mesure où l'activité physique est une condition préalable à un mode de vie sain et une main-d'œuvre en bonne santé, elle contribue à la réalisation des objectifs clés définis dans la stratégie Europe 2020, notamment en ce qui concerne la croissance, la productivité et la santé.* »²²

Muller rappelle que le concept d'intersectorialité se définit en tant qu'action conjointe entre des acteurs relevant de deux ou plusieurs secteurs d'action publique (Muller P., 2004).

Le concept de l'action intersectorielle en santé a été introduit à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata au Kazakhstan en 1978. Dans les années 1990, les efforts en vue d'une action intersectorielle se sont multipliés, à mesure que s'accumulaient les connaissances sur les déterminants de la santé. En 2000, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé a confirmé la nécessité de transcender les limites sectorielles. En 2006, l'Union européenne a introduit *La santé dans toutes les politiques*, une stratégie visant des répercussions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques intersectorielles (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

La déclaration d'Adélaïde concernant l'intégration de la santé dans toutes les politiques rappelle la nécessité d'une action gouvernementale concertée en indiquant qu'une « *telle stratégie requiert une nouvelle forme de gouvernance marquée par un leadership partagé à l'intérieur du gouvernement, entre les différents secteurs et entre les échelons de gouvernement* ». ²³ Cette notion de gouvernance partagée constitue l'un des piliers du mouvement de « Santé dans toutes les politiques » basé sur les travaux de Ståhl (2006). Ainsi, les divers textes et travaux intégrant le principe de gouvernance partagée ont permis

²² Conseil de l'Union Européenne, recommandations du 26 novembre 2013 sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé

²³ OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Adélaïde, 2010

d'amener peu à peu la démarche intersectorielle au cœur des réflexions politiques, tout particulièrement dans le secteur de la santé.

Les grands problèmes sociétaux tels que les inégalités sociales de santé et l'augmentation du niveau de sédentarité nécessitent « *des solutions qui doivent être partagées par plusieurs secteurs gouvernementaux. Cette complexité des problèmes oblige les gouvernements à trouver des façons d'assurer une gouvernance intersectorielle de la santé qui allie la gouvernance horizontale à la gouvernance verticale* ». ²⁴

Ici, le concept de collaboration horizontale est établi entre divers secteurs ou sous-secteurs d'un même domaine. Quant à la collaboration verticale, elle est considérée comme étant une prise de décisions établie par plus d'un ordre de gouvernement, sans égard aux limites de compétences (Agence de la santé publique du Canada, 2007).

Les travaux de Ståhl précisent tout de même que même si dans bon nombre de stratégies, la combinaison de la santé et d'autres politiques se traduira par un « gain mutuel », dans d'autres cas il est possible que les valeurs et les objectifs des diverses stratégies soient incompatibles. Dans ces cas, on suggère que les buts et les objectifs fassent l'objet de négociations et que des compromis soient établis (Ståhl, T. et coll. 2006).

L'implantation d'une telle gouvernance intersectorielle soulève plusieurs défis, que peuvent résumer les questions suivantes, posées par Kickbush et Buckett (2010, traduction libre) :

- Comment les dynamiques et relations de pouvoir entre le secteur de la santé et les autres secteurs peuvent-elles être gérées afin que des liens fructueux puissent se développer?
- Comment peut-on développer un objectif commun compte tenu du fait que les arrangements institutionnels font en sorte que chaque secteur cherche à atteindre ses propres objectifs?
- Comment peut-on développer une culture de coopération étant donné que les secteurs, et leurs leaders, sont en compétition pour les ressources et leur « gloire sous le soleil »

L'intérêt d'intégrer cette problématique à des politiques plus générales est à priori compris par tous. Comme le précise Sarker et Joarder : « *L'action intersectorielle est devenue*

²⁴ L St-Pierre, FP Gauvin, La gouvernance intersectorielle dans le cadre de la « Santé dans toutes les politiques », un cadre conceptuel intégrateur, 2010, p.6.

incontournable pour les acteurs de santé publique afin de promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. »²⁵

Cependant, cette vision intersectorielle n'est pas évidente à mettre en place. Elle nécessite pour fonctionner de s'appuyer sur une politique publique efficace. Dans son article *les développements de l'AP (Activité Physique) dans la politique nationale : une revue internationale et des recommandations vers une meilleure pratique (2004)*, Bull fait état de 11 critères pour une politique et des plans d'actions efficaces en matière d'AP-Santé :

- Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions ;
- L'adoption d'une approche globale utilisant plusieurs stratégies (interventions axées sur l'individu et sur l'environnement) et ciblant différents groupes de population ;
- Travailler à différents niveaux (local, national, individuel, auprès d'une communauté entière et au niveau de l'environnement physique) ;
- L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats (gouvernement croisé, non-gouvernemental comme relevant du secteur privé) ;
- L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) ;
- Une base de support stable et de ressources durables pour mettre en œuvre la politique et le plan d'actions ;
- Le développement d'une identité pour la politique et le plan d'action au moyen d'un logo, d'une image de marque et / ou slogan et / ou porte-parole clé ou « champion » pour les initiatives ainsi qu'un plan de plaidoyer / communication ;
- Une déclaration claire du calendrier de l'engagement politique et de la mise en œuvre du plan d'actions ;
- Des plans et ressources spécifiques pour l'évaluation de la politique et du plan d'actions mise en œuvre (entreprendre des approches fondées sur des données probantes supportées par un budget approprié) ;
- Le développement et/ou le maintien de la surveillance ou de systèmes de surveillance de la santé appropriés comprenant des mesures des niveaux d'activité physique ;
- Une déclaration de reconnaissance des directives/recommandations nationales existantes sur l'AP ou l'intention de les développer.

²⁵ Sarker, S. et T. Joarder, Collaboration intersectorielle: une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire, 2012, 62–64

Bull met également l'accent sur la nécessité d'élaboration et de mise en œuvre de politiques au niveau local, car c'est à ce niveau qu'une grande partie de l'infrastructure et des services d'activité physique sont fournis.

La problématique des politiques intersectorielles à l'échelon local

L'application de l'action publique à des niveaux infra-nationaux implique une réflexion quant à l'adaptation des politiques AP-Santé nationales à l'échelle locale. La question se pose alors des processus et moyens de gouvernance employés. Comme le souligne les auteurs Marina Honta et Jean-Charles Basson : « *Traditionnellement dévolue à l'État, la santé n'échappe pas au processus de territorialisation de l'action publique dont les configurations sont marquées par la fragmentation et les concurrences institutionnelles. La question est alors posée de la désignation et de la légitimité de l'autorité chargée d'assurer l'articulation entre les différents niveaux de gouvernement impliqués dans la promotion de ce secteur* ». ²⁶

La loi de réforme territoriale concernant la Nouvelle Organisation Territoriale de la République dite loi NOTRE a provoqué de multiples changements concernant les compétences des institutions locales. Un leadership partagé par l'ensemble des niveaux et secteurs gouvernementaux est dorénavant considéré comme devant être la nouvelle forme de gouvernance pour permettre aux politiques publiques de s'harmoniser (OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, 2010).

Cependant, cela nécessite d'en comprendre les fonctionnements. Ce mémoire portera donc sur l'analyse du fonctionnement intersectoriel des politiques locales, et sur les règles qui régissent un fonctionnement organisé, pour aboutir à une action collective durable sur un territoire donné. En d'autres termes ;

*Quelle est la place de l'intersectorialité au sein des politiques publiques liées à l'activité physique à des fins de santé sur un territoire local ?
Analyse de cas en région Grand Est*

L'étude de l'intersectorialité est un sujet complexe mais qui peut s'avérer pertinent dans le cadre de l'analyse des politiques publiques locales d'AP-Santé. L'aspect intersectoriel prend dorénavant presque naturellement place dans les stratégies et documents politiques à des échelons plus élevés mais la configuration des échelons infra-nationaux, et le

²⁶ Honta et Basson, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé, 2017, 63-82

positionnement des acteurs dans un travail « de terrain » impliquent d'identifier les processus qui permettent, ou pas, aux acteurs d'élaborer ou de mettre en œuvre des politiques intersectorielles dans un milieu de proximité avec la population.

Les objectifs de ce mémoire seront dans un premier temps d'identifier l'existence de politiques intersectorielles grâce à l'outil CAPLA-Santé, au sein de deux territoires de la région Grand Est que sont la communauté d'agglomération des Portes de France – Thionville et la commune de Bar-le-Duc. Puis, de déterminer sur quels processus s'appuient ces collaborations et dans quel cadre elles peuvent exister. Ainsi, comprendre le fonctionnement d'une démarche intersectorielle permettra dans un troisième temps de distinguer les leviers et les freins à l'élaboration de politiques intersectorielles intégrant l'AP-Santé à un niveau local, et d'analyser quelle place l'intersectorialité occupe actuellement, et comment pourrait-elle évoluer dans les années à venir.

Partie 2 : Méthode

1. Présentation du projet CAPLA-Santé

L'outil CAPLA-Santé est issu d'une adaptation de l'outil d'analyse des politiques publiques d'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA-PAT) élaboré par le réseau HEPA Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé. La Société Française de Santé Publique a piloté l'élaboration, puis l'application d'HEPA-PAT à l'échelon national de 2015 à 2016. Le rapport d'analyse qui en découle a souligné la pluralité des niveaux administratifs mobilisés en termes d'activité physique bénéfique pour la santé en France et confirme l'intérêt d'analyser l'échelon infranational. Dans cette optique, la Société Française de Santé Publique a mené, depuis le mois de septembre 2017, un processus d'adaptation de l'outil HEPA-PAT pour les échelons autres que national (régional, départemental, local) avec un groupe d'experts.

L'analyse de la place de l'intersectorialité au sein des politiques locales liées à l'AP-Santé prendra appui sur les résultats de la phase de test de l'outil CAPLA-Santé en région Grand Est menée par la Société Française de Santé Publique. Les autres phases d'adaptation de l'outil HEPA-PAT au niveau local serviront d'appui à la démarche d'analyse afin d'appuyer certains propos sur la base d'une expérience de terrain.

- **Pilotage du projet**

Le projet d'adaptation est actuellement développé par un groupe projet dans lequel s'inscrivent Flore Lecomte et Anne Vuillemin - Société Française de Santé Publique ; Antoine Noël-Racine – Université Côte d'Azur ; Marina Honta – Université de Bordeaux et Aurélie Van Hoye et Amandine Baron – Université de Lorraine.

Le projet est élaboré avec l'appui du ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé), de Santé Publique France, de l'Université de Lorraine et de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

- **Phases du projet CAPLA-Santé**

Tableau 1 : Calendrier général du projet CAPLA-Santé

| Septembre 2017 à Janvier 2018 | Février / Mars 2018 | Avril / Mai 2018 | Juin 2018 | Été 2018 | Automne 2018 |
|--|---|--|---|-----------------------|----------------------|
| Phase d'adaptation | Phase de test du CAPLA-Santé | | | Finalisation du CAPLA | |
| 4 séminaires d'experts pour adapter l'outil HEPA-PAT au niveau local et aboutir à une version test | Début de la collecte de données Entretiens individuels | Restitution et analyse collective des données auprès de tous les acteurs engagés à l'occasion d'un focus group | Restitution d'un rapport final d'analyse pour chaque territoire Séminaire de finalisation de l'outil | Maquettage de l'outil | Diffusion de l'outil |

Phase 1 : Phase d'adaptation

⇒ **Construction d'une version Test adaptée sur la base de l'outil HEPA-PAT France**

L'outil CAPLA-Santé a fait l'objet de 4 séminaires d'adaptation de l'outil HEPA-PAT France au niveau local de septembre 2017 à janvier 2018. L'objectif était d'aboutir à la construction d'une version test²⁷. Ces séminaires ont réuni des experts issus de ministères, d'universités, de sociétés savantes et du mouvement sportif. Le groupe d'experts est composé de : Sylvie Banoun - Coordination Interministérielle pour le Développement de la marche et de l'Usage du Vélo ; Xavier Bigard - Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ;

²⁷ (Annexe 1)

Clémence Bré - Commissariat Général à l'Égalité des Territoires ; Alain Calmat et Benoît Chanal - Comité National Olympique et Sportif Français ; Isabelle Dalimier – Université de Liège ; Pascale Duché – Université de Clermont-Ferrand ; Martine Duclos - ministère des Sports ; Alain Ferrero – DRJSCS (Direction Régional de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale) de la région Provence Alpes Côte d'Azur ; Florence Rostan - Santé Publique France ; Daniel Rivière – Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ; Sylvie Schwaller – Ville de Strasbourg représentant le réseau français des Villes-Santé de l'OMS ; Simona Tausan - Direction Générale de la Santé.

1^{er} séminaire : construction d'une définition partagée du niveau « local », identification des niveaux et des rôles de gouvernance, adaptation des indicateurs et questions de l'outil national pour le niveau local.

2^{ème} séminaire : présentation de la première version test de l'outil et du calendrier suite au 1^{er} séminaire, structure de l'accompagnement, discussion à propos de la forme et du contenu de l'outil de collecte.

3^{ème} séminaire : méthode de test via la proposition d'un protocole, finalisation de l'aménagement de la forme de l'outil.

4^{ème} séminaire : finalisation de la méthode de test et de la version test de l'outil, choix du nom CAPLA-Santé, présentation de la démarche d'analyse des politiques locales d'activité physique bénéfique pour la santé menée sur la région Wallonne par l'université de Liège.

⇒ **Présentation de l'outil CAPLA-Santé version test**

➤ **Objectifs du projet d'adaptation et de l'outil CAPLA-Santé**

Le projet a pour objectif d'adapter l'outil HEPA-PAT afin de permettre aux acteurs locaux de disposer d'un cadre d'analyse des politiques locales Activité Physique-Santé (AP-Santé). Ce cadre d'analyse a pour ambition d'être un outil d'aide à la décision et également un support de plaidoyer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques AP-Santé. Il s'adresse aux élus locaux, aux agents des collectivités territoriales, EPCI (Etablissements Publics de Coopération Intercommunale) ou institutions régionales et départementales (services déconcentrés, Agence Régionale de Santé), ainsi qu'aux chefs de projets des associations (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé, Comité Régional Olympique et Sportif...), des mutuelles ou universitaires.

L'outil CAPLA-Santé a plusieurs objectifs :

- Dresser une **vue d'ensemble** des politiques AP-Santé déployées sur un territoire
- Identifier **les leviers à utiliser ou à renforcer** pour améliorer les politiques d'AP-Santé.
- Apprécier les **mécanismes de collaboration et de coordination intersectoriels** présents sur le territoire.
- Instaurer ou conforter une dynamique d'**action collective** en élargissant le dialogue entre les parties prenantes concernées.
- Améliorer les collaborations pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques locales en utilisant l'outil comme **catalyseur**.

➤ **Quelles données sont collectées ?**

L'outil CAPLA-Santé permet de collecter des données locales concernant 6 items :

- Item 1 : Vue d'ensemble des acteurs de l'AP-Santé sur le territoire
- Item 2 : Documents de cadrage (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations, etc.)
- Item 3 : Contenu des politiques
- Item 4 : Financements et engagement politique
- Item 5 : Etudes et mesures relatives à l'activité physique sur le territoire
- Item 6 : Progrès réalisés et défis à relever

Il apparaît sous la forme d'un questionnaire de 22 questions qui permettent de préciser chaque item²⁸.

Phase 2 : Phase de test de l'outil CAPLA-Santé

⇒ **Déroulement de la phase de test**

La Société Française de Santé Publique accompagne les acteurs dans le remplissage de l'outil pour la phase de test qui est constituée de plusieurs étapes : une phase d'entretiens

²⁸ (Annexe 1)

individuels avec trois responsables de services (santé, sport et transports/mobilités), une phase d'analyse et de restitution collective des données et la restitution d'un rapport d'analyse qui permettra au territoire de disposer d'une synthèse de la collecte des données et d'une analyse des politiques publiques d'activité physique à des fins de santé sur son territoire.

Le CAPLA-Santé est actuellement en phase de test au sein de plusieurs territoires dans les régions Grand Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nouvelle Aquitaine. Pour la région Grand Est, la phase de test se déroulera sur 3 territoires différents :

- L'eurométropole de Strasbourg dans le département du Bas-Rhin (67)
- La communauté d'agglomération Portes de France – Thionville dans le département de la Moselle (57)
- La commune de Bar-le-Duc dans le département de la Meuse (55)

⇒ **Étapes de mise en œuvre de la phase de test sur les territoires ciblés**

Le protocole de test²⁹ élaboré par l'équipe projet précise les différentes étapes de la mise en œuvre du test sur un territoire ainsi que les objectifs et les livrables de chacune d'entre-elles. Il est établi en 4 phases.

Etape 1 : Recherche documentaire préalable qui a pour objectif de pré-remplir l'outil à partir d'informations collectées en amont.

Etape 2 : Prise de contact avec une personne référente qui a pour rôle d'identifier et mobiliser les personnes pertinentes sur un territoire à impliquer dans le CAPLA-Santé, en présentant la démarche et en facilitant le contact entre la personne ou structure porteuse et les participants.

Etape 3 : Déroulement du test et réalisation des entretiens en 2 phases :

- **Une phase d'entretiens individuels** avec des personnes « ressources » qui possèdent une vision complète et globale des politiques publiques d'AP-Santé à l'échelle du territoire étudié. L'objectif est de recueillir la connaissance et la perception des acteurs, à un moment donné, relatives aux politiques publiques d'AP-Santé sur le territoire étudié. L'objectif de cette phase n'est pas d'obtenir un panorama exhaustif des politiques AP-Santé. Aucune référence aux informations

²⁹ (Annexe 2)

rassemblées dans le cadre de la recherche documentaire ne sera explicitement mentionnée aux interlocuteurs au cours de l'entretien.

- **Une phase de restitution et de validation collective** avec les acteurs jouant un rôle « moteur » dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques. Sont donc conviés à la restitution collective, les personnes « ressources » interrogées individuellement ainsi que les personnes que l'équipe projet juge pertinentes pour la qualité des informations qu'elles peuvent apporter en collectif (par exemple : président d'association, élus, etc.). La phase de restitution collective est construite à partir d'une analyse et synthèse des entretiens individuels pour obtenir un seul document. Par la suite, les données recueillies lors de la recherche documentaire préalable sont ajoutées à la synthèse. Il est nécessaire à partir de ces deux étapes d'identifier les points de désaccord, les informations nécessitant une validation, et les tensions potentielles qui peuvent exister entre les acteurs. Les points nommés ci-avant doivent être source d'attention pour le porteur du CAPLA-Santé et doivent être traités en priorité lors des restitutions collectives afin d'obtenir un consensus. L'objectif est de construire un document de travail support à la réflexion collective. La phase de restitution collective se déroule en deux temps, dans un premier temps il s'agit de valider les données collectées afin de construire une vue partagée de la politique AP-Santé sur le territoire. Dans un second temps, la restitution est utilisée pour améliorer la compréhension et l'accessibilité de l'outil et pour valider la pertinence et la compréhension des questions en discutant de la structure de l'outil et du retour sur expérience des participants.

Etape 4 : remise du rapport d'analyse des politiques AP-Santé impactant le territoire à l'ensemble des personnes mobilisées. Leur seront transmis un rapport complet, détaillé et reprenant la synthèse des réponses de la phase de test, ainsi qu'un résumé, reprenant les informations essentielles et pouvant être diffusé au sein du territoire sur la base de l'outil de dissémination³⁰ créé pour synthétiser les résultats de l'application de l'outil HEPA-PAT France.

⇒ **Séminaire de finalisation de l'outil**

Le séminaire de finalisation de l'outil prévu le lundi 02 juillet 2018 à la Direction Générale de la Santé aura pour objectif d'exposer les résultats des tests sur les 3 territoires, et d'élaborer une version finalisée de l'outil par le biais du retour sur expérience de l'équipe projet et de

³⁰ Source : http://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/synth_hepa0117.pdf

l'expertise des participants. L'outil finalisé sera constitué du questionnaire CAPLA-Santé intégrant les 6 items précédemment cités, d'un guide d'accompagnement intégrant le protocole d'utilisation de l'outil, les recommandations proposées suite à la phase de test, ainsi que du guide d'entretien.

Phase 3 : Phase de finalisation de l'outil CAPLA-Santé

La dernière phase d'adaptation de l'outil est constituée en deux étapes parmi lesquelles le maquettage de l'outil CAPLA-Santé durant les mois de juillet et août 2018, et la diffusion de l'outil à l'ensemble du territoire français prévu à l'automne 2018.

2. Explicitation de la méthode d'analyse de la question de l'intersectorialité

La méthode d'analyse de la place de l'intersectorialité au sein des politiques locales liées à l'AP-Santé propose de s'appuyer sur certains des 11 critères recommandés pour élaborer une politique efficace (F. C. Bull, 2004) parmi lesquels :

- Critère A : Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions ;
- Critère B : L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats (gouvernement croisé, non-gouvernemental comme relevant du secteur privé) ;
- Critère C : L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) ;

Ces trois critères ont constitué la base de référence afin d'analyser des données relatives à l'intersectorialité des politiques locales AP-Santé et de comparer les différents résultats des territoires pilotes du Grand Est. La dimension intersectorielle des politiques d'activité physique-santé est explorée dans 4 questions de la version test de l'outil CAPLA-Santé. Les données analysées sont les réponses à ces questions.

- Question 4 : Existe-t-il des organisations ou des instances qui assurent une **collaboration et/ou une coordination intersectorielle dans la mise en œuvre des politiques et plans d'actions AP-SANTÉ** au niveau du territoire étudié?

Cette question permet d'analyser si selon le critère B, il existe un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques AP-Santé sur le territoire.

- Question 6 : Cochez et complétez le tableau ci-dessous avec les **documents de cadrage** (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations, statuts de collectivité, notes de service, compte-rendu de réunion, programme électoral,...) en cours qui s'appliquent au territoire étudié, qui montrent l'intention des institutions d'augmenter la pratique de l'activité physique au niveau du territoire. Lorsque des acteurs autres qu'institutionnels (mutuelles, CROS...) portent des politiques d'activité physique, mentionnez-les dans le tableau.

Cette question permet d'analyser si selon le critère A il existe une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques par le biais de la colonne « Processus de consultation » située dans le tableau. Elle permet également d'analyser si selon le critère C, des notions d'AP sont intégrées dans d'autres programmes par le biais de la colonne « documents politiques » et de préciser par quels secteurs ces programmes sont portés par le biais de la colonne « secteur ». Le contenu précis des notions d'AP contenues dans les documents ne sera pas explicité, on considère que si la politique est citée, elle contenait suffisamment de notions liées à l'activité physique ou l'activité physique-santé. Les résultats précisant un secteur « intersectoriel » permettront également de compléter le critère B en précisant les différents organismes prenant part à l'élaboration d'une politique AP-Santé dans le cadre d'un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats.

- Question 7 : Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulées ? Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon plutôt cloisonnées? (Précisez pourquoi)

Cette question permet d'analyser si selon le critère C, les politiques apparaissent complémentaires dans l'élaboration et la mise en place d'une politique AP-Santé intégrée aux autres politiques.

- Question 14 : Donnez au moins **un ou deux exemples d'actions concrètes sous forme de programmes, d'interventions ou d'initiatives structurantes.**

Cette question permet d'analyser si les critères A, B et C sont présents dans le cadre de l'élaboration ou de la mise en œuvre d'un plan d'action ou d'une action concrète.

L'analyse de ces questions a permis d'obtenir un état des lieux des processus intersectoriels engagés au sein de l'échantillon des collectivités locales fixé dans le cadre du test de l'outil CAPLA-Santé.

Partie 3 : Résultats et analyse

Les résultats sont issus de la démarche de test de l'outil CAPLA-Santé sur les territoires de la communauté d'agglomération Portes de France-Thionville et de la commune de Bar-le-Duc. Pour assurer le bien-fondé de l'analyse comparative et de la discussion qui suivra, seuls les résultats ayant pu être synthétisés au moment de l'écriture de ce mémoire seront utilisés. De ce fait, les données issues du test sur l'Eurométropole de Strasbourg, le troisième territoire test ne pourront être utilisées. Tous les résultats n'ont, au 18 juin 2018, pas encore été validés par les acteurs des territoires test et transmis officiellement aux participants. Seront donc utilisées pour l'analyse, les dernières données recueillies.

I. Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville

1. Présentation du territoire

La Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville (CAPFT) est un Etablissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI). Elle a été créée le 30 décembre 2003 avec 7 communes : Thionville, Yutz, Terville, Manom, Illange, Basse-Ham et Kuntzig. Elle a pour vocation de permettre aux localités membres d'élaborer et de faire aboutir de nouveaux projets communs destinés à satisfaire l'intérêt général.

La communauté d'agglomération est actuellement formée de 13 communes : Angevillers, Basse-Ham, Fontoy, Havange, Illange, Kuntzig, Lommerange, Manom, Rochonvillers, Terville, Thionville, Tressange et Yutz.

Les 13 communes ainsi regroupées forment le 2^{ème} Pôle urbain de Moselle avec plus de 80 000 habitants répartis sur 156 km². La commune de Thionville considérée comme ville-centre de la communauté comprend à elle seule 42 000 habitants.

La particularité de la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville est due à sa situation géographique privilégiée au sein du Sillon Lorrain. Le territoire de l'Agglomération est au cœur de la Grande Région (Grand Duché du Luxembourg, Lorraine, Rhénanie Palatinat, Sarre, Wallonie).

Il dispose également d'une situation privilégiée sur les axes majeurs de communication en Europe :

- Réseau autoroutier (A31 – Axe Nord/Sud, A30, A4)
- Réseau ferré (Desservi par le TGV Est Européen à raison de 6 allers retours quotidiens vers Paris, Thionville se situe à 1h45 de la Capitale, à 1h15 de Strasbourg)
- Voie fluviale (Moselle à grand gabarit)
- Voie aérienne (proximité des aéroports internationaux de Luxembourg et Sarrebruck et de l'aéroport régional Metz-Nancy Lorraine)³¹.

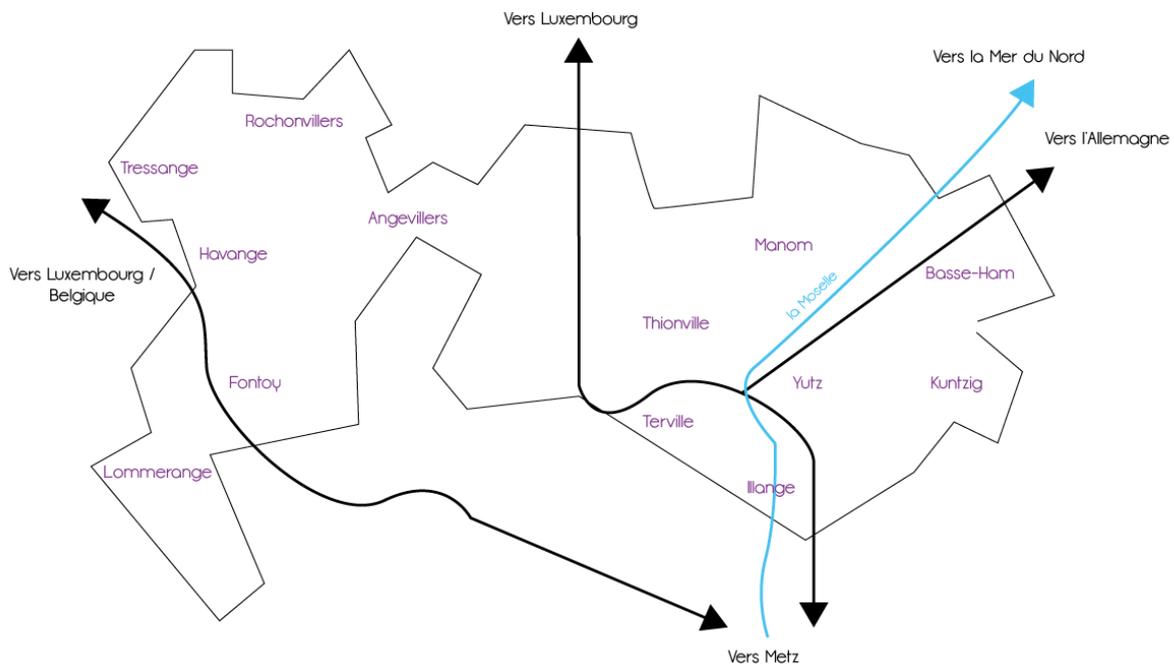


Figure 3 : Carte de la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville et de ses axes de transport majeurs

L'Agglomération Portes de France - Thionville est ouverte sur un vaste territoire transfrontalier de plus de 11 millions d'habitants. Le dynamisme économique allemand et luxembourgeois a des conséquences directes sur le développement de la communauté d'agglomération³².

³¹ Source : <http://www.agglo-thionville.fr/connaitre/le-territoire/>

³² Source : http://www.agglo-thionville.fr/wp-content/uploads/2017/05/plaquette_insti_2016_web.pdf

Les compétences obligatoires du territoire :

- Développement économique : actions de développement économique, création, aménagement, entretien et gestion de zones d'activité industrielle, commerciale, tertiaire, artisanale, touristique, portuaire ou aéroportuaire, politique locale du commerce et soutien aux activités commerciales d'intérêt communautaire, promotion du tourisme dont la création d'offices de tourisme.
- Aménagement de l'espace communautaire : schéma de cohérence territoriale (SCOT), création et réalisation de zones d'aménagement concerté d'intérêt communautaire, transports urbains.
- Équilibre social de l'habitat : avec notamment le Programme Local de l'Habitat (PLH).
- Politique de la ville : dispositifs contractuels de développement urbain, de développement local et d'insertion économique et sociale d'intérêt communautaire, dispositifs locaux, d'intérêt communautaire, de prévention de la délinquance.
- Accueil des gens du voyage : aménagement, entretien et gestion des aires d'accueil.
- Collecte des déchets des ménages et déchets assimilés

Les compétences optionnelles :

- Voiries et parcs de stationnement d'intérêt communautaire : création, aménagement, entretien et gestion.
- Assainissement : collecte et épuration des eaux usées, entretien du réseau.
- Équipements culturels et sportifs d'intérêt communautaire : construction, aménagement, entretien et gestion.
- Lieux de cultes : travaux d'entretien et de mise en sécurité des édifices : églises, temples, synagogue, chapelles et presbytères.
- Environnement : Lutte contre la pollution de l'air, lutte contre les nuisances sonores, soutien aux actions de maîtrise de la demande d'énergie, collecte et traitement des déchets des ménages et déchets assimilés.

Les compétences facultatives :

- Relations transfrontalières.
- Petite enfance : observation des besoins d'accueil sur le territoire communautaire, construction et gestion des équipements nouveaux à réaliser ; Relais Assistants Maternels ; transfert des structures d'accueil collectif dans les communes dont la population municipale est inférieure à 5 000 habitants.
- Technologie de l'Information et de la Communication (TIC).

- Habitat : instruction des autorisations d'urbanisme.
- Aménagement et développement numérique du territoire.
- Développement et promotion touristique.
- Exploitation d'un Système d'Information Géographique (SIG).
- Gestion des archives.
- Zones de développement éolien : étude, création et réalisation.
- Soutien à l'Enseignement Supérieur et à la Recherche.
- Santé : préservation de l'adéquation entre offre et besoins de proximité.³³

Pierre CUNY assure la présidence du Conseil Communautaire depuis le 29 avril 2016³⁴. Il est également maire de Thionville³⁵.

Pauline Patout, chargée de mission santé au Centre Communautaire d'Action Sociale de Thionville est la personne référente du test sur le territoire de la communauté d'agglomération.

2. Données à propos de l'intersectorialité sur le territoire de Thionville

Les résultats sont issus de la synthèse finale³⁶, ils ne contiennent que les éléments permettant d'analyser la place de l'intersectorialité au sein des politiques AP-Santé sur le territoire d'étude.

- Question 4 : Existe-t-il des organisations ou des instances qui assurent une **collaboration et/ou une coordination intersectorielle dans la mise en œuvre des politiques et plans d'actions AP-SANTÉ** au niveau du territoire étudié ?

Tableau 2 : Données concernant les processus de collaboration du territoire de Thionville

³³ Source : <http://www.agglo-thionville.fr/connaitre/les-competences/>

³⁴ Source : <http://www.agglo-thionville.fr/connaitre/les-elus/>

³⁵ Source : <http://www.thionville.fr/fr/le-maire-et-les-adjoints>

³⁶ (Annexe 3)

| | Entre les services de la mairie de Thionville | Entre les services de la Communauté d'Agglomération | Entre la Communauté d'Agglomération et la mairie de Thionville |
|----------------------------------|---|--|--|
| Acteurs concernés | Principales collaborations entre la mission santé, le service des sports et la direction cadre de vie (sur le volet mobilités). Plus ponctuellement avec les services du patrimoine, de l'urbanisme, de la voirie, de l'enseignement et de la direction cadre de vie (sur la partie espaces verts). | Collaborations au sein de la direction de l'Aménagement entre les services Infrastructures, Transports et TIC et l'environnement. Collaboration plus ponctuelle entre la direction de l'Aménagement et la communication. Des collaborations avec la mission santé (récemment mutualisée commune/CAPFT) sont actuellement initiées. | Les collaborations se limitent aux services d'un même secteur (exemple : service environnement de la CAPFT avec la direction cadre de vie de la commune de Thionville) |
| Cadre de la collaboration | Collaborations dans la mise en œuvre et l'évaluation d'actions issues de politiques en lien avec l'AP-Santé (jalonnement piéton, plan POIT, etc.). Pas de collaboration intersectorielle dans l'élaboration des politiques/actions hormis sur l'application Sport City Tour. | Les collaborations portent sur la mise en œuvre d'actions transversales issues de politiques en lien avec l'AP-Santé (itinéraires cyclables et sentiers pédestres, etc.) et concernent les services attachés à la direction de l'Aménagement. Pas de collaboration intersectorielle dans l'élaboration des politiques/actions. | Collaborations intra-services concernant les compétences partagées (santé et environnement). Pas de collaborations sur la thématique d'AP-Santé. |
| Types de collaboration | Formelles et informelles. | Non-enseigné | / |
| Récurrence | Collaborations régulières avec certains services, plus ponctuelles avec d'autres. | Collaborations régulières au sein de la direction de l'Aménagement. Pas encore initiées avec la mission Santé. | Aucunes collaborations intersectorielles récurrentes ou ponctuelles engagées. Volonté de collaborer très récente. |

- Question 6 : Cochez et complétez le tableau ci-dessous avec les **documents de cadrage** (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations, statuts de collectivité, notes de service, compte-rendu de réunion, programme électoral,...) en cours qui s'appliquent au territoire étudié, qui montrent l'intention des institutions d'augmenter la pratique de l'activité physique au niveau du territoire. Lorsque des acteurs autres qu'institutionnels (mutuelles, CROS...) portent des politiques d'activité physique, mentionnez-les dans le tableau.

Les résultats présentent les politiques recueillies à l'échelle locale, départementale et régionale qui apparaissent comme étant majeures pour le développement de l'AP-Santé sur le territoire.

Tableau 3 : Politiques majeures intégrant de l'AP-Santé sur le territoire de Thionville

| Niveaux | Secteurs | Documents politiques | Processus de consultation |
|---------------|-----------------|---|---|
| Régional | Santé | Projet Régional de Santé 2012-2017 <i>ARS Lorraine, 2012</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les conférences de territoire, les deux commissions de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et la protection maternelle et infantile pour l'une et dans le domaine médico-social pour l'autre. - Quand : De janvier à juillet 2012 |
| | Multi-sectoriel | Plan Régional Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine <i>DRJSCS Lorraine, ARS Lorraine et préfecture Lorraine, 2012</i> | Non-renseigné |
| Départemental | Social | Schéma départemental de l'autonomie Moselle 2018-2022 <i>Conseil départemental de Moselle, 2018</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie - Quand : 26 octobre 2017 |
| | Multi-sectoriel | Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP 57) <i>Conseil Départemental de Moselle et Préfecture de Moselle, 2018</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté Partenaires - Quand : Pas de date de consultation mais a été approuvé après consultation le 7 décembre 2017 |
| Local | Santé | Contrat Local de Santé <i>Commune de Thionville, 2013</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : Acteurs de terrain |

| | | | |
|-----------------------|---|--|--|
| | | | volontaires (réseau associatif, institutionnel, habitants) - Quand : _____ |
| Transport | Plan de Déplacement Urbain <i>SMITU, 2014</i> | | Non-renseigné |
| | Schéma communautaire Infrastructures et transports (SCIT) <i>Communauté d'Agglomération, 2010</i> | | Non-renseigné |
| | Plan de déplacement de la mairie de Thionville <i>Commune de Thionville</i> | | Non-renseigné |
| | Plan Modes Doux <i>Commune de Thionville</i> | | Non-renseigné |
| Environnement | Plan Climat Air Energie Territorial <i>Communauté d'Agglomération, 2013</i> | | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : acteurs socio-économiques et citoyens du territoire - Quand : _____ |
| | Plan de Protection de l'Atmosphère <i>Préfet de Moselle, 2015</i> | | Non-renseigné |
| | Plan Climat interne Thionville <i>Commune de Thionville, 2013</i> | | Non-renseigné |
| Sport | Priorités de la politique sportive de la ville <i>Commune de Thionville</i> | | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : associations - Quand : Annuel Entretiens de concertations annuelles des associations à propos de leurs projets |
| Education | Projet Educatif de Territoire Thionville <i>Commune de Thionville, 2013</i> | | Non-renseigné |
| Politique de la Ville | Contrat de Ville de Thionville <i>Communes de Thionville, Yutz et Terville et Communauté d'Agglomération, 2015</i> | | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : > concertation dense avec les différents acteurs et les habitants ; > installation et participation des Conseils Citoyens au Contrat de Ville. - Quand : _____ |
| Urbanisme | Schéma de Cohérence Territoriale <i>Syndicat Mixte du SCoT, 2014</i> | | Non-renseigné |
| Multi-sectoriel | Projet de Territoire Portes de France 2015-2020 <i>Communauté d'Agglomération</i> | | Non-renseigné |

- Question 7 : Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulées ? Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon plutôt cloisonnées? (Précisez pourquoi)

A l'échelle locale, les documents de cadrage repérés apparaissent complémentaires dans la réalisation de l'objectif commun : l'augmentation de la qualité de vie et du bien-être sur le territoire.

Une notion inscrite dans les statuts de la communauté d'agglomération explicite la volonté d'inscrire la santé dans toutes les politiques du territoire. Cependant, cette volonté ne cible pas particulièrement l'activité physique-santé.

Les politiques sont élaborées de manière relativement cloisonnées entre les secteurs du fait d'un défaut de communication et de collaborations. Cela donne lieu à la mise en place d'actions ou à des demandes parfois similaires. Cependant, il arrive que le constat soit fait, le plus souvent par des échanges informels, d'objectifs communs au moment de la mise en œuvre des politiques. Cela donne lieu à des collaborations dans le cadre d'actions communes.

Certains documents de cadrage sont toutefois articulés de manière volontaire car ils développent des objectifs et des actions identiques, même si la finalité énoncée n'est pas la même. Par exemple, l'action de jalonnement piéton apparaît dans le plan Modes Doux ainsi que dans le Contrat Local de Santé. La direction cadre de vie et la mission santé ont travaillé ensemble à la mise en place de cette action. La complémentarité des actions et le travail intersectoriel s'inscrivent aujourd'hui dans une volonté politique. C'est pourquoi on s'achemine vers plus de collaborations et de fait, vers le développement d'une politique AP-santé plus cohérente. L'application Sport City Tour est l'illustration de cette volonté du fait de la collaboration des secteurs des sports, de la santé, de l'urbanisme, du patrimoine, et de l'environnement.

Concernant l'articulation des politiques et documents de cadrage entre les différents échelons (régional, départemental, local), les dispositions légales françaises explicitent la nécessité de décliner des documents régionaux au niveau local. Par exemple, le Contrat Local de Santé est décliné en s'appuyant sur les orientations stratégiques du Plan Régional de Santé.

- Question 14 : Donnez au moins **un ou deux exemples d'actions concrètes sous forme de programmes, d'interventions ou d'initiatives structurantes.**

Apparaissent uniquement les actions qui ont explicitement et officiellement impliqué plusieurs secteurs dans le cadre d'une collaboration dans la mise en œuvre ou l'élaboration.

- ➔ Le Plan POIT : Projet de prévention du surpoids et de l'obésité auprès des écoles primaires pour les classes de grandes sections de maternelle.

Objectif : diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants thionvillois, en leur offrant un accès égal à la pratique d'une AP et en améliorant leur information nutritionnelle.

Projet porté par la mission santé dans le cadre du Contrat Local de Santé, avec la collaboration du secteur de l'éducation (programme intégré dans le programme scolaire et appliqué par les enseignants) et du service des sports (faire découvrir plusieurs AP aux enfants, pour leur donner envie et qu'ils puissent convaincre leurs parents de continuer et de s'inscrire dans les clubs thionvillois.)

- ➔ Le jalonnement piéton : mise en place d'un jalonnement piéton au centre-ville de Thionville

Objectif : inciter la population à se déplacer à pieds et réduire l'utilisation de la voiture.

Projet initialement porté par la direction cadre de vie/environnement de la commune de Thionville dans le cadre du Plan Modes Doux puis intégré au Contrat Local de Santé. Collaboration de la mission santé et de la mission mobilités de la direction cadre de vie/environnement.

- ➔ L'application Sport City Tour : application qui permet de découvrir le centre-ville de Thionville dans le cadre d'une pratique AP de tous niveaux.

Objectif : mise en valeur du patrimoine de la ville (marketing territorial), favoriser l'AP au sein de la commune, redynamiser le centre-ville.

Projet porté par le direction Jeunesse et Sports de Thionville qui fait collaborer la mission santé, la direction cadre de vie, le service patrimoine et le service urbanisme dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'action.

3. Validation des critères d'intersectorialité à partir des données de la communauté d'agglomération Portes de France-Thionville

Tableau 4 : Validation des critères d'intersectorialité du territoire de Thionville

| | Critère A Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions | Critère B L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats | Critère C L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) |
|--|---|--|---|
| Question 4 Existe-t-il des organisations ou des instances qui assurent une collaboration et/ou une coordination intersectorielle dans la mise en œuvre des politiques et plans d'actions AP-SANTÉ au niveau du territoire étudié? | | Existence de collaborations entre les services dans la mise en œuvre des politiques et des actions mais absence d'une structure spécifique qui assure ce rôle de collaboration/coordination. Absence de collaborations intersectorielles dans l'élaboration des politiques hormis le projet de territoire CAPFT qui a dû intégrer plusieurs secteurs. Une seule action est élaborée de manière intersectorielle. | |
| Question 6 - Processus de consultation | Les processus de consultation sont en majorité mis en place durant la phase d'élaboration d'une politique. Les consultations concernent plusieurs types d'acteurs et majoritairement 2 grandes catégories : les commissions de professionnels du secteur concerné et les acteurs de terrain (réseau associatif, institutionnel, acteurs socio-économique et habitants). Sur 17 documents, 10 ne précisent pas si un processus de consultation a été engagé dans le cadre de l'élaboration ou de la mise en œuvre de la politique. | | |

| | Critère A Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions | Critère B L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats | Critère C L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) |
|--|---|---|--|
| <p>Question 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documents politiques et secteurs qui portent les politiques considérées comme étant majeures pour la promotion de l'AP-Santé | | | <p>A l'échelle régionale, la santé porte la politique majoritaire intégrant de l'AP-Santé. Au niveau départemental, c'est le secteur social qui porte la politique. Le transport et l'environnement portent respectivement à l'échelon local 4 et 3 documents politiques liés à l'AP-Santé sur le champ des mobilités actives. La santé, le sport, l'éducation, la politique de la ville et l'urbanisme intègrent tous l'activité physique-santé dans un de leur document politique.</p> |
| <p>Question 6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Politiques intersectoriels, co-portées par plusieurs structures | | <p>L'AP-Santé est intégrée au sein d'un document politique intersectoriel par niveaux (local, départemental, régional). A l'échelle régionale, le Plan Régional Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine est co-porté par la DRJSCS Lorraine, l'ARS (Agence Régionale de Santé) Lorraine et la préfecture Lorraine. Au niveau départemental, le Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP 57) a été co-porté par le Conseil Départemental de Moselle et la Préfecture de Moselle. Au niveau local, le Projet de Territoire Portes de France 2015-2020 est porté par la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville mais concerne plusieurs domaines et notamment les champs économique, de la solidarité,</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | du rayonnement communautaire, et des mobilités. Il a donc nécessité la mobilisation de plusieurs secteurs. | |
| | Critère A Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions | Critère B L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats | Critère C L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) |
| Question 7 Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulées ? Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon plutôt cloisonnées? (Précisez pourquoi) | | | Elaboration des politiques cloisonnées mais collaborations dans la mise en œuvre d'actions communes à plusieurs secteurs. Certains documents de cadrage sont articulés car ils possèdent des objectifs identiques même si leur finalité est différente. Volonté d'une politique AP-Santé plus cohérente et de politiques complémentaires sur le sujet élaborées et mise en œuvre de manière articulée comme l'illustre le projet d'application sportive. |
| Question 14 Donnez au moins un ou deux exemples d'actions concrètes sous forme de programmes, d'interventions ou d'initiatives structurantes. | Le plan POIT a intégré la consultation des enseignants, de la médecine scolaire et des équipes du Centre Hospitalier Régional (CHR) (diététicienne, médecins pédiatres, etc.) dans l'élaboration de l'action et sa mise en œuvre. Les porteurs du projet de jalonement piéton ont engagé un processus de consultation des habitants par le biais d'une enquête de terrain dans le cadre de l'évaluation de l'action. Pas d'informations concernant l'éventuelle consultation de parties prenantes au projet d'application sportive. La démarche n'est actuellement pas prévue, mais le projet débute seulement l'étape d'élaboration. | L'élaboration et/ou la mise en œuvre des trois actions se sont faites de manière intersectorielle. Des partenariats sont liés entre la mission santé, le service des sports, la direction cadre de vie (particulièrement sur le volet mobilités), le service éducation, le service patrimoine et/ou le service urbanisme. | L'action Plan POIT est intégrée au Contrat Local de Santé et au programme scolaire des écoles de Thionville. L'action de jalonement piéton est intégrée au Plan Modes Doux et au Contrat Local de Santé. L'application sportive est en phase d'élaboration et n'est actuellement intégrée dans aucuns documents de cadrage mais sera valorisée par : le sport, la santé, le cadre de vie, le patrimoine et l'urbanisme. |

| | Critère A Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions | Critère B L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats | Critère C L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) |
|--|---|--|---|
| | <p style="text-align: center;">Critère A validé</p> <p>Les processus de consultation sont mis en place dans la majorité des cas concernant l'élaboration ou l'évaluation de politiques ou d'actions liées à l'AP-Santé. Certains projets sont tout de même élaborés sans aucune consultation des parties prenantes. La démarche d'engager un processus de consultation est donc régulière, mais pas automatique.</p> | <p style="text-align: center;">Critère B invalidé</p> <p>De nombreuses collaborations et partenariats sont mis en place dans le cadre de la mise en œuvre de politiques ou d'actions liées à l'AP-Santé. Cependant au niveau local, les politiques et actions sont élaborées pour la plupart de manière cloisonnées. Seules, la politique de Projet de Territoire et l'application sportive ont intégré l'implication de plusieurs secteurs dans la démarche d'élaboration.</p> | <p style="text-align: center;">Critère C validé</p> <p>La politique AP-Santé est portée par de multiples secteurs et intégrée dans des programmes connexes. La question de cohérence entre les politiques n'est engagée que sur quelques documents de cadrage et actions. Une volonté du territoire est exprimée pour mener des politiques et actions complémentaires et articulées sur le sujet de la santé et de l'AP-Santé.</p> |

II. Commune de Bar-le-Duc

1. Présentation du territoire

Bar-le-Duc est une commune de la Meuse (Lorraine), ville centre de la Communauté d'Agglomération (CA) Meuse Grand Sud depuis 2013, EPCI née de la fusion de deux Communautés de communes et de l'intégration de cinq communes. Chef-lieu de la Meuse, la commune se trouve en retrait des grandes villes de Lorraine comme Nancy et Metz (respectivement à 75 et 85 km à vol d'oiseau mais à 85 et 125 km par route), et de Champagne (comme Reims). Bar-le-Duc se situe également à une cinquantaine de kilomètres des autres pôles secondaires des environs comme Vitry-le-François et Verdun (à une cinquantaine de km par route).³⁷

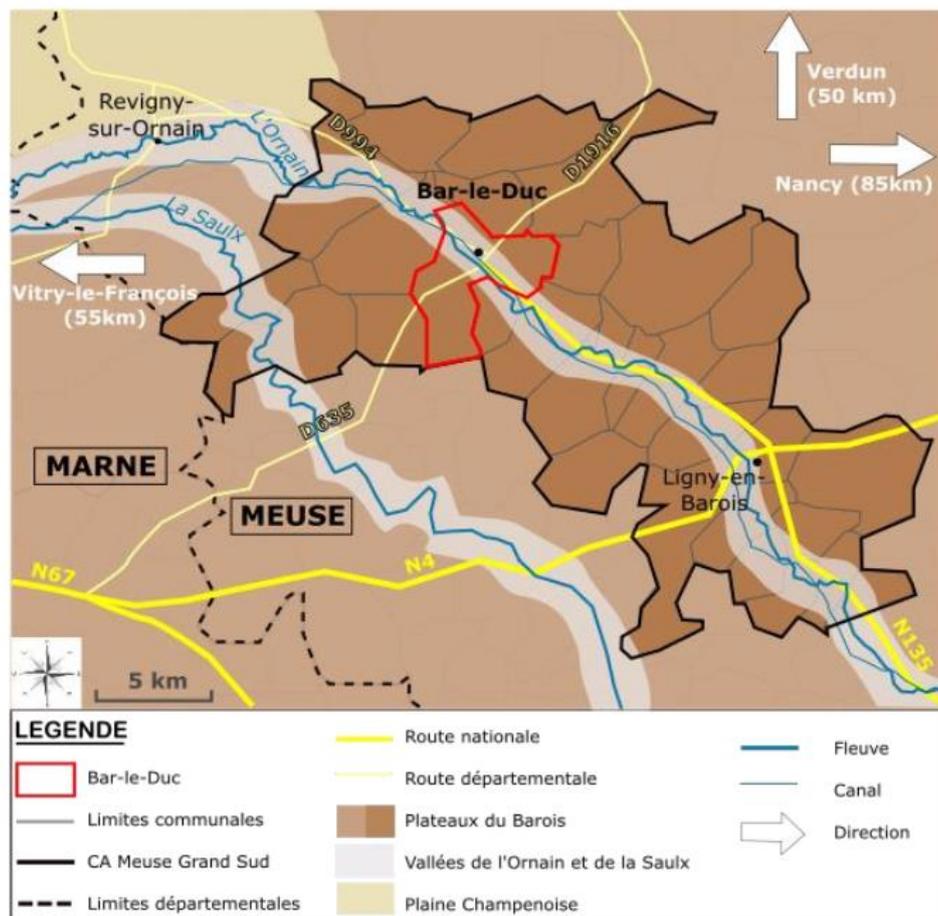


Figure 4 : Carte de la commune de Bar-le-Duc sur son territoire environnant

³⁷ Source :

[https://www.barleduc.fr/fileadmin/user_upload/telechargement/1_Diagnostic_Territoire_Bar_le_Duc_Mai_2015.p
df](https://www.barleduc.fr/fileadmin/user_upload/telechargement/1_Diagnostic_Territoire_Bar_le_Duc_Mai_2015.pdf)

2. Données à propos de l'intersectorialité sur le territoire de Bar-le-Duc

Les résultats sont issus de la synthèse finale³⁸, ils ne contiennent que les éléments permettant d'analyser la place de l'intersectorialité au sein des politiques AP-Santé sur le territoire d'étude.

- Question 4 : Existe-t-il des organisations ou des instances qui assurent une **collaboration et/ou une coordination intersectorielle dans la mise en œuvre des politiques et plans d'actions AP-SANTÉ au niveau du territoire étudié ?**

Tableau 5 : Données concernant les processus de collaboration du territoire de Bar-le-Duc

| | Collaborations au sein des services de la commune de Bar-le-Duc et de la communauté d'agglomération | Collaborations de la commune de Bar-le-Duc avec les autres échelons institutionnels |
|----------------------------------|--|---|
| Acteurs concernés | De nombreux services sont mutualisés avec la communauté d'agglomération Meuse Grand Sud et se consultent fréquemment. Seul le Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) n'a été que très rarement cité dans les processus de collaborations. | La commune de Bar-le-Duc collabore avec l'échelon départemental, par le biais du conseil départemental et avec le Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) du Pays Barrois. Aucune collaboration avec le niveau régional n'est citée. |
| Cadre de la collaboration | La collaboration intersectorielle entre les services portent sur des démarches de consultations : conseils, avis, besoins concernant des sujets pouvant être liés à l'AP-Santé (comme par exemple l'élaboration du plan de déplacements doux). Les services travaillent donc en collaboration dans l'élaboration ou la mise en œuvre de politiques/actions par le biais d'une démarche consultative mais pas dans le cadre de réflexions communes ou d'une coordination des projets. | Pas de stratégies intersectorielles coordonnées entre les acteurs départementaux et locaux à propos de l'adaptation de la mise en œuvre des politiques sur le territoire (comme par exemple dans le cadre du plan autonomie, ou d'actions comme la construction de cours de tennis). Collaborations entre services/personnes d'un même secteur à propos de l'élaboration de projets indirectement liés à l'AP-Santé (comme par exemple pour les contrats d'objectifs destinés aux associations sportives barisiennes ou la participation de la commune à l'élaboration du schéma de mobilités du PETR). |
| Types de collaboration | Les collaborations sont multiples mais ne sont pas coordonnées. Collaborations formelles mais aussi informelles car les relations entre les agents techniques sont habituelles et donc facilitées. Fonctionnement encore très sectorisé sur le champ de l'AP-Santé car il n'y a pas d'habitudes ni d'automatismes de collaborations sur cette thématique. | Collaborations formelles, particulièrement entre le service des sports de Bar-le-Duc et le conseiller sportif départemental sur des questions d'ordre sportif mais pas spécifiquement d'activité physique-santé. |
| Récurrence | Les liens de collaborations sont récents et les collaborations entre les secteurs sont fréquentes et pérennes. | Collaborations ponctuelles dans l'élaboration de politiques/actions qui ne sont pas explicitement fléchées AP-Santé. |

³⁸ (Annexe 4)

- Question 6 : Cochez et complétez le tableau ci-dessous avec les **documents de cadrage** (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations, statuts de collectivité, notes de service, compte-rendu de réunion, programme électoral,...) en cours qui s'appliquent au territoire étudié, qui montrent l'intention des institutions d'augmenter la pratique de l'activité physique au niveau du territoire. Lorsque des acteurs autres qu'institutionnels (mutuelles, CROS...) portent des politiques d'activité physique, mentionnez-les dans le tableau.

Les résultats présentent uniquement les politiques recueillies à l'échelle locale qui apparaissent comme étant majeures pour le développement de l'AP-Santé sur le territoire.

Tableau 6 : Politiques majeures intégrant de l'AP-Santé sur le territoire de Bar-le-Duc

| Niveaux | Secteurs | Documents politiques | Processus de consultation |
|---------------|-----------------|--|---|
| Régional | Santé | Projet Régional de Santé 2012-2017 <i>ARS Lorraine, 2012</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les conférences de territoire, les deux commissions de coordination des politiques publiques dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et la protection maternelle et infantile pour l'une et dans le domaine médico-social pour l'autre. - Quand : De janvier à juillet 2012 |
| | Multi-sectoriel | Plan Régional Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine <i>DRJSCS Lorraine, ARS Lorraine et préfecture Lorraine, 2012</i> | Non-renseigné |
| Départemental | Social | Schéma départemental de l'autonomie Meuse 2018-2022 <i>Conseil départemental de la Meuse, 2018</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté Six groupes de travail se sont réunis pour construire les réponses du Département à ceux-ci dans le cadre du schéma de l'autonomie 2018-2022. Ils ont regroupé plus d'une centaine de personnes. |

| | | | |
|-------|---------------|---|---|
| | | | Consultation du CDOS Meuse et de la mission sportive départementale pour la partie activité physique-santé. - Quand : / |
| | Environnement | Agenda 21 département de la Meuse <i>Conseil Départemental de la Meuse, 2014</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté sessions de 5 ateliers de co-construction avec les élus et agents du Conseil général, ainsi que des partenaires locaux - Quand : Mars 2014 |
| | Tourisme | Schéma de développement touristique de la Meuse 2017-2021 <i>Comité Départemental du Tourisme de la Meuse, 2017</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté démarche fortement participative offrant une large place à la consultation des acteurs de la destination : habitants, privés, associatifs locaux et partenaires institutionnels du tourisme (EPCI, Région, Offices de tourisme, Parc naturel régional...) et mise en place d'un espace collaboratif en ligne - Quand : Février 2017 |
| | Sport | Politique sportive départementale de la Meuse <i>Conseil Départemental de la Meuse</i> | Non-renseigné |
| Local | Environnement | Agenda 21 de Bar-le-Duc <i>Commune de Bar-le-Duc, 2015</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : Concertation avec les habitants, les structures privées, les structures publiques de la collectivité, les associations et les autres collectivités. Elaboration transversale par la mobilisation de l'ensemble des services de la commune de Bar-le-Duc et de la Communauté d'Agglomération Meuse Grand Sud. - Quand : 1 ^{er} semestre 2015 Eté 2015 Automne-hiver 2015 Début 2016 |
| | | Programme d'actions du Plan Climat Territorial du Pays Barrois <i>Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) du Pays Barrois, 2008</i> | Non-renseigné |
| | Urbanisme | Schéma de Cohérence Territorial du | <input checked="" type="checkbox"/> Oui |

| | | | |
|--|-----------------------|---|---|
| | | Pays Barrois <i>Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) du Pays Barrois, 2014</i> | Si oui, précisez : - Qui a été consulté : Les élus, les Personnes Publiques Associées (PPA), les acteurs économiques et le grand public - Quand : De juin 2012 à décembre 2013 |
| | Politique de la Ville | Contrat de Ville Meuse Grand Sud 2015-2020 <i>Etat et Communauté d'Agglomération Meuse Grand Sud, 2015</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : Habitants par le biais d'un adulte-relais dans l'équipe-projet, leur participation au diagnostic, la création du conseil citoyen et d'autres démarches participatives. - Quand : / |

- Question 7 : Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulées ? Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon plutôt cloisonnées? (Précisez pourquoi)
 - Au niveau départemental, volonté de ne plus sectoriser les politiques mais d'élaborer des politiques de manière transversale. Souhaite mener des politiques cohérentes, pas spécifiquement sur le sujet de l'AP-Santé. Actuellement, démarche qui est seulement initiée, qui débute.
 - Au niveau de la commune, des politiques complémentaires sont menées mais sans concertation lors de l'élaboration desdites politiques. La volonté est également de travailler de manière concertée et coordonnée pour élaborer des politiques plus efficaces en lien avec l'AP-Santé. Démarche de transversalité et de collaboration intersectorielle engagée par la commune de Bar-le-Duc dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions mais la démarche ne peut pour l'instant se limiter qu'à quelques secteurs et pas à tous les secteurs impactés ou impactant l'action.
 - Les politiques du niveau départemental et régional n'impactent pas ou très peu le niveau local. Le fait que les initiatives existantes, à tout échelon, ne soient pas coordonnées mènent à une confusion sur les outils et les capacités d'accompagnement qui peuvent exister sur le territoire.

Synthèse : Des politiques liées à l'AP-Santé sont mises en place, mais pas de manière coordonnées. Il n'y a pas de liens entre les différentes politiques. Des actions liées à l'AP-

Santé sont mises en place mais pas sous le chapeau d'une politique spécifique. Il n'y a pas de vision globale construite mais plutôt une addition d'actions qui mène au développement du sport, et du sport-santé sur le territoire.

- Question 14 : Donnez au moins **un ou deux exemples d'actions concrètes sous forme de programmes, d'interventions ou d'initiatives structurantes.**

Apparaissent uniquement les actions qui ont explicitement et officiellement impliqué plusieurs secteurs dans le cadre d'une collaboration dans la mise en œuvre ou l'élaboration.

Trois actions ont été identifiées comme intégrant de l'activité physique-santé au niveau local :

- Atelier d'éveil sportif : atelier destiné aux enfants de 4 à 9 ans à visée de découverte des activités physiques et sportives
- Atelier équilibre et bien-être : Activités de maintien de la forme et de prévention de la perte d'autonomie pour un public sénior
- Parcours de santé : réhabilitation d'un parcours de santé de pleine nature implanté dans la forêt du Haut Juré

Aucunes de ces trois actions n'est élaborée ou mise en œuvre de manière intersectorielle. Chaque action est portée et mise en place par un service de la commune de Bar-le-Duc.

Une action a été identifiée comme intégrant de l'activité physique-santé au niveau départemental :

- Echappées en Meuse : événement de promotion de la pratique du vélo sur le territoire meusien

Ce projet porté par le conseil départemental n'a pas été mis en œuvre mais avait comme objectif d'intégrer une collaboration avec des acteurs locaux dans le cadre de la valorisation du territoire (musées, clubs sportifs, acteurs économiques, collectivités locales, acteurs du patrimoine, etc.)

3. Validation des critères d'intersectorialité à partir des données de la commune de Bar-le-Duc

Tableau 7 : Validation des critères d'intersectorialité du territoire de Bar-le-Duc

| | Critère A Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions | Critère B L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats | Critère C L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) |
|--|---|---|---|
| Question 4 Existe-t-il des organisations ou des instances qui assurent une collaboration et/ou une coordination intersectorielle dans la mise en œuvre des politiques et plans d'actions AP-SANTÉ au niveau du territoire étudié? | | Collaborations entre les services de la commune de Bar-le-Duc (pour la plupart mutualisés avec la communauté d'agglomération Meuse Grand Sud) limitées à une phase de consultation des autres secteurs dans l'élaboration ou la mise en œuvre de politiques/actions intégrant de l'AP-Santé. Pas de coordination, de co-portage ou de réflexion partagée sur la thématique AP-Santé. Absence d'une structure spécifique qui assure ce rôle de collaboration/coordination. Absence de collaborations intersectorielles entre la commune et les autres échelons institutionnels comme le département ou le PETR. Les collaborations verticales sont restreintes à un même secteur de compétences. | |
| Question 6 - Processus de consultation | Les processus de consultation sont mis en place durant la phase d'élaboration d'une politique. Les consultations concernent plusieurs types d'acteurs et majoritairement 2 grandes catégories : les commissions de professionnels du secteur concerné et les acteurs de terrain (réseau associatif, institutionnel, | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | acteurs socio-économique et habitants). Sur 10 documents, 7 explicitent un processus de consultation, la plupart intégrant une consultation des habitants ou du grand public. | | |
| | Critère A Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions | Critère B L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats | Critère C L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) |
| Question 6 - Documents politiques et secteurs qui portent les politiques considérées comme étant majeures pour la promotion de l'AP-Santé | | | A l'échelle régionale, la santé porte la politique majoritaire intégrant de l'AP-Santé. Au niveau départemental, plusieurs secteurs portent des politiques qui intègrent l'AP-Santé : le social, l'environnement, le tourisme et le sport. A l'échelle locale, l'environnement, l'urbanisme et la politique de la ville portent les politiques majeures intégrant de l'activité physique-santé. |
| Question 6 - Politiques intersectoriels, co-portées par plusieurs structures | | Il n'existe qu'un seul document de cadrage élaboré de manière intersectorielle. Le Plan Régional Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine est co-porté par la DRJSCS Lorraine, l'ARS Lorraine et la préfecture Lorraine. | |
| Question 7 Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulées ? Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon plutôt cloisonnées? (Précisez pourquoi) | | | Des politiques liées à l'AP-Santé sont mises en place, mais pas de manière coordonnée. Il n'y a pas de liens entre les différentes politiques. Des actions liées à l'AP-Santé sont mises en place mais pas sous le chapeau d'une politique fléchée AP-Santé. Il n'y a pas de vision globale construite mais plutôt une addition d'actions qui mène au développement de l'activité physique à des fins de santé sur le territoire. |

| | Critère A Une consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques et des plans d'actions | Critère B L'élaboration d'une politique et d'un plan d'actions entre plusieurs organismes, par un travail de coalitions, d'alliances et de partenariats | Critère C L'intégration de la politique d'AP dans d'autres programmes connexes (santé, nutrition, transport, environnement) |
|--|--|---|---|
| Question 14 Donnez au moins un ou deux exemples d'actions concrètes sous forme de programmes, d'interventions ou d'initiatives structurantes. | Aucune consultation n'est identifiée. | Les actions n'ont pas été élaborées en intersectorialité. | Les actions ne sont intégrées dans aucun programme ou document de cadrage. |
| | Critère A validé La démarche de consultation est intégrée de manière quasiment automatique à la phase d'élaboration d'une politique intégrant de l'activité physique-santé. Les collaborations entre les secteurs du territoire sont d'ailleurs limitées à une démarche consultative dans le cadre d'élaboration ou de mise en œuvre de politiques ou d'actions. Cependant, dans le cadre d'actions concrètes, aucune consultation des autres secteurs n'a été identifié. | Critère B invalidé Au niveau local, l'élaboration d'une politique ou d'un plan d'actions n'est pas effectuée en collaboration avec plusieurs secteurs. La démarche de collaboration est restreinte à une phase consultative lors de l'élaboration. Les collaborations verticales entre plusieurs échelles institutionnelles se limitent à des échanges au sein d'un même secteur d'activité. La politique régionale élaborée est intersectorielle mais pas de manière verticale avec les collectivités locales du territoire de Bar-le-Duc. | Critère C validé La thématique de l'activité physique-santé est intégrée à des documents de cadrage d'autres secteurs comme les transports, le tourisme, etc. mais sans visée explicite d'AP-Santé. Les politiques sont élaborées de manière cloisonnées et ne sont pas coordonnées entre elles afin de créer une politique AP-Santé spécifique. La thématique est donc intégrée à d'autres secteurs mais sans volonté ni objectif de complémentarité entre les actions/politiques. |

Comparaison des résultats issus des territoires

Un démarche consultative pour l'élaboration des politiques à Bar le Duc et pour les actions à Thionville

Le critère A relatif à la consultation des principales parties prenantes lors de l'élaboration des politiques est validé par la communauté d'agglomération Portes de France-Thionville et par la commune de Bar-le-Duc. La démarche consultative est cependant intégrée dans un contexte différent au sein des deux communes. En effet, les phases de consultation sont engagées de manière quasi systématique lors de l'élaboration d'une politique AP-Santé sur le territoire de Bar-le-Duc. Cette démarche est moins présente, ou n'est pas renseignée dans les documents de cadrage de la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville.. A l'inverse, le processus de consultation est développé à Thionville dans les phases opérationnelles, d'élaboration et de mise en œuvre d'actions AP-Santé alors que qu'il n'existe pas ou peu à Bar le Duc. Sur les deux territoires, le processus de consultation associe les mêmes catégories d'acteurs : les commissions de professionnels du secteur concerné et les acteurs de terrain comprenant le réseau associatif, les acteurs institutionnels, les acteurs socio-économique et les habitants.

Pas d'intersectorialité dans l'élaboration des politiques sur les 2 territoires

Le critère B correspondant à l'élaboration d'une politique ou d'un plan d'actions entre plusieurs organismes par un travail de collaborations est invalidé sur les deux territoires d'étude. En effet, dans le cadre de la phase d'élaboration d'une politique ou d'une action intégrant de l'activité physique-santé, les deux territoires conçoivent leurs documents de cadrage de manière cloisonnée, exceptions faites de la politique Projet de Territoire et de l'application sportive de la communauté d'agglomération Portes de France-Thionville. Comme souligné plus haut, le territoire de Bar-le-Duc intègre tout de même une démarche consultative des autres secteurs impliqués, celle-ci se limite à la prise en compte des avis de chacun sans réelle réflexion et élaboration commune de la politique concernée. Par ailleurs, les collaborations verticales entre les territoires étudiés et les autres échelons institutionnels comme le département sont limitées à des relations entre les agents d'un même secteur et n'impliquent pas de partenariats entre différents secteurs de plusieurs collectivités.

On ne peut donc pas définir l'élaboration des deux politiques locales comme intersectorielles les quelques éléments de collaboration identifiés ne permettent pas de les caractériser ainsi.

L'AP santé présente dans de nombreux domaines connexes sur les deux territoires

Le critère C porte sur l'intégration de la politique d'activité physique dans d'autres programmes connexes comme la santé, la nutrition, le transport, l'environnement, etc. Il est validé sur les deux territoires étudiés. S'il n'existe aucune politique explicitement nommée Activité Physique-Santé hormis le Plan Régional Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine, de nombreux documents de cadrage comportent des notions d'AP-Santé au sein des deux territoires. Ces documents sont portés par de multiples secteurs à l'échelon local, départemental ou régional comme le tourisme, l'environnement, les transports, le sport, la politique de la ville ou la santé. La politique AP-Santé de la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville et celle de la commune de Bar-le-Duc sont intégrées à des programmes connexes. En plus de l'intégration de l'AP-Santé dans les textes de plusieurs domaines, sur le territoire de Thionville, les actions menées sont elles aussi, portées, pour la plupart, par plusieurs services et sont de ce fait, intégrées à des documents de cadrage dans de nombreux secteurs, liés à l'activité physique comme le sport ou la santé mais également également les transports ou l'environnement. La thématique AP-Santé est donc intégrée à d'autres secteurs, mais il faut souligner que cela ne s'intègre pas dans un objectif de complémentarité entre les actions et politiques menées. Il ne s'agit en effet pas d'une politique globale AP-Santé clairement définie dont la déclinaison serait articulée entre les secteurs. Pourtant, les deux territoires expriment une volonté d'articuler leurs documents et programmes d'actions sur le sujet de l'activité physique-santé.

Discussion

L'analyse de l'intersectorialité de la politique AP santé sur les territoires de Thionville et Bar-le-Duc montre que les deux territoires remplissent deux critères de Bull sur trois. Mais la nature du travail intersectoriel n'est pas le même sur les deux territoires ; par ailleurs la dimension intersectorielle ne concerne pas la définition d'une politique AP-Santé qui serait construite et mise en œuvre par les différents secteurs. La dimension intersectorielle de la politique AP-Santé se situe dans la réalisation d'actions qui ne sont pas définies explicitement comme inscrites dans une politique ou un objectif intégrant l'activité physique-santé.

La différence entre les deux territoires concernant la dimension intersectorielle de la politique AP-Santé peut s'expliquer en partie par les caractéristiques des deux communes.. En effet, la communauté d'agglomération Portes de France-Thionville est un territoire industriel et urbain tandis que la commune de Bar-le-Duc est intégrée à un territoire rural, moins densément peuplé. C'est notamment du fait de ces différences territoriales, explicitées ci-après, que les résultats sont nuancés quant aux processus d'intersectorialité.

Si l'on s'attarde sur les dimensions de la gouvernance intersectorielle telles que les décrit St-Pierre, L., & Gauvin, F. P. (2010) ; le leadership, la collaboration et la coordination, la responsabilité et les changements culturels sont les quatre facteurs issus de « la nouvelle gouvernance » des institutions. Il est possible de mieux comprendre les résultats issus du test CAPLA-Santé concernant l'intersectorialité dans les deux communes.

Pour analyser les résultats recueillis, d'autres réponses issues de l'outil peuvent être utilisées. L'item 6 de l'outil CAPLA-Santé comprend de nombreuses informations essentielles à la compréhension des résultats. Il explicite notamment les progrès réalisés et les défis qu'il reste à relever pour le territoire d'étude et permet d'identifier des freins et leviers à l'intersectorialité.

L'existence d'un leadership politique à Thionville

La présence d'un leadership affirmé au sein d'une collectivité est un élément facilitateur concernant la réussite d'une gouvernance intersectorielle sur la thématique de l'activité physique bienfaisante pour la santé. Les collaborations intersectorielles régulières au sein de la communauté d'agglomération de Thionville sont liées majoritairement à la volonté du président de la communauté d'agglomération et maire de Thionville d'intégrer la santé dans toutes les politiques et de promouvoir une activité physique intégrée dans les habitudes

quotidiennes. L'arrivée d'une équipe menée par un maire médecin, conscient de l'importance d'intégrer l'activité physique et plus largement le domaine de la santé aux politiques structurantes a constitué un élément déclencheur dans l'élaboration d'actions d'activité physique-santé (St-Pierre, L., & Gauvin, F. P., 2010).

Des pratiques de consultation/collaborations facilitées par les caractéristiques des territoires

L'analyse permet de mettre l'accent sur le recours à une démarche consultative sur les deux territoires. Bien que cela n'implique pas qu'un processus de collaboration est amorcé entre plusieurs secteurs, la consultation explicite quand même la volonté d'aller dans ce sens. Cela peut s'expliquer par la taille réduite des collectivités et de ce fait, la proximité qui peut s'installer plus facilement entre les agents d'une part et entre les agents et élus d'autre part. La proximité géographique des acteurs (ils sont souvent dans les mêmes locaux) est un élément qui facilite les relations, les habitudes de travail communes, et de ce fait, les consultations formelles ou informelles liées à des projets (Karyne Bessette, 2015). Cette proximité explique les consultations régulières entre les services de la ville de Bar-le-Duc et également entre ceux de la commune de Thionville.

A l'inverse, l'absence de collaborations entre la communauté d'agglomération Portes de France et la commune de Thionville est lié à l'absence de proximité entre les agents. Cette distance est due aux emplacements différents de leurs locaux, et également aux divergences politiques qui ont longtemps freiné les collaborations. La situation actuelle d'une même bannière politique et d'un rapprochement de certains services dans les mêmes locaux marque la volonté de favoriser les collaborations intersectorielles entre la commune et la communauté d'agglomération. Il faudra cependant que cette proximité géographique s'accompagne à Thionville de la construction d'habitudes de travail communes, de liens de collaboration, ce qui est déjà le cas à Bar Le Duc.

Des secteurs confrontés à des difficultés d'évolution des habitudes de vie

Les défis à relever explicités dans la question 21b de l'outil CAPLA-Santé permettent également d'identifier des facteurs externes pouvant freiner la mise en place de politiques intersectorielles AP-Santé sur les territoires. Le défi partagé par les 2 territoires d'études concerne la difficulté de modifier les habitudes des usagers concernant l'usage de la voiture pour des modes de déplacement actif.

Ce frein à l'utilisation des transports « doux » ou « actifs » selon les secteurs est cependant assimilé à une opportunité de mener des politiques intersectorielles sur la question intégrant la plupart du temps le secteur des transports, de la santé et des sports. Ainsi, ce constat est appuyé par les nombreuses politiques environnementales ou axées sur les transports intégrant une partie sur les mobilités « douces » ou « actives » au sein de la commune de Bar-le-Duc et de la communauté d'agglomération de Thionville. L'élaboration de ces politiques ou des actions qui en découlent est majoritairement portée par le secteur des transports, mais inclue la plupart du temps une démarche de consultation des secteurs des sports et de la santé ou un processus de collaboration avec ces services dans l'élaboration ou la mise en place des documents de cadrage.

La dimension intersectorielle freinée par des priorités différentes des secteurs et par des fonctionnements institutionnels différents

Au-delà d'une analyse de certains critères facilitant les fonctionnements intersectoriels, il semble pertinent d'aborder la place des acteurs au sein du processus de collaborations dans le cadre du développement d'une politique AP-Santé. L'analyse permet d'établir que ce sont majoritairement des institutions qui portent les politiques d'activité physique-santé. Les secteurs les plus porteurs de la politique sont principalement les services de la santé, des sports et des transports ou de l'environnement. D'autres secteurs participent à la mise en œuvre d'actions dans le cadre d'une politique AP santé comme les services du tourisme, de l'enseignement, de la voirie, de l'urbanisme, de la politique de la ville en intégrant notamment des objectifs d'activité physique dans leurs documents de cadrage. Ces secteurs connexes sont plus ponctuellement intégrés dans des démarches d'élaboration intégrant plusieurs services du fait de leurs méconnaissances du sujet, ou de leurs finalités plus éloignées de la thématique de l'activité physique. Les acteurs priorisent leur mission première avant de consacrer temps et ressources à un autre objectif (Clavier, C., 2013). Les acteurs non-institutionnels ne sont pas porteurs de politiques activité physique-santé. Bilodeau, A. l'explique par « *certaines difficultés telles que l'insuffisance et la non-réurrence des financements, ainsi que par la fragilité des compétences professionnelles, notamment concernant la gestion et la mobilisation de réseaux.* »³⁹

Concernant les processus de collaboration intersectorielle verticale, les institutions régionales et départementales portent des adaptations de politiques nationales sur lesquelles s'appuient les acteurs locaux pour élaborer leurs documents de cadrage.

³⁹ Bilodeau, A., Les conditions de réussite de l'intersectorialité aux niveaux régional et local, 2005, 20-21.

Cependant, les acteurs tels que l'Agence Régionale de Santé, la région ou encore le conseil départemental n'interviennent pas directement en collaboration avec les acteurs locaux sur les territoires d'étude. L'analyse des résultats a tout de même permis de constater que la position de Bourg Centre dans un département rural positionne de fait Bar-le-Duc comme un partenaire incontournable de la définition d'une politique départementale d'AP-Santé. Ce constat n'est pas vérifié sur des territoires plus urbains comme la communauté d'agglomération de Thionville où les acteurs locaux semblent peu s'appuyer sur les échelons institutionnels des niveaux supérieurs. Les quelques collaborations identifiées sur les territoires entre différents échelons institutionnels sont limitées à des relations entre agents issus d'un même secteur et ne sont pas intersectorielles.

La place de l'intersectorialité au sein des politiques AP-Santé ; une analyse limitée

L'analyse des données est limitée puisqu'elle ne permet pas de comparer les résultats avec des données antérieures du fait de l'absence d'études menées sur l'adaptation d'un outil national au niveau local sur le sujet de l'activité physique-santé. De même, l'analyse des processus intersectoriels dans l'élaboration d'une politique AP-Santé sur un territoire local est un sujet en émergence où peu de travaux peuvent éclairer l'analyse et la comparaison des résultats obtenus (St-Pierre, L., & Gauvin, F. P., 2010). La confrontation avec la littérature est restreinte à l'appréciation des constats fait dans le cadre de l'analyse vis-à-vis d'approches externes sur le sujet.

Clavier, C., & Gagnon, F. (2013) souligne l'importance du fonctionnement des mécanismes intersectoriels, car selon eux, ils prennent en compte la diversité des intérêts et la confrontation des différentes visions à propos de la thématique ? La méthode utilisée ici a permis d'analyser les processus de collaborations intersectorielles mais les résultats sont restreints du fait de l'effectif limité de participants au test, ne permettant pas de réunir la totalité des informations concernant les politiques d'activité physique-santé et les interactions entre les acteurs. La méthode permet donc d'extraire des tendances mais les résultats restent nuancés quant à la complexité des mécanismes intersectoriels.

Le test mené sur les territoires a été confronté à une problématique plus large liée au sujet de l'intersectorialité. L'absence de politiques explicitement dédiées à l'activité physique-santé limite considérablement le champ de l'analyse. En effet, la thématique de l'AP-Santé est la plupart du temps intégrée à d'autres politiques connexes, ou n'est pas intégrée en tant que telle mais par le biais d'une autre appellation telle que sport, déplacement actif, etc. Le

concept n'est pas toujours maîtrisé, et l'intégration de l'AP-Santé dans l'élaboration de politiques ou d'actions n'est pas forcément consciente ni volontaire. La politique activité physique-santé se construit souvent par le biais d'une accumulation d'actions et de politiques intégrant la thématique. Ce constat est notamment dû à la méconnaissance du référentiel de l'AP-Santé, qui ne correspond pas au vocabulaire des acteurs de terrain. En ce sens, l'analyse de la place de l'intersectorialité au sein des politiques locales d'AP-Santé est surtout développée sur la réalité de terrain et ses nombreuses politiques et actions liées à l'AP-Santé, mais exempt de politiques spécifiques sur le sujet.

Cependant, l'analyse permet tout de même d'explicitier certaines des règles qui régissent un fonctionnement organisé, pour aboutir à une action collective durable sur un territoire donné.

Conclusion

La démarche intersectorielle, entre volonté politique et fragilité opérationnelle

Il est apparu au terme de cette analyse que l'intersectorialité au sein des politiques publiques locales a encore une place fragile et que les acteurs n'ont pas conscience de tous les processus qui peuvent la composer. Les territoires locaux n'ont pas intégré tous les facteurs permettant de mettre en place des mécanismes intersectoriels solides et pérennes. Le travail sectorisé est une habitude solidement ancrée dans les démarches d'élaboration et de mise en œuvre d'une politique intégrant de l'activité physique bénéfique pour la santé. Ces démarches cloisonnées sont dues à plusieurs facteurs et notamment au manque de moyens, de temps et à une méconnaissance de la thématique qui n'est pas encore correctement identifiée au niveau local, et qui est sujette à de nombreuses confusions.

Pourtant, la place de l'intersectorialité est reconnue par les écrits scientifiques comme étant devenu un facteur déterminant d'une politique efficace. Elle permet notamment d'élaborer des stratégies efficaces face à des problèmes complexes, que chaque secteur ne parvient pas à résoudre seul. L'importance d'une démarche politique intersectorielle est comprise au sein de l'échelle nationale française, comme le rappelle les textes politiques émanant de collaborations entre les secteurs sur la thématique de l'activité physique-santé. Cependant la tendance n'a pas encore atteint entièrement les échelons infra nationaux, et notamment locaux.

Les collaborations intersectorielles tendent à devenir régulières et pérennes par le biais de volontés politiques émergentes, sur la question de l'AP-Santé notamment. L'analyse de cas en région Grand Est a permis de soulever que des dynamiques entre les secteurs sont en train d'apparaître sur la question de l'activité physique-santé, ou du moins une démarche de réflexion à ce propos. Cependant, l'absence d'instances de coordination ou de collaboration actives sur le sujet ne permet pas de développer de processus intersectoriels efficaces. La question de la légitimité des porteurs de l'initiative est floue dans l'esprit des collectivités locales et départementales notamment car le cadre de l'activité physique bénéfique pour la santé n'est pas encore déterminé, même au niveau national. La place de l'AP-Santé comme thématique à part entière mérite donc d'être réfléchie puis définie par le gouvernement français, afin de guider les territoires locaux et de les accompagner vers une politique AP-Santé efficace, propice à la mise en place de politiques et d'actions intersectorielles.

Références bibliographiques

Bibliographie

Baudouin, Jean. « Y. Mény, J.-C. Thoenig : Politiques publiques ». *Revue française de science politique* 40, n° 3 (1990): 394-97.

Bilodeau, Angèle. « Les conditions de réussite de l'intersectorialité aux niveaux régional et local ». *Promotion & Education* 12, n° 3_suppl (septembre 2005): 20-21.
<https://doi.org/10.1177/10253823050120030108x>.

Bull, F. C., B. Bellew, S Schöppe, et A. E. Bauman. « Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice ». *Journal of Science and Medicine in Sport*, Physical Activity, 7, n° 1, Supplement 1 (1 avril 2004): 93-104.
[https://doi.org/10.1016/S1440-2440\(04\)80283-4](https://doi.org/10.1016/S1440-2440(04)80283-4).

Bull, Fiona, Karen Milton, Sonja Kahlmeier, Alberto Arlotti, Andrea Backović Juričan, Olov Belander, Brian Martin, Eva Martin-Diener, Ana Marques, et Jorge Mota. « Turning the tide: national policy approaches to increasing physical activity in seven European countries ». *Br J Sports Med*, 2014, bjsports-2013.

Canada, Agence de la santé publique du, et Agence de la santé publique du Canada. « ARCHIVÉ - Au croisement des secteurs - expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé ». Recherche. aem, 20 juin 2007. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/2007/croisement-secteurs-experiences-action-intersectorielle-politique-publique-sante/action-intersectorielle-pour-sante-large-gamme-approches.html>.

Chappoz, Yves, et Pierre-Charles Pupion. « Une nouvelle gouvernance et de nouvelles politiques publiques territoriales ». *Gestion et management public* me 2/n°2, n° 4 (2013): 1-4.
<https://doi.org/10.3917/gmp.022.0001>.

Clavier, Carole. « L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu », 2013, 17.

Favier-Ambrosini, Brice. « Socio-histoire du lien entre activité physique et santé de 1960 à 1980, Social history of the relationship between physical activity and health prevention from 1960 to 1980 ». *Santé Publique* S1, n° HS (22 juin 2016): 13-24. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0013>.

Garcea, Joe. « Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy SubsystemsMichael Howlett and M. Ramesh Toronto: Oxford University Press, 1995, Pp. Viii, 239 ». *Canadian Journal of Political*

Science/Revue Canadienne de Science Politique 29, n° 1 (mars 1996): 169-70.
<https://doi.org/10.1017/S0008423900007423>.

Golden, Shelley D., Kenneth R. McLeroy, Lawrence W. Green, Jo Anne L. Earp, et Lisa D. Lieberman. « Upending the Social Ecological Model to Guide Health Promotion Efforts Toward Policy and Environmental Change ». *Health Education & Behavior* 42, n° 1_suppl (1 avril 2015): 8S-14S.
<https://doi.org/10.1177/1090198115575098>.

Honta, Marina, et Jean-Charles Basson. « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé, The construction of the metropolitan government of health ». *Gouvernement et action publique*, n° 2 (29 juin 2017): 63-82. <https://doi.org/10.3917/gap.172.0063>.

Kickbusch, I., & Buckett, K. (2010). *Implementing health in all policies: Adelaide 2010* (pp. 11-24). Health in All Policies Unit, SA Department of Health.

L. St-Pierre, FP Gauvin, La gouvernance intersectorielle dans le cadre de la « Santé dans toutes les politiques », un cadre conceptuel intégrateur, 2010, p.6.

Mansoubi, Maedeh, Natalie Pearson, Stuart J. H. Biddle, et Stacy Clemes. « The relationship between sedentary behaviour and physical activity in adults: A systematic review ». *Preventive Medicine* 69 (1 décembre 2014): 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.028>.

Muller, Pierre. 2004. "Secteur." Pp. 405-13 dans Frédéric, Vabre. « Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (dir.). Dictionnaire des politiques publiques ». *Recherches et Prévisions* 84, n° 1 (2006): 131–132.

Prévoit-Ledrich, Julie, Aurélie Van Hoyer, Pierre Lombrail, Flore Lecomte, et Anne Vuillemin. « Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé, Overview of French public policies promoting health-enhancing physical activity ». *Santé Publique* S1, n° HS (22 juin 2016): 25-31. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0025>.

Sarker, Malabika, et Taufique Joarder. *Collaboration intersectorielle: une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire*. Sage Publications Sage UK: London, England, 2012.

Ståhl, Timo, éd. *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Whitehead, Margaret, et Goran Dahlgren. « What Can Be Done About Inequalities in Health? » BRL:KIE/34645, 26 octobre 1991. <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/736843>.

Rapports et publications gouvernementales

Organisation Mondiale de la Santé, Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010

Nations Unies, Programme de développement durable à l'horizon 2030, 2015

Santé Publique France, Etude ESTEBAN 2014-2016, 2017

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Programme National Nutrition Santé 1, 2001

INSERM, expertise collective de l'activité physique 2002

ONAPS, état des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France, 2017

ANSES, rapport « Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité », 2016

Société Française de Santé Publique, rapport d'enquête HEPA-PAT France, 2016

Société Française de Santé Publique, activité physique favorable à la santé : politiques et données marquantes en France, 2016

Conseil de l'Union Européenne, recommandations du 26 novembre 2013 sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé

OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Adélaïde, 2010

Mémoire

Bessette, K. (2015). *Etude des déterminants à la collaboration entre les firmes dans les modèles d'innovation ouverte* (Mémoire de maîtrise, Université de Montréal). Repéré à <https://archipel.uqam.ca/7970/1/M14015.pdf>

Webographie

Organisation Mondiale de la Santé, « maladies non-transmissibles », <<http://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/causes/risk-factors.html>>

Organisation Mondiale de la Santé, La sédentarité, un problème de santé publique mondial”, <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/fr/>

Organisation Mondiale de la Santé, “Activité physique”, <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/fr/>>

Ministère des solidarités et de la santé, “Activité physique et santé”, < <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>>

Ministère des sports, Martine Duclos, « Sport, santé, activité physique, sédentarité : de quoi parle-t-on ? », <http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sport_santeactivitephysique-sedentarite.pdf>

Santé Publique France, « Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? », <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>>

Site de la communauté d'agglomération Portes de France-Thionville, <<http://www.agglo-thionville.fr/>>

Site de la commune de Bar-le-Duc, <<https://www.barleduc.fr/>>

Liste des tableaux

Tableau 1 : Calendrier général du projet CAPLA-Santé

Source : Fiche projet CAPLA-Santé – Document Interne SFSP

Tableau 2 : Données concernant les processus de collaboration du territoire de Thionville

Source : Création personnelle

Tableau 3 : Politiques majeures intégrant de l'AP-Santé sur le territoire de Thionville

Source : Création personnelle

Tableau 4 : Validation des critères d'intersectorialité du territoire de Thionville

Source : Création personnelle

Tableau 5 : Données concernant les processus de collaboration du territoire de Bar-le-Duc

Source : Création personnelle

Tableau 6 : Politiques majeures intégrant de l'AP-Santé sur le territoire de Bar-le-Duc

Source : Création personnelle

Tableau 7 : Validation des critères d'intersectorialité du territoire de Bar-le-Duc

Source : Création personnelle

Liste des figures

Figure 1 : modèle de Dahlgren et Whitehead

Source : *Whitehead, Margaret, et Goran Dahlgren. « What Can Be Done About Inequalities in Health? » BRL:KIE/34645, 26 octobre 1991.*
<https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/736843>.

Figure 2 : modèle socio-écologique inversé, Shelley D. Golden

Source : *Golden, Shelley D., Kenneth R. McLeroy, Lawrence W. Green, Jo Anne L. Earp, et Lisa D. Lieberman. « Upending the Social Ecological Model to Guide Health Promotion Efforts Toward Policy and Environmental Change ». Health Education & Behavior 42, n° 1_suppl (1 avril 2015): 8S-14S.*
<https://doi.org/10.1177/1090198115575098>.

Figure 3 : Carte de la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville et de ses axes de transport majeurs

Source : <http://www.agglo-thionville.fr/connaitre/le-territoire/>

Figure 4 : Carte de la commune de Bar-le-Duc sur son territoire environnant

Source : <https://www.barleduc.fr/ma-ville/cadre-de-vie/a-la-decouverte-de-bar-le-duc.html>

Liste des annexes

Annexe 1 : Cadre d'Analyse des Politiques Locales d'Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) Version Test

Source : Société Française de Santé Publique

Annexe 2 : Protocole de Test CAPLA-Santé

Source : Société Française de Santé Publique

Annexe 3 : Synthèse CAPLA-Santé Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville | Politiques et données marquantes

Source : Société Française de Santé Publique

Annexe 4 : Synthèse CAPLA-Santé Commune de Bar-le-Duc | Politiques et données marquantes

Source : Société Française de Santé Publique

Annexe 1

Cadre d'Analyse des Politiques Locales d'Activité physique Santé (CAPLA-SANTÉ)

**Adaptation du Health-Enhancing Physical Activity (AP-SANTÉ)
Policy Audit Tool (PAT) pour le niveau régional et local**

VERSION TEST

Janvier 2018

Version modifiée suite au séminaire d'experts N°4

Réalisé à partir de la version 2 de l'OMS Europe et de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016.

Groupe d'experts : composé d'universitaires en Activités Physiques-Santé et Sciences Politiques, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités

<Insérer ici le nom du territoire étudié >

Numéro de la version : <X>

Date : <insérer la date>

Rempli par :

<Insérer le(les) nom(s) > < organisation > < fonction >

Auteur responsable <insérer le nom> < fonction >

Contacts <téléphone> <courriel>

| | | |
|-----------------|---|---|
| | | Offre de soins : _____ |
| | ... | ... |
| Sport | DRJSCS | Sport : _____ Sport-santé : _____ |
| | ... | ... |
| Education | Rectorat | Parcours éducatif de santé : _____ |
| | ... | ... |
| Environnement | DREAL | Environnement |
| | ... | ... |
| Transport | Autorités organisatrices des transports | ... |
| | ... | ... |
| Multi sectoriel | Conseil régional | Transport : _____ Education (formation) : _____ Santé-environnement : _____ |
| | ... | ... |
| Autre | ... | ... |

Niveau départemental

| Secteur | Institutions départementales et Etab. publics | Service(s) en charge/ Personne référente |
|-----------------|---|--|
| Sport | DDCSPP | Inspectrice/teur Jeunesse et sport : _____ Déléguée départementale aux droits et des femmes et à l'égalité : _____ |
| | ... | ... |
| Education | | |
| | ... | ... |
| Environnement | ... | ... |
| | ... | ... |
| Transport | ... | ... |
| | ... | ... |
| Santé | DD ARS | ... |
| Multi sectoriel | Conseil départemental | Sport (et Commission Départementale des Espaces Sites et Itinéraires) : _____ Action sociale : _____ |
| Autre | ... | ... |

Echelon local (intercommunal / communal)

| Secteur | Institutions locales et établissements publics | Service(s) en charge/ Personne référente |
|-------------------------------------|---|---|
| Sport | ... | ... |
| | ... | ... |
| Education | | |
| | ... | ... |
| Environnement /Mobilités actives | ... | ... |
| | ... | ... |
| Transport | Autorités | ... |

| | | |
|-----------------|---|--|
| | organisatrices de la mobilité | |
| | ... | ... |
| Santé | Coordination contrat local de santé et/ou atelier santé ville | ... |
| Multi sectoriel | Ville et interco | Sport : _____ Santé : _____ Cohésion sociale : _____ Action sociale : _____ Transport : _____ Mobilité : _____ Développement durable : _____ |
| Autre | ... | ... |

3. Existe-t-il selon vous, (une/des) organisation(s) ou personne(s) référente(s) qui joue(nt) un rôle moteur, apporte un élan politique fort **sur les politiques de promotion de l'AP-Santé au niveau du territoire étudié** ?

4. Existe-t-il des organisations ou des instances qui assurent une **collaboration et/ou une coordination intersectorielle dans la mise en œuvre des politiques et plans d'actions AP-SANTÉ au niveau du territoire étudié** ?

Donnez des informations sur qui est impliqué, qui pilote cette mise en œuvre, et comment ces collaborations fonctionnent en pratique. Mentionnez également (le plus précisément possible) toute expérience positive ou non. Vous pouvez également préciser si les acteurs privés et associatifs sont impliqués dans cette étape de mise en œuvre.

5. Au sein du territoire étudié, les acteurs intéressés ou travaillant sur l'activité physique ou dans des domaines associés peuvent-ils **s'appuyer sur des réseau(x)** (professionnel(s) ou non, structurés ou non, locaux ou non) pour la mise en œuvre des politiques de promotion de l'AP-Santé ?

Si oui, décrivez-le(s), renseignez le lien Internet et, si possible, la personne référente à contacter.

CHAPITRE 2

Documents de cadrage (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations...)

Ce chapitre permet de recenser tous les documents de cadrage (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations...) utilisés aujourd'hui sur le territoire d'étude et d'en analyser la cohérence entre les différents secteurs.

6. Cochez et complétez le tableau ci-dessous avec les **documents de cadrage (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations, statuts de collectivité,**

notes de service, compte-rendu de réunion, programme électoral,...) en cours qui s'appliquent au territoire étudié, qui montrent l'intention des institutions d'augmenter la pratique de l'activité physique au niveau du territoire. Lorsque des acteurs autres qu'institutionnels (mutuelles, CROS...) portent des politiques d'activité physique, mentionnez-les dans le tableau.

Précisez pour chaque document si les objectifs des politiques visent explicitement la réduction et/ou la non-aggravation des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé.

Afin de faciliter le travail de recherche, les mots-clés à rechercher sont : AP, sport, mobilité active, mobilité douce, vélo ...

Politiques activité physique en cours sur le territoire étudié

| Secteur | Documents politiques | Où le trouver | Lien internet | Commentaire | Cette politique a-t-elle été évaluée | Processus de consultation | Indiquez si cette politique est majeure pour le développement de l'AP-Santé sur le territoire (si oui, motivez rapidement) | Indiquez si les objectifs de la politique visent explicitement la réduction et/ou la non-aggravation des ISTS |
|---------------|---|---------------|----------------------|--|---|---|--|---|
| Environnement | Document 1 Pré-rempli pour toutes les politiques obligatoires et si possible pour les politiques volontaristes (tableau xls) | Pré-rempli | A compléter _____ | Titre si différent : _____ Date de publication : _____ Calendrier : _____ _____ Organisme émetteur : _____ Brève description du contenu (général) : _____ _____ _____ _____ <i>Pré-rempli si possible (tableau)</i> Un (des) objectif(s) santé est-il inscrit dans le document de cadrage ? <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui, réalisée Si oui : indiquez le lien vers l'évaluation _____ _____ <input type="checkbox"/> Oui, Prévue ou en perspective <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : _____ _____ - Quand : _____ _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | | | |
|----------------|------|------|------|---|------|------|------|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Non Brève description des points portant sur l'AP-Santé ou l'AP : _____ _____ _____ _____ | | | | |
| Transport | idem | idem | idem | idem | idem | idem | idem | |
| ... | | | | | | | | |
| Intersectoriel | | | | | | | | |

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

8. Les documents de cadrage listés à la question 6 sont-ils basés sur **les dernières données scientifiques probantes** relatives à l'AP-SANTÉ et/ou **des documents politiques nationaux** (PNNS, PAMA, etc.) ?

Si oui, quel processus le garantit ?

Par exemple : Il peut s'agir d'un lien formel entre une autorité de santé et le porteur de la politique ou de processus formalisés en interne.

CHAPITRE 3

Contenu des politiques

En prenant en compte l'ensemble des documents de cadrage, ce chapitre a pour but

- *De recenser les objectifs liés à l'activité physique*
- *D'apporter une vision globale des milieux et publics visés par les politiques menées sur le territoire d'étude*
- *D'illustrer les politiques par des actions concrètes mises en œuvre*
- *D'analyser la complémentarité et la cohérence d'ensemble pour le territoire d'étude.*

9. Quels sont les **objectifs liés à la promotion de l'activité physique** pour le territoire d'étude (chiffrés ou non) ?

Précisez la source, l'échéancier des changements souhaités s'il existe...

| Objectifs visant une augmentation de l'activité physique | Objectifs visant une diminution de la sédentarité |
|--|---|
| <i>Objectifs chiffrés / objectifs non-chiffrés</i> | |
| ... | |
| ... | |
| <i>Objectifs chiffrés / objectifs non-chiffrés</i> | |
| ... | |
| ... | |

10. A partir de l'ensemble des documents de cadrage du territoire étudié, indiquez tous **les milieux et secteurs concernés par le développement des actions AP-SANTÉ.**

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

| | | | |
|---|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Milieu urbain | <input type="checkbox"/> | Sport et loisirs | <input type="checkbox"/> |
| Milieu rural | <input type="checkbox"/> | Transport | <input type="checkbox"/> |
| Lieu d'accueil petite enfance et école maternelle | <input type="checkbox"/> | Tourisme | <input type="checkbox"/> |
| École primaire | <input type="checkbox"/> | Environnement | <input type="checkbox"/> |
| Collège et Lycée | <input type="checkbox"/> | Urbanisme | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Université | | Ville | |
| Centres de santé, maisons de santé | | Quartier, arrondissement | |
| Etablissements sanitaires et médico-sociaux | | Quartiers prioritaires de la politique de la ville | |
| Milieu du travail | | Autre (préciser) : | |
| Domicile | | | |
| Milieu carcéral | | | |

11. A partir de l'ensemble des documents de cadrage, quels sont tous **les publics ciblés par les actions AP-SANTÉ?**

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

| | | | |
|---|--|---|--|
| Petite enfance | | Personnes sédentaires / les moins actives | |
| Enfants/adolescents | | Publics vulnérables | |
| Etudiants | | Populations en établissement de soin/patients atteints de maladies chroniques | |
| Femmes | | Actifs / salariés | |
| Adultes | | Migrants | |
| Familles | | Population générale | |
| Personnes en situation de handicap ou troubles psychiques | | Habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville | |
| Seniors | | Autre (préciser) : | |

12. Des **recommandations** sur l'activité physique et/ou la sédentarité sont-elles utilisées sur le territoire étudié ?

OUI NON

Si oui, précisez lesquelles et dans quel cadre elles le sont :

| | |
|--|---|
| Recommandations de pratique d'activité physique | Cadre |
| Recommandation : _____ | <input type="checkbox"/> Dans la définition des objectifs à atteindre |
| Source : _____ | <input type="checkbox"/> Pour les messages de communication |
| ... | <input type="checkbox"/> Pour l'évaluation |
| ... | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |
| Recommandations de réduction de la sédentarité | Cadre |
| Recommandation : _____ | <input type="checkbox"/> Dans la définition des objectifs à atteindre |
| Source : _____ | <input type="checkbox"/> Pour les messages de communication |
| ... | <input type="checkbox"/> Pour l'évaluation |
| ... | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) |

Si non, pourquoi ?

13. Existe-t-il actuellement dans le territoire d'étude **des stratégies de communication ou des opérations de communication** (utilisant les médias, nationales ou spécifiquement créée pour le territoire) qui visent à sensibiliser et promouvoir l'activité physique ?

Si oui, donnez une description détaillée des actions de communication (type de communication, durée, cibles visées, caractère ponctuel ou récurrent) et précisez si ces actions ont un logo ou un slogan commun.

Si non, des campagnes de communication ont-elles été mises en place sur le territoire d'étude dans le passé ? (précisez succinctement lesquelles)

14. Donnez au moins **un ou deux exemples d'actions concrètes sous forme de programmes, d'interventions ou d'initiatives structurantes.**

Donnez une brève description de chaque programme ou intervention (environ 100 mots, par exemple : nom, pilote, approches utilisées, participants, résultats, financement, etc.) et une source pour toute information complémentaire.

Précisez si ces actions sont intégrées à la Politique de la Ville.

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

CHAPITRE 4

Financements et engagement politique

Ce chapitre permet d'objectiver l'engagement politique pour la promotion de l'AP par un recensement des financements alloués spécifiquement ou non à l'activité physique (quelle qu'en soit la forme).

15. Existe-t-il des **financements spécifiquement alloués** ou dédiés à la mise en œuvre des politiques ou plans d'actions relatifs à l'activité physique sur le territoire étudié ?

Cochez "oui" ou "non", précisez de quel(s) type(s) de financement(s) il s'agit en cochant la case appropriée (en nature, subventions, matériel / investissement, personnel) et indiquez le montant -s'il est connu. Indiquez également si ce financement est récurrent; c'est à dire alloué de manière régulière (e.g. tous les ans).

CHAPITRE 5

Etudes et mesures relatives à l'activité physique sur le territoire

Ce chapitre permet de recenser les études spécifiques au territoire qui sont disponibles (supports à la définition des objectifs, à l'évaluation notamment) et de recenser les éventuelles évaluations économiques menées sur le territoire d'étude. Elles constituent autant d'argumentaires pour le développement des politiques de promotion de l'AP-Santé.

16. Le territoire étudié dispose-t-il **d'enquêtes, d'études ou de mesures** du niveau **d'activité physique et/ou du niveau de sédentarité** ?

Catégorie :

| | |
|--|--|
| Nom de l'étude 1 : Organisme émetteur : Lien vers les résultats : | |
| Public cible de l'étude : | |
| Objectifs de l'étude | Mesurer les pratiques de la population <input type="checkbox"/> Attentes/besoins <input type="checkbox"/> Environnements <input type="checkbox"/> Autre (précisez) <input type="checkbox"/> |
| Périodicité | Etude répétée : <input type="checkbox"/> Oui, tous les _____ <input type="checkbox"/> Non |

Catégorie :

| | |
|---|--|
| Nom de l'étude 2: Organisme émetteur : Lien vers les résultats : | |
| Public cible de l'étude : | |
| Objectifs de l'étude | Mesurer les pratiques de la population <input type="checkbox"/> Attentes/besoins <input type="checkbox"/> Environnements <input type="checkbox"/> Autre (précisez) <input type="checkbox"/> |
| Périodicité | Etude répétée : <input type="checkbox"/> Oui, tous les _____ <input type="checkbox"/> Non |

...

17. Globalement, **le résultat de ces études** sur l'activité physique et la sédentarité (ou d'autres facteurs associés) ont-elles **influencé le développement des politiques** au sein du territoire d'étude ?

Si non, expliquez brièvement pourquoi.

18. Une **évaluation économique** des coûts et gains associés à l'AP et/ou à la sédentarité a-t-elle été entreprise sur le territoire d'étude ?

Si oui, indiquez le titre du rapport, l'éditeur et l'année de publication. Si possible, indiquez un lien Internet. Décrivez brièvement les résultats de l'évaluation (environ 50-100 mots).

Titre :

Éditeur et date :

Lien Internet :

Description des résultats :

CHAPITRE 6

Progrès réalisés et défis à relever

Ce chapitre porte sur toutes les personnes, politiques, tous les documents, ou événements passés que vous considérez comme clés pour le développement et la promotion de l'AP-SANTÉ, autrement dit, qui ont eu une influence majeure sur la mise à l'agenda politique de l'AP-SANTÉ au niveau du territoire étudié. Il s'agit de comprendre l'importance qu'a pris l'activité physique et son lien avec la santé sur le territoire d'étude, ce qui fait que telles ou telles politiques ont été développées (ou non) sur le territoire étudié. Ce chapitre a aussi pour objectif d'analyser collectivement les facteurs de réussite et les défis qui restent à relever ensemble sur le territoire d'étude.

19. Décrivez brièvement les personnes, les documents, les événements ou les **moments marquants** qui ont joué un **rôle clé** ou que vous pensez **fondateurs des politiques actuelles** sur le territoire d'étude.

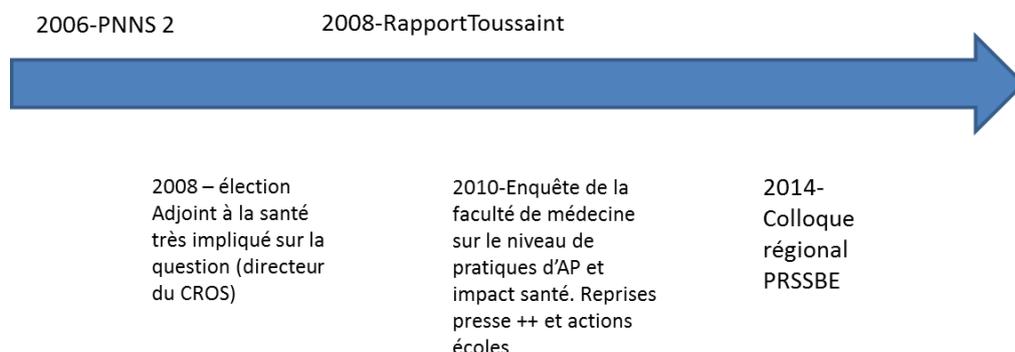
Par exemple : un adjoint à la santé très impliqué sur la question ; les résultats d'une étude sur la sédentarité dans une école qui a marqué les esprits, un colloque local...), la déclinaison d'une politique nationale, etc.

(NB : Les documents politiques **en cours** seront décrits à la question 6).

Précisez dans la description le cas échéant : lien internet éventuel, titre, date, émetteur (tableau à renseigner).

Placez ces moments clés sur une flèche de temps

(Exemple)



20. Sur la base de la modélisation des moments marquants, identifiez **les atouts et les faiblesses du territoire** qui expliquent la situation actuelle en matière d'AP-santé.

21. Quels sont selon vous les domaines marqués par **les plus grandes avancées** dans la promotion de l'AP-SANTÉ sur le territoire étudié au cours de ces cinq années ?

- 1.
- 2.
- 3.

21b. Quels ont été selon **vous les défis les plus importants** auxquels le territoire d'étude a dû faire face au cours de ces trois années dans le lancement ou la poursuite d'actions de promotion de l'AP-SANTÉ ?

- 1.
- 2.
- 3.

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

Informations sur le remplissage du dossier

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

- qui a initié le projet ;
- qui a mené le projet ;
- qui a été impliqué ;
- comment les personnes impliquées ont été identifiées et sélectionnées ;
- les principales étapes du processus de consultation.

Responsables du remplissage du PAT

Nom :
Institution :
Coordonnées :

Membres de l'équipe projet (ajouter autant de lignes que nécessaire)

Nom :
Institution :

Vue d'ensemble du calendrier et des étapes

| Mois/année | Principales étapes |
|------------|--------------------|
| | |
| | |

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Liste des personnes impliquées

| Institution/organisation | Nom de la personne impliquée |
|--------------------------|------------------------------|
| | |
| | |
| | |

Annexe 2

PROTOCOLE DE TEST

Ce protocole précise les différentes étapes de la mise en œuvre du test sur un territoire, les objectifs et les livrables de chacune d'entre-elles. Il s'agit bien ici de la phase test ; certains éléments de ce protocole constitueront ensuite une partie du document d'accompagnement du CAPLA-santé

Etape 1 : Recherche documentaire préalable

Il est recommandé d'effectuer une recherche documentaire préalable aux deux phases de recueil des données la plus exhaustive possible.

Cette recherche nécessite l'utilisation de canaux d'informations comme par exemple :

- Les sites internet liés au territoire étudié (sites institutionnels, sites associatifs, etc)
- Les fonds documentaires auprès d'organismes comme l'IREPS ou les archives de la ville pour tous les documents qui ne sont pas mis en ligne

Les données à collecter lors de cette recherche concernent principalement les questions 1, 2, 6, 9, 10, 11, 12, 16 et 18.

Il s'agit à partir de la documentation collectée de pré-remplir l'outil.

Outil d'aide à la collecte : tableau des politiques publiques infra-nationales AP-Santé actuellement en vigueur. Le tableau permet de s'appuyer sur une base de documents cadres liés à l'AP-Santé et prévus de manière obligatoire ou facultative dans les textes politiques nationaux.

Objectifs :

- bénéficier d'une connaissance du territoire, préalable à la réalisation des entretiens individuels ;
- faciliter les relances en cours d'entretien ;
- compléter les informations recueillies dans le cadre des entretiens individuels pour disposer d'un corpus de données à valider au cours des entretiens collectifs ;

Livrable : doc avec questions préremplies

Etape 2 : Prise de contact

Il est recommandé lors de la prise de contact, de s'adresser à une personne « référente » qui a pour rôle de :

- identifier les personnes « ressources » du territoire en indiquant les acteurs qui semblent pertinents pour contribuer au recueil d'informations ;
- présenter la démarche aux personnes « ressources » pour prévenir et faciliter la prise de contact ultérieure de l'équipe projet ;
- fournir les coordonnées nécessaires à la prise de contact ;
- faciliter la mobilisation des acteurs pendant les deux phases de remplissage et appuyer la démarche au sein d'une ou plusieurs collectivités, notamment lors de la phase de restitution collective.

Cette personne n'est pas forcément un acteur du territoire étudié mais peut juste avoir des contacts au sein de ce territoire. La personne référente doit donc disposer d'une vision la plus large possible des acteurs du territoire et d'une forte connaissance du milieu. La prise de contact avec la personne « référente » est faite par téléphone ou e-mail.

Notes à intégrer au protocole de la version finale du CAPLA-Santé :

Préciser quel doit être le positionnement de la personne « référente » ? (est-elle à la fois référente et personne « ressource »). En fonction de son positionnement, intégrer la notion de biais lié à cette personne et donner des clés pour les contourner.

Objectif : identifier les personnes ressources sur le territoire à impliquer dans la démarche

Livrable : liste des personnes à rencontrer dans le cadre des entretiens individuels et des membres du groupe pour la phase collective

Etape 3 : Déroulement du test et réalisation des entretiens

Il est recommandé d'effectuer le remplissage de l'outil en deux phases :

- une phase d'entretiens individuels avec des personnes « ressources » qui possèdent une vision complète (la plus large possible) et globale des politiques publiques d'AP-Santé à l'échelle du territoire étudié.
- une phase de restitution et de validation collective avec les acteurs jouant un rôle « moteur » dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de ces politiques.

Sont donc conviés à la restitution collective ; les personnes « ressources » interrogées individuellement ainsi que les personnes que l'équipe projet juge pertinentes pour la qualité des informations qu'elles peuvent apporter en collectif (par exemple : président d'association, élus, etc)

Cette phase de restitution est l'occasion pour les acteurs concernés de pouvoir engager une discussion quant aux politiques AP-Santé sur leur territoire. L'outil sert alors d'interface et de moyen d'aide à la décision pour établir des consensus lorsque les positions de certains acteurs sont divergentes.

3.1 Les entretiens individuels

Il est recommandé de ne pas envoyer l'outil CAPLA-Santé aux personnes « ressources » avant leur entretien individuel. L'outil pourrait paraître compliqué alors qu'une grille d'entretien a été élaborée afin de faciliter la discussion. L'objectif de l'entretien individuel étant de recueillir le plus d'informations possibles auprès de l'interlocuteur sans que cela nécessite de sa part un temps important de préparation en amont.

Lors des entretiens individuels, l'ensemble des rubriques de **l'outil vierge** seront renseignées en s'appuyant sur le guide d'entretien préalablement créé. **Toutes les questions de la grille d'entretien seront posées. Elles permettront ensuite de remplir l'ensemble des rubriques de l'outil CAPLA.**

L'avis et la position de chaque interlocuteur sont recherchés lors des entretiens individuels. L'ensemble des questions est posée à chaque interlocuteur avec pour objectif d'enrichir les informations du CAPLA. En effet, la nature des informations données par chacun ne sera peut-être pas la même. Le fait de poser toutes les questions du CAPLA-Santé dans le cadre des entretiens individuels permet de préparer la restitution collective avec un contenu initial sur lequel l'équipe projet peut s'appuyer pour entamer une discussion, voire pour aboutir à un consensus. Cette étape peut certes être chronophage pendant les entretiens individuels mais permet de gagner du temps lors de la restitution collective et donc d'obtenir une discussion plus riche sur le sujet. La phase de test permettra de valider le fait que l'élaboration d'une réponse comme base de discussion aux échanges collectifs

Objectif : recueillir la connaissance et la perception des acteurs, à un moment donné, relatives aux politiques publiques d'AP-Santé sur le territoire étudié.

***Précaution** : l'objectif de cette phase n'est pas d'obtenir un panorama exhaustif des politiques AP-Santé. Aucune référence aux informations rassemblées dans le cadre de la recherche documentaire ne sera explicitement mentionnée aux interlocuteurs au cours de l'entretien.*

Livrable : une grille remplie par l'équipe projet et une retranscription des entretiens pour conserver et exploiter les données

3.2 Préparation de la restitution collective

1. On regroupe les entretiens individuels pour obtenir un seul document qui synthétise les informations collectées et qui permet de recueillir une vision complémentaire de toutes les perceptions des acteurs « ressources ».
 2. On ajoute à cette synthèse les informations collectées lors de la recherche documentaire préalable pour aboutir à un document le plus exhaustif possible. La distinction est faite dans le document de synthèse entre les informations collectées dans le cadre des entretiens individuels et les informations collectées dans le cadre de l'analyse documentaire (à l'aide d'une couleur différente par exemple).
- ⇒ Il est nécessaire à partir de ces deux étapes d'identifier les points de désaccord, les informations nécessitant une validation, et les tensions potentielles qui peuvent exister entre les acteurs. Les points nommés ci-avant doivent être source d'attention pour l'équipe projet et doivent être traités en priorité lors des restitutions collectives afin d'obtenir un consensus. **Une priorité sera donnée aux questions grisées du CAPLA lors de la restitution.**

Objectif : construire un document de travail support à la réflexion collective

Livrable : un document unique provisoire rassemblant les données des 3 entretiens et les données issues de la recherche documentaire

3. On envoie le document à tous les acteurs mobilisés 15 jours avant le temps collectif pour qu'ils s'en imprègnent.

Informations à transmettre : expliquer à quoi va servir le temps collectif, et proposer aux participants d'en prendre connaissance afin de :

- valider les informations recueillies dans le cadre des entretiens, et le cas échéant les modifier ou les compléter.
- construire leur argumentaire pour faciliter les échanges dans l'élaboration du consensus.

Concernant la confidentialité des informations : les noms ne doivent pas être cités dans le document de synthèse, seules les données recueillies le sont. La limite à l'anonymat s'arrête là puisque les désaccords doivent être posés sur la table lors de la restitution collective pour aboutir à un consensus.

3.3 Restitution et validation collective

Composition du groupe : le groupe doit être composé au maximum de 12 personnes pour faciliter les échanges. Il inclut les acteurs « ressources » ayant participé à la phase d'entretiens individuels, et les acteurs « moteurs » qui semblent jouer un rôle important dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques (comme par exemple, certains élus locaux, un acteur d'une ARS ou d'une DJRSCS, un président d'association, etc. La composition du groupe aura été discutée avec la « personne référente » sur le territoire au moment de la prise de contact.

Le temps collectif se déroule en deux phases :

- Phase 1 : **validation des données collectées**

Objectif : construire une vue partagée de la politique AP-Santé sur le territoire.

La première phase du travail collectif porte sur la grille complétée par l'ensemble des données recueillies (agrégation des données des entretiens individuels et résultats de la recherche documentaire). Chaque élément sera discuté, complété, infirmé, validé. Les questions seront particulièrement approfondies en groupe avec la recherche d'un consensus pour construire des réponses validées par l'ensemble des participants.

Livrable : un document unique Capla validé pour le territoire concerné

- Phase 2 : **Travail sur la structure de l'outil validation de l'outil**

Cette seconde étape ne concerne que la phase de test ; elle vise à améliorer la compréhension et l'accessibilité de l'outil et à valider la pertinence et la compréhension des questions.

- ⇒ Notation des questions (compréhension, pertinence, faisabilité)
- ⇒ Prise en compte des suggestions

⇒ Facultatif : travail sur la reformulation de certaines questions si la notation est problématique

Objectifs :

- Augmenter la faisabilité et la recevabilité de la démarche
- Tester la compréhension, la pertinence, la faisabilité des questions
- Faire évoluer la version test de l'outil CAPLA

Livrable : une version de l'outil Capla amendée

Phase 6 : Remise du rapport d'analyse

Remise du rapport d'analyse des politiques AP-Santé impactant le territoire à l'ensemble des personnes mobilisées.

Leur seront transmis un rapport complet, détaillé et reprenant la synthèse des réponses de la phase de test, ainsi qu'un outil plus résumé, reprenant les informations importantes et pouvant être diffusé au sein du territoire (cf. outil de dissemination HEPA-PAT France).

Phase 7 : test auprès de la Fabrique des territoires santé et du CGET

Cette dernière phase du test vise à recueillir l'avis de structures en lien avec les acteurs des politiques territoriales de santé : le commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) et la fabrique territoires santé (structure ressource des coordinateurs atelier santé ville et contrats locaux de santé).

La version test du CAPLA santé sera soumise aux membres de l'équipe du CGET en charge de la santé d'une part et à des coordinateurs santé ville/cls. Leur bonne connaissance du terrain et des acteurs permettra de valider l'utilité, la compréhension, l'accessibilité et la pertinence du CAPLA mais aussi des outils d'accompagnement (protocole ...).

Annexe 3

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique Santé

Activité favorable à la santé : Politiques et données marquantes Communauté d'Agglomération Portes de France – Thionville

L'outil CAPLA-Santé est issu d'une adaptation de l'outil d'analyse des politiques publiques d'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA-PAT)⁴⁰ élaboré par le réseau HEPA Europe⁴¹ de l'Organisation Mondiale de la Santé. La Société Française de Santé Publique a piloté l'adaptation, puis l'application d'HEPA-PAT à l'échelon national de 2015 à 2016. Cet outil facilite la collecte d'informations dans le but d'obtenir une vue d'ensemble des politiques publiques de développement de l'activité physique bénéfique pour la santé – dénommée ci-après « AP-Santé »- sur un territoire.

Le rapport d'analyse⁴² issu de l'application d'HEPA-PAT en France a souligné la pluralité des niveaux administratifs mobilisés en termes d'activité physique bénéfique pour la santé et confirme l'intérêt d'une approche multisectorielle ; il apporte uniquement une vision des politiques publiques nationales. L'outil CAPLA-Santé permettra à divers acteurs de l'AP-Santé de compléter ce panorama des politiques nationales par un état des lieux des politiques territoriales de développement de l'activité physique. Dans cette optique, la Société Française de Santé Publique a mené, depuis le mois de septembre 2017, un processus d'adaptation de l'outil HEPA-PAT pour l'échelon régional, départemental, local en partenariat avec les universités de Côte d'Azur, de Lorraine et de Bordeaux et avec l'appui d'un groupe d'experts.

Ce document présente une photographie de la place de l'activité physique-santé au sein des politiques publiques locales de la Communauté d'Agglomération Portes de France – Thionville. Dans le cadre du test de l'outil CAPLA-Santé, un rapport d'analyse complet détaille les données de la synthèse.

Ce document a été réalisé par la Société Française de Santé Publique.



Ce projet d'adaptation est financé par le ministère de la santé (Direction Générale de la Santé) et Santé Publique France.

Auteurs du rapport :

Amandine Baron (chargée de projet stagiaire SFSP),
Aurélie Van Hoye (Université de Lorraine), Anne
Laurent (chargée de projet SFSP)

La version complète du rapport est jointe à cette synthèse

⁴⁰ HEPA-PAT (Health Enhancing Physical Activity – Policy Audit Tool)

⁴¹ Pour plus d'informations sur le réseau HEPA Europe : <http://www.euro.who.int/en/home>

⁴² Disponible sur : <http://www.sfsp.fr/content-page/51-rapports-sfsp/2190-hepa-pat-health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat>

1. Vue d'ensemble des acteurs de l'AP-Santé sur le territoire

Acteurs non-institutionnels activement engagés dans la promotion de l'AP-Santé

Rôle d'opérateur

Mutualité Française Grand Est, CROS Lorraine, Ligue contre le cancer Moselle, Centre Edison Metz, V.A.I.R (Vivre l'Asthme et l'Insuffisance Respiratoire) Nord Lorraine, Mission locale du Nord Mosellan, Mob d'Emploi, Prenons le guidon, Club Vosgien Thionville, centres sociaux de Thionville, Club Cœur et Santé Thionville, Bel'Forme, GAPAC (Groupe d'Activités Physiques et d'Aisance Corporelle), Clubs sportifs thionvillois, Dame de Cœur, Foyer des jeunes travailleurs des 3 frontières de Thionville, Maison de l'enfant à caractère social (MECS) Les Prés de Brouck, commerçants de la commune de Thionville

Rôle d'expertise

ORSAS (Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales), ATMO Grand Est, IREPS Grand Est (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé).

Rôle de financeur

Harmonie Mutuelle, société Elixir

Rôle de soutien

AFP (Association des Paralysés de France), Fédération Française Handisport, APEI (Association de Parents et Amis de Personnes Inadaptées mentales des arrondissements de Thionville)

Aucun acteur cité ne joue un rôle de décideur ou de coordinateur au sein des politiques AP-Santé du territoire, ni ne semble jouer de rôle particulièrement « moteur » dans la promotion de l'AP-Santé sur le territoire.

Acteurs institutionnels jouant un rôle financier ou de décideur dans les politiques d'AP-Santé

Niveau régional

Santé

Agence Régionale de Santé et Régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle

Environnement

DREAL (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement) et ADEME (Agence de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement)

Multi-sectoriel

Conseil Régional

Niveau départemental

Education

Inspection académique Moselle

Social

Centre départemental de l'enfance

Multi-sectoriel

Conseil départemental

Niveau local

Social

Maison des quartiers

Transport

SMITU

Santé

CCAS et CHR

Tourisme

Office du tourisme

Multi-sectoriel

Commune de Thionville et Communauté d'Agglomération

Organisations ou personnes assurant un leadership

Parmi les acteurs institutionnels cités, deux structures jouent un rôle « moteur » au sein des politiques d'AP-Santé au niveau du territoire :

- La commune de Thionville
- La Communauté d'Agglomération Portes de France – Thionville

Parmi ces deux structures, Monsieur Cuny (maire de Thionville et président de la communauté d'agglomération) apparaît comme une personne référente et porteuse d'un élan politique fort.

Pauline Patout, la chargée de mission santé du CCAS est le partenaire privilégié des projets AP-Santé de par ses fonctions et ses missions. C'est une personne ressource importante.

Mécanismes de collaboration intersectorielle

| | Entre les services de la mairie de Thionville | Entre les services de la Communauté d'Agglomération | Entre la Communauté d'Agglomération et la mairie de Thionville |
|----------------------------------|---|--|--|
| Acteurs concernés | Principales collaborations entre la mission santé, le service des sports et la direction cadre de vie (sur le volet mobilités). Plus ponctuellement avec les services du patrimoine, de l'urbanisme, de la voirie, de l'enseignement et de la direction cadre de vie (sur la partie espaces verts). | Collaborations au sein de la direction de l'Aménagement entre les services Infrastructures, Transports et TIC et l'environnement. Collaboration plus ponctuelle entre la direction de l'Aménagement et la communication. Des collaborations avec la mission santé (récemment mutualisée commune/CAPFT) sont actuellement initiées. | Les collaborations se limitent aux services d'un même secteur (exemple : service environnement de la CAPFT avec la direction cadre de vie de la commune de Thionville) |
| Cadre de la collaboration | Collaborations dans la mise en œuvre et l'évaluation d'actions issues de politiques en lien avec l'AP-Santé (jalonnement piéton, plan POIT, etc.). Pas de collaboration intersectorielle dans l'élaboration des politiques/actions hormis sur l'application « Sport City Tour ». | Les collaborations portent sur la mise en œuvre d'actions transversales issues de politiques en lien avec l'AP-Santé (itinéraires cyclables et sentiers pédestres, etc.) et concernent les services attachés à la direction de l'Aménagement. Pas de collaboration intersectorielle dans l'élaboration des politiques/actions. | Collaborations intra-services concernant les compétences partagées (santé et environnement). Pas de collaborations sur la thématique d'AP-Santé. |
| Types de collaboration | Formelles et informelles. | Non-renseigné | / |
| Réurrence | Collaborations régulières avec certains services, plus ponctuelles avec d'autres. | Collaborations régulières au sein de la direction de l'Aménagement. Pas encore initiées avec la mission Santé. | Aucunes collaborations intersectorielles récurrentes ou ponctuelles engagées. Volonté de collaborer très récente. |

Réseaux

Il n'existe pas de réseau dédié au développement de politiques AP-Santé, mais des réseaux thématiques en appui aux différents secteurs (Réseau Plan Climat de l'ADEME, Club des villes et territoires cyclables, réseau français des villes santé de l'OMS, IREPS, etc.)

Les acteurs peuvent également s'appuyer sur des réseaux internes à la Communauté d'Agglomération comme Vélo Consulte ou la commission sport et culture.

2. Documents de cadrage

Principaux documents politiques actuellement en vigueur qui permettent l'amélioration du niveau d'activité physique ou la diminution du niveau de sédentarité sur le territoire. L'ensemble des politiques visant directement ou indirectement l'AP-Santé et l'intégralité des liens sont disponibles dans le rapport CAPLA-Santé Portes de France-Thionville.

| Niveau | Secteurs | Politiques | Sources |
|----------------|-----------------------|---|--|
| Régional | Santé | Projet Régional de Santé 2012-2017 <i>ARS Lorraine, 2012</i> | Disponible en ligne sur le site de l'ARS Grand Est ⁴³ |
| | Multi-sectoriel | Plan Régional Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine <i>DRJSCS Lorraine, ARS Lorraine et préfecture Lorraine, 2012</i> | Disponible en ligne sur le site de la DRJSCS Grand Est |
| Départementale | Social | Schéma départemental de l'autonomie Moselle 2018-2022 <i>Conseil départemental de Moselle, 2018</i> | Disponible sur le site du Conseil Départemental de Moselle |
| | Multi-sectoriel | Schéma Départemental d'Amélioration de l'Accessibilité des Services au Public (SDAASP 57) <i>Conseil Départemental de Moselle et Préfecture de Moselle, 2018</i> | Disponible sur le site Moselle Info Géo |
| Local | Santé | Contrat Local de Santé <i>Commune de Thionville, 2013</i> | Disponible sur le site de Thionville |
| | Transport | Plan de Déplacement Urbain <i>SMITU, 2014</i> | Disponible sur le site du SMITU |
| | | Schéma communautaire Infrastructures et transports (SCIT) <i>Communauté d'Agglomération, 2010</i> | Disponible en version papier |
| | | Plan de déplacement de la mairie de Thionville <i>Commune de Thionville</i> | Indisponible en ligne |
| | | Plan Modes Doux <i>Commune de Thionville</i> | Indisponible en ligne |
| | Environnement | Plan Climat Air Energie Territorial <i>Communauté d'Agglomération, 2013</i> | Indisponible en ligne |
| | | Plan de Protection de l'Atmosphère <i>Préfet de Moselle, 2015</i> | Disponible en ligne sur le site de la DREAL |
| | | Plan Climat interne Thionville <i>Commune de Thionville, 2013</i> | Indisponible en ligne |
| | Sport | Priorités de la politique sportive de la ville <i>Commune de Thionville</i> | Disponible sur la notice explicative de la fiche subvention ville 2017 |
| | Education | Projet Educatif de Territoire Thionville <i>Commune de Thionville, 2013</i> | Disponible sur le site de Thionville |
| | Politique de la Ville | Contrat de Ville de Thionville <i>Communes de Thionville, Yutz et Terville et Communauté d'Agglomération, 2015</i> | Indisponible en ligne |
| | Urbanisme | Schéma de Cohérence Territoriale <i>Syndicat Mixte du SCoT, 2014</i> | Synthèse disponible sur le site de la région Grand Est |
| | Multi-sectoriel | Projet de Territoire Portes de France 2015-2020 <i>Communauté d'Agglomération</i> | Disponible sur le site de la communauté d'agglomération |

⁴³ Les liens pour les documents disponibles en ligne figurent dans le document complet.

3. Contenu des politiques

Objectifs d'augmentation de l'activité physique / diminution de la sédentarité

Les objectifs chiffrés concernent seulement l'augmentation de la part modale de la marche et du vélo et n'ont pas comme objectif explicite l'augmentation de l'activité physique. Ils sont définis par le Plan de Déplacement Urbain :

De 29% en 2012 à 30% en 2021

Augmentation de la part modale de la marche pour les déplacements internes au PTU

De 1% en 2012 à 2% en 2021

Augmentation de la part modale du vélo pour les déplacements internes au PTU

De 40% en 2012 à 50% en 2021

Renforcer la part modale de la marche et du vélo pour les déplacements vers les commerces de proximité

Par ailleurs, d'autres textes politiques comprennent des objectifs non chiffrés ayant un lien direct avec l'augmentation de l'activité physique. L'ensemble de ces objectifs sont disponibles dans le rapport complet) :

- Renforcer les attitudes et aptitudes favorables des personnes à la pratique d'une AP (Contrat Local de Santé).
- Augmenter le niveau d'activité physique à tous les âges en favorisant l'offre d'activité physique (Projet Régionale de Santé).
- Contribuer à améliorer, préserver ou restaurer la santé des lorrains par l'activité physique ou sportive (Plan régionale Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine).

D'autres objectifs indirectement liés à une augmentation de l'activité physique ou à une réduction de la sédentarité sont explicités dans les documents de cadrage et sont disponibles dans le rapport complet.

Milieus et secteurs ciblés par le développement des actions AP-Santé



 Ciblé  Non-ciblé

Publics ciblés par les politiques AP-Santé

| | | | |
|---|---|--|---|
| Petite enfance | ✓ | Public éloigné de la pratique | ✓ |
| Enfants / adolescents Dont scolaires | ✓ | Publics vulnérables | ✓ |
| Etudiants | x | Population en établissement de soin / patients atteints de maladies chroniques | ✓ |
| Femmes | ✓ | Actifs / salariés En particulier les agents de la mairie de Thionville et de la CAPFT dans le cadre de leurs plans de déplacements internes | ✓ |
| Adultes | ✓ | Migrants | x |
| Familles | ✓ | Population générale En particulier les usagers de la route | ✓ |
| Personne en situation de handicap | ✓ | Population des QPV | ✓ |
| Séniors | ✓ | Autres : Sportifs de haut-niveau | ✓ |

✓ ciblé x non-ciblé

Stratégies de communication qui visent à sensibiliser / promouvoir l'AP

Aucune stratégie de communication spécifique à la promotion de l'activité physique n'a existé ou n'existe actuellement sur le territoire. Les actions sont valorisées individuellement par le biais d'outils de communication spécifiques, mais aucun plan de communication global (choix d'une durée, de cible(s), de la récurrence, du type de communication, d'une identité visuelle marquée) n'est élaboré ou prévu.

Actions concrètes marquantes

Initiatives structurantes issues de textes ou de volontés politiques fortes qui permettent de développer l'AP-Santé sur le territoire. Ici n'apparaissent que les actions majeures, l'ensemble est détaillé dans le rapport complet ainsi que la liste de l'ensemble des actions recueillies.

Thionville



Communauté d'Agglomération Portes de France - Thionville

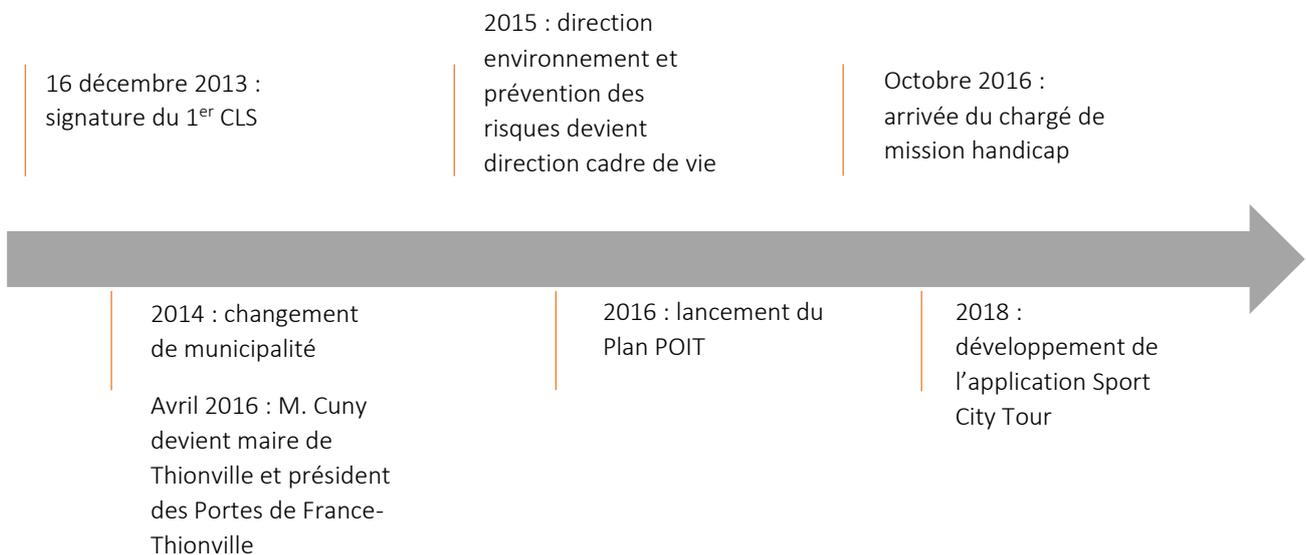


4. Financements

Des financements sont accordés dans les secteurs du sport et de la santé pour des actions AP-Santé mais leur montant n'est pas identifié. Les actions dont l'AP-Santé n'est pas la finalité, sont subventionnées dans le cadre de leur objet principal, mais les financements ne sont pas fléchés AP-Santé (comme par exemple concernant l'aménagement des voies cyclables). Ces financements apparaissent également dans le rapport complet.

5. Progrès réalisés et défis à relever

Moments marquants, fondateurs des politiques AP-Santé actuelles



Avancées de ces dernières années et défis actuels



Avancées

- Avancée significative initiée par l'arrivée d'une nouvelle équipe municipale en 2014 et par l'élection du Docteur Cuny en tant que maire de la commune de Thionville en 2016.
- ⇒ Joue un rôle essentiel de pilote de la politique AP-Santé sur le territoire en initiant des projets AP-Santé.
- ⇒ Colore la politique AP-Santé en l'étendant à une pratique intégrée (en utilisant la porte des politiques de santé notamment).



Défis

1. Créer des actions qui atteignent l'objectif avec un budget restreint, et les pérenniser.
2. Modifier les habitudes liées à l'utilisation de la voiture comme moyen de déplacement et sensibiliser à l'utilisation des modes actifs.
3. Faire de l'activité physique-santé une pratique intégrée dans les habitudes quotidiennes.

Les défis internes sont explicités dans le rapport complet.

Annexe 4

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique Santé

Activité favorable à la santé : Politiques et données marquantes

Commune de Bar-le-Duc

L'outil CAPLA-Santé est issu d'une adaptation de l'outil d'analyse des politiques publiques d'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA-PAT)¹ élaboré par le réseau HEPA Europe² de l'Organisation Mondiale de la Santé. La Société Française de Santé Publique a piloté l'adaptation, puis l'application d'HEPA-PAT à l'échelon national de 2015 à 2016. Cet outil facilite la collecte d'informations dans le but d'obtenir une vue d'ensemble des politiques publiques de développement de l'activité physique bénéfique pour la santé – dénommée ci-après « AP-Santé »- sur un territoire.

Le rapport d'analyse³ issu de l'application d'HEPA-PAT en France a souligné la pluralité des niveaux administratifs mobilisés en termes d'activité physique bénéfique pour la santé en France et confirme l'intérêt d'une approche multisectorielle, il apporte uniquement une vision des politiques publiques nationales. L'outil CAPLA-Santé permettra à divers acteurs de l'AP-Santé de compléter ce panorama des politiques nationales par un état des lieux des politiques territoriales de développement de l'activité physique. Dans cette optique, la Société Française de Santé Publique a mené, depuis le mois de septembre 2017, un processus d'adaptation de l'outil HEPA-PAT pour les échelons régional, départemental et local en partenariat avec les universités de Côte d'Azur, de Lorraine et de Bordeaux et avec l'appui d'un groupe d'experts.

Ce document présente une photographie de la place de l'activité physique-santé au sein des politiques publiques locales de la Commune de Bar-le-Duc. Dans le cadre du test de l'outil CAPLA-Santé, un rapport d'analyse complet détaille les données de la synthèse.

Ce document a été réalisé par la Société Française de Santé Publique.



Ce projet d'adaptation est financé par le ministère de la santé (Direction Générale de la Santé) et Santé Publique France.

| | |
|---|--|
| Auteurs du rapport : | La version complète du rapport est jointe à cette synthèse |
| Amandine Baron (chargée de projet stagiaire SFSP), Aurélie Van Hoye (Université de Lorraine), Anne Laurent (chargée de projet SFSP) | |

¹ HEPA-PAT (Health Enhancing Physical Activity – Policy Audit Tool)

² Pour plus d'informations sur le réseau HEPA Europe : <http://www.euro.who.int/en/home>

³ Disponible sur : <http://www.sfsp.fr/content-page/51-rapports-sfsp/2190-hepa-pat-health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat>

1. Vue d'ensemble des acteurs de l'AP-Santé sur le territoire

Acteurs non-institutionnels activement engagés dans la promotion de l'AP-Santé

Rôle d'opérateur

Association Fête le mur Meuse, Amicale du personnel du Centre Hospitalier de Bar-le-Duc, USEP Meuse (Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré), Associations sportives de Bar-le-Duc, Centres sociaux Bar-le-Duc, CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) Meuse, UFOLEP (Union Française des Œuvres Laïques d'Education Physique), Foyers ruraux, Familles rurales, comité départemental du cyclisme, fédérations françaises (handisport, sport pour tous, etc.)

Rôle d'expertise

CDOS (Comité Départemental Olympique et Sportif) Meuse, CDT (Comité Départemental du Tourisme) Meuse

Rôle de soutien

CARSAT Nord Est, GESAM (Groupement d'Employeurs Sport Animation Meuse), mutuelles (à préciser)

Rôle de coordinateur

ILOG (Instances Locales de Coordination Gérontologique)

Aucun acteur cité ne possède un rôle de décideur ou de financeur au sein des politiques AP-Santé du territoire.

Acteurs institutionnels jouant un rôle financier ou de décideur dans les politiques d'AP-Santé

Niveau régional

Santé

Agence Régionale de Santé

Sport

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale

Environnement

DREAL (Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement), ONF (Office National des Forêts) et syndicat mixte du parc naturel régional de Lorraine

Multi-sectoriel

Conseil Régional

Niveau départemental

Social

Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

Santé

Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé

Multi-sectoriel

Conseil départemental

Niveau local

Sport

Office Municipale des Sports

Social

CIAS et ILOG Bar-le-Duc

Tourisme

Office du tourisme Meuse Grand Sud

Multi-sectoriel

Commune de Bar-le-Duc, Communauté d'Agglomération et Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du Pays Barrois

Organisations ou personnes assurant un leadership

Aucun acteur n'est défini comme jouant un rôle moteur à propos des politiques de promotion de l'AP-Santé sur la commune de Bar-le-Duc. Dans le cas où la thématique de l'AP-Santé tendrait à se développer, deux acteurs sont cependant identifiés comme pouvant jouer un rôle moteur et être forces de proposition : l'Office Municipal des Sports au sein des acteurs institutionnels et le Comité Départemental Olympique et Sportif de Meuse au sein des acteurs non-institutionnels.

Mécanismes de collaboration intersectorielle

| | Collaborations au sein des services de la commune de Bar-le-Duc et de la communauté d'agglomération | Collaborations de la commune de Bar-le-Duc avec les autres échelons institutionnels |
|---------------------------|---|--|
| Acteurs concernés | De nombreux services sont mutualisés avec la communauté d'agglomération Meuse Grand Sud et se consultent fréquemment. Seul le Centre Intercommunal d'Action Sociale n'a été que très rarement cité dans les processus de collaboration. | La commune de Bar-le-Duc collabore avec l'échelon départemental, par le biais du Conseil Départemental et avec le Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du Pays Barrois. Aucune collaboration avec le niveau régional n'est citée. |
| Cadre de la collaboration | La collaboration intersectorielle entre les services porte sur des démarches de consultation : conseils, avis, analyse des besoins concernant des sujets pouvant être liés à l'AP-Santé (comme par exemple l'élaboration du plan de déplacements doux). Les services travaillent donc en collaboration pour l'élaboration ou la mise en œuvre de politiques/actions par le biais d'une démarche consultative mais pas dans le cadre de réflexions communes ou d'une coordination des projets. | Pas de stratégies intersectorielles coordonnées entre les acteurs départementaux et locaux à propos de l'adaptation de la mise en œuvre des politiques sur le territoire (comme par exemple dans le cadre du plan autonomie, ou d'actions comme la construction de cours de tennis). Collaborations entre services/personnes d'un même secteur pour élaborer des projets indirectement liés à l'AP-Santé (comme par exemple pour les contrats d'objectifs destinés aux associations sportives barisiennes ou la participation de la commune à l'élaboration du schéma de mobilités du PETR). |
| Types de collaboration | Les collaborations sont multiples mais ne sont pas coordonnées. Collaborations formelles mais aussi informelles car les relations entre les agents techniques sont habituelles et donc facilitées. Fonctionnement encore très sectorisé sur le champ de l'AP-Santé car il n'y a pas d'habitudes ni d'automatismes de collaboration sur cette thématique. | Collaborations formelles, particulièrement entre le service des sports de Bar-le-Duc et le conseiller sportif départemental sur des questions d'ordre sportif mais pas spécifiquement d'activité physique-santé. |
| Récurrence | Les liens de collaboration entre les secteurs sont récents, fréquents et pérennes. | Collaborations ponctuelles dans l'élaboration de politiques/actions qui ne sont pas explicitement fléchées AP-Santé. |

Réseaux

Il n'existe pas de réseau dédié au développement de politiques AP-Santé. Les acteurs des différents secteurs s'appuient sur des réseaux professionnels (IDEAL, ANDIISS, Pôle Ressource National, etc.), sur des réseaux thématiques (Fédération des Usagers de la Bicyclette, réseau des villes cyclables, etc.), sur des commissions internes (CDESI). Ils réalisent également une veille des politiques/actions menées sur d'autres territoires, notamment le biais de réseaux sociaux professionnels comme LinkedIn.

2. Documents de cadrage

Principaux documents politiques actuellement en vigueur qui permettent l'amélioration du niveau d'activité physique ou la diminution du niveau de sédentarité sur le territoire. L'ensemble des politiques visant directement ou indirectement l'AP-Santé et l'intégralité des liens sont disponibles dans le rapport CAPLA-Santé Portes de France-Thionville.

| Niveaux | Secteurs | Documents politiques | Sources ⁴ |
|---------------|-----------------------|--|--|
| Régional | Santé | Projet Régional de Santé 2012-2017 <i>ARS Lorraine, 2012</i> | Disponible en ligne sur le site de l'ARS Grand Est |
| | Multi-sectoriel | Plan Régional Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine <i>DRJSCS Lorraine, ARS Lorraine et préfecture Lorraine, 2012</i> | Disponible en ligne sur le site de la DRJSCS Grand Est |
| Départemental | Social | Schéma départemental de l'autonomie Meuse 2018-2022 <i>Conseil départemental de la Meuse, 2018</i> | Disponible en ligne sur le site du conseil départemental de la Meuse |
| | Environnement | Agenda 21 département de la Meuse <i>Conseil Départemental de la Meuse, 2014</i> | Disponible en ligne sur le site du conseil départemental de la Meuse |
| | Tourisme | Schéma de développement touristique de la Meuse 2017-2021 <i>Comité Départemental du Tourisme de la Meuse, 2017</i> | Disponible en ligne sur le site de Meuse Tourisme |
| | Sport | Politique sportive départementale de la Meuse <i>Conseil Départemental de la Meuse</i> | Disponible en ligne sur le site du conseil départemental de la Meuse |
| Local | Environnement | Agenda 21 de Bar-le-Duc <i>Commune de Bar-le-Duc, 2015</i> | Disponible en ligne sur le site de la commune de Bar-le-Duc |
| | | Programme d'actions du Plan Climat Territorial du Pays Barrois <i>Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) du Pays Barrois, 2008</i> | Disponible en ligne sur le site du PETR Pays Barrois |
| | Urbanisme | Schéma de Cohérence Territorial du Pays Barrois <i>Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) du Pays Barrois, 2014</i> | Disponible en ligne sur le site du PETR Pays Barrois |
| | Politique de la Ville | Contrat de Ville Meuse Grand Sud 2015-2020 <i>Etat et Communauté d'Agglomération Meuse Grand Sud, 2015</i> | Disponible en ligne sur le site de la communauté d'agglomération Meuse Grand Sud |

⁴ Les liens pour les documents disponibles en ligne figurent dans le document complet.

Plusieurs plans et programmes sont actuellement en cours de réflexion ou d'élaboration au niveau local, départemental et régional (les plans régionaux sont disponibles dans le document complet) :

- Plan départemental des itinéraires de promenade et de randonnée Meuse actuellement en élaboration
- Schéma de mobilités PETR Pays Barrois actuellement en élaboration d'après <https://www.estrepublikain.fr/edition-de-bar-le-duc/2017/12/13/mobilite-des-schemas-pour-demain> (intègre les déplacements doux et leur mise en place sur les communes). Commune de Bar-le-Duc intégrée à la consultation et au travail d'élaboration.
- Plan de déplacements doux Bar-le-Duc actuellement en élaboration (<https://www.barleduc.fr/actualites/les-deplacements-doux-a-bar-le-duc-876.html>)
 - ⇒ Issu de l'agenda 21 : 3 axes sur 3 publics (barisiens sur les déplacements quotidiens et utilitaires, touristes et participants aux manifestations culturelles et agents de la collectivité sur les déplacements au travail). Les axes regroupent des actions à court, moyen et long terme graduées en fonction du niveau d'implication de la collectivité.
 - ⇒ Exemples d'actions : aménagements de stationnements cyclables à destination des barisiens et des agents de la collectivité, agencements et signalisation sur la voie verte du canal de la Marne au Rhin à destination des touristes et des barisiens pour les déplacements quotidiens, pédibus pour les scolaires, etc.
- Schéma de pistes cyclables de Bar-le-Duc actuellement en élaboration

Utilisation des données scientifiques probantes

Les documents de cadrage cités ne s'appuient pas forcément sur des données scientifiques probantes ou des documents nationaux dans le cadre de leur élaboration ou de leur mise en œuvre. Cependant, une veille portant sur les données, études, publications scientifiques ou évolutions juridiques du niveau national/international sur l'activité physique-santé est effectuée par le niveau départemental et plus ponctuellement pour le niveau local. A l'échelle du territoire de Bar-le-Duc, les bases bibliographiques existantes sont parfois utilisées.

Le processus d'utilisation des données probantes est établi comme tel par le niveau départemental :

1. Veille documentaire.
2. Logique de vulgarisation des études.
3. Tendances identifiées en fonction du nombre d'études publiées par des organismes différents et par la crédibilité des organismes qui publient les données.
4. Réflexion à partir de ces données de la capacité de la collectivité à intégrer ces tendances sur le territoire, de positionner sa stratégie en fonction des tendances nationales.

3. Contenu des politiques

Objectifs d'augmentation de l'activité physique / diminution de la sédentarité

Parmi les objectifs intégrés dans les documents de cadrage, il n'existe pas d'objectifs chiffrés visant une augmentation de l'activité physique ou une diminution du niveau de sédentarité.

Mais, d'autres textes politiques comprennent des objectifs non chiffrés ayant un lien direct avec l'augmentation de l'activité physique. La liste est non exhaustive (l'ensemble de ces objectifs sont disponibles dans le rapport complet) :

- Augmenter le niveau d'activité physique à tous les âges en favorisant l'offre d'activité physique (Projet Régionale de Santé).
- Contribuer à améliorer, préserver ou restaurer la santé des lorrains par l'activité physique ou sportive (Plan régionale Activités Physiques et Sportives à des fins de Santé Lorraine).
- Favoriser le lien social, l'accès au sport et à la culture (Contrat de Ville Meuse Grand Sud).
- Garantir l'accès de tous les habitants à des pratiques artistiques, culturelles, sportives et de loisirs de qualité (Contrat de Ville Meuse Grand Sud).

D'autres objectifs indirectement liés à l'augmentation de l'activité physique ou à une réduction de la sédentarité sont explicités dans les documents de cadrage et sont disponibles dans le rapport complet.

Milieus et secteurs ciblés par le développement des actions AP-Santé



Ciblé

Non-ciblé

Publics ciblés par les politiques AP-Santé

| | | | |
|--|---|---|---|
| Petite enfance | x | Public éloigné de la pratique | x |
| Enfants / adolescents Dont scolaires des écoles primaires | ✓ | Publics vulnérables | ✓ |
| Etudiants | x | Population en établissement de soin / patients atteints de maladies chroniques | ✓ |
| Femmes | x | Actifs / salariés En particulier les agents de la collectivité et les entreprises | ✓ |
| Adultes | x | Migrants | x |
| Familles | ✓ | Population générale En particulier les usagers de la route | ✓ |
| Personne en situation de handicap | ✓ | Population des QPV | ✓ |
| Séniors | ✓ | Autres : - Touristes - Barisien(ne)s - Associations - Usagers de la route | ✓ |

✓ ciblé x non-ciblé

Stratégies de communication qui visent à sensibiliser / promouvoir l'AP

Aucune stratégie de communication spécifique à la promotion de l'activité physique n'a existé ou n'existe actuellement sur le territoire. Les actions sont valorisées individuellement par le biais d'outils de communication spécifiques, mais aucun plan de communication global (choix d'une durée, de cible(s), de la récurrence, du type de communication, d'une identité visuelle marquée) n'est élaboré ou prévu.

Actions concrètes marquantes

Initiatives structurantes issues de textes ou de volontés politiques fortes qui permettent de développer l'AP-Santé sur le territoire. Ici n'apparaissent que les actions majeures, vous les trouverez détaillées dans le rapport complet ainsi que la liste de l'ensemble des actions recueillies.

Actions portées au niveau local

Atelier équilibre et bien-être

Atelier d'éveil sportif

Parcours de Santé de la Forêt du Haut Juré

Actions portées au niveau départemental

Echappées en Meuse

4. Financements

Les politiques ou actions sont financées par le Conseil Départemental, la communauté d'agglomération Meuse Grand Sud ou la commune de Bar-le-Duc. Les montants ne sont pas indiqués mais les financements concernent des subventions aux collectivités, associations, de l'investissement matériel notamment dans le cadre de la rénovation des équipements sportifs et de la mise à disposition de personnel sur certaines actions.

5. Progrès réalisés et défis à relever

Moments marquants, fondateurs des politiques AP-Santé actuelles



Avancées de ces dernières années et défis actuels



Avancées

1. L'équipe en place depuis 2014 s'est engagée dans une démarche d'agenda 21
2. Le label ville active et sportive depuis 2016



Défis

Trois grands défis sont explicités, incluant des « sous-défis » disponibles dans le document complet.

1. Donner l'impulsion d'une politique AP-Santé
2. Créer un environnement favorable aux collaborations, aux partages d'informations, des ressources, etc.
3. Réfléchir à l'animation/l'usage des équipements sportifs existants



MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER



L'intersectorialité au sein des politiques locales d'activité physique bénéfique pour la santé :
le cas des territoires de Thionville et Bar-le-Duc

BARON Amandine

UNIVERSITE DE LORRAINE

Juin 2018

Politique publique ; Politique locale ; Activité physique ; Intersectorialité ; Promotion de la
santé

Les gouvernements, s'appuyant sur de nombreuses recommandations internationales inscrivent de plus en plus souvent le développement de l'activité physique bienfaisante pour la santé dans les politiques publiques. Un des critères d'efficacité de ces politiques réside dans la capacité à déployer des initiatives au niveau infra national et à encourager l'intersectorialité.

Ce mémoire traite de la place des collaborations intersectorielles dans le cadre de l'élaboration ou de la mise en place de politiques ou d'actions locales intégrant de l'activité physique-santé. Pour se faire, il s'appuie sur les résultats du test de l'outil CAPLA-Santé (*Cadre d'Analyse des Politiques Locales d'Activité physique-Santé*), adaptation de l'outil HEPA-PAT (*Health Enhancing Physical Activity – Policy Audit Tool*) au niveau local. Les données analysées portent sur les questions de l'outil relatives à l'intersectorialité. Elles ont été recueillies à Bar le Duc et Thionville en région Grand Est. Ces données ont été confrontées aux critères de Bull définissant le caractère intersectoriel d'une politique. Les résultats mettent en avant l'existence de collaborations intersectorielles notamment dans les phases de consultation et d'actions mais montrent que l'élaboration de politiques intersectorielles activité physique-santé (AP-Santé) n'est pas encore une réalité.

Intersectoriality in local policies of health-enhancing physical activity : the case of Thionville
and Bar-le-Duc areas

Public policy ; Local policy ; Physical activity ; Intersectoriality ; Health promotion

Governments, relying on many international recommendations, increasingly include the development of health-enhancing physical activity in public policies. One of the criterion of effectiveness of these policies lies in the ability to deploy initiatives at subnational level and to encourage intersectorality. This essay deals with the place of intersectoral collaborations in the development or implementation of local policies or actions integrating health-enhancing physical activity. Thereby, it is based on the results of the CAPLA-Santé tool (analytical framework of health-enhancing physical activity local policies), adaptation of the HEPA-PAT tool (Health Enhancing Physical Activity - Policy Audit Tool) at the local level. The analyzed data focus on the questions of the tool related to the intersectoriality. They were collected in Bar-le-Duc and Thionville in the Grand Est region. These data have been confronted with the Bull criteria defining the cross-sectoral nature of a policy. The results highlight the existence of intersectoral collaborations, particularly in the consultation and action stages, but show that the development of cross-sectoral physical activity-health (PA-Health) policies is not yet a reality.