



Politiques nationales et internationales d'activité physique pour la santé

Clément Perrier

Doctorant en science politique, laboratoire Pacte (Sciences Po Grenoble-université Grenoble-Alpes, UMR 5194) et Laboratoire sur les vulnérabilités et l'innovation dans le sport (L-VIS, université Lyon 1, EA 7428)

Claire Perrin

Professeure des universités, L-ViS (université Lyon 1, EA 7428), responsable du Master Igapas (Intervention et gestion en activité physique adaptée et santé)

Suite à la progression spectaculaire des maladies chroniques liées aux modes de vie inactifs des sociétés occidentales, différentes politiques publiques de promotion de la santé par l'activité physique ont émergé en France depuis le début des années 2000. Elles ciblent en particulier les personnes avançant en âge et/ou atteintes d'une affection de longue durée et/ou issues des quartiers prioritaires de la ville. Outre la promotion de la santé, ces politiques visent le contrôle des surcoûts exponentiels liés à la transition sanitaire et aux traitements médicamenteux sur le long terme.

C'est avec cette ambition que naît un programme nutritionnel intitulé programme national nutrition santé (PNNS), qui fait de la lutte contre la sédentarité une cause nationale. Sa deuxième phase (PNNS 2, 2006-2010)¹, qui met l'accent sur la promotion de l'activité physique, est à l'origine de nouvelles dynamiques régionales en collaboration avec le réseau des comités d'éducation pour la santé et les directions de la Jeunesse et des Sports. Ce plan entend également prendre appui sur les autres plans en vigueur au sein desquels l'activité physique prend une place notable. C'est par exemple le cas du plan promouvant le « bien-vieillir », dont l'activité physique est un des trois piliers².

À la suite du travail préparatoire à un plan national de prévention par les activités physiques ou sportives (Pnaps, 2008), s'inspirant notamment du plan Kino-Québec de 2002, l'activité physique devient un axe à part entière³ du troisième PNNS (2011-2015), objectivant ainsi l'inclusion de l'activité physique dans les politiques publiques de santé en prévention primaire. Cette légitimation progressive a permis que les activités physiques et sportives apparaissent dans le rapport d'orientation de la Haute Autorité de santé d'avril 2011, parmi les prescriptions de thérapeutiques non médicamenteuses en tant que « règles hygiéno-diététiques » (HAS, 2011)⁴, entraînant indirectement la construction en 2012 d'une politique spécifiquement dédiée à l'activité physique à visée de santé : le plan sport-santé-bien-être (PSSBE). « *Promouvant les activités physiques et sportives pour tous et à tous les âges de la vie* », avec pour ambition

« *d'accroître le recours aux thérapeutiques non médicamenteuses et de développer la recommandation des activités physiques et sportives par les médecins et les autres professionnels de santé* », ce plan déployé au niveau régional avec un pilotage des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) a été structuré sur la base d'un partenariat interministériel. Ce plan a ensuite servi de support à la construction du cadre de mise en œuvre de l'article 144 de la loi de modernisation du système de santé. Si le Pnaps proposait une approche globale de l'activité physique, en impliquant l'ensemble des secteurs du monde social, le PNNS 3 et plus encore le PSSBE vont asseoir l'idée que c'est dans le parcours de soins et pour les publics vulnérables que l'activité physique à visée de santé prend corps dans les politiques nationales, passant ainsi d'une ambition de prévention primaire à une action publique centrée sur la prévention secondaire et tertiaire.

C'est dans ce cadre, et en s'appuyant par ailleurs sur les innovations en activité physique adaptée (APA) du secteur médical⁶, que l'activité physique a aujourd'hui acquis une légitimité scientifique et institutionnelle dans la prise en charge des maladies chroniques, condition de possibilité de son intégration dans le parcours de soins. L'article 144 du 26 janvier 2016 de la loi de modernisation de notre système de santé consacre cette reconnaissance par la prescription par le médecin traitant « *d'une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée* ». La stratégie nationale sport-santé 2019-2024 (SNSS) qui s'ensuit tente d'organiser le développement de la prescription à partir d'une diffusion des connaissances scientifiques.

Un des objectifs, particulièrement médiatisé, de cette stratégie est de mobiliser des maisons sport-santé sur l'ensemble du territoire, c'est-à-dire des lieux d'accueil et d'orientation de l'ensemble des publics qui souhaitent accéder à une activité adaptée à leurs besoins et envies. 288 maisons sport-santé sont déjà référencées et d'autres sont en cours de labellisation, avec pour ambition de mailler l'ensemble du territoire. Ces deux politiques publiques sont le reflet le plus récent et le plus

1. Le PNNS 1 (2001-2005) s'était centré sur les habitudes alimentaires et a débouché sur la campagne « La santé vient en mangeant et en bougeant », promue par l'Inpes en 2004.

2. PNBV 2007-2009 : https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

3. L'axe 2, « Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité ».

4. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. 2011, 94 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees

5. Communication en conseil des ministres du 10 octobre 2012. <http://archives.gouvernement.fr/ayrault/gouvernement/la-pratique-des-activites-physiques-et-sportives-facteur-de-sante-publique.html>

6. Nous faisons ici référence aux dynamiques étudiées au sein de l'association nationale de coordination des réseaux diabète qui a mis en lumière le groupe émergent des enseignants en APA. Cf. le chapitre 2 (p. 49-100) de l'expertise Inserm de 2019 : https://www.publi.inserm.fr/bitstream/handle/10608/9690/Chapitre_2_Erreur.html

abouti de l'intégration rapide et croissante de l'activité physique à visée de santé dans les politiques déployées par l'État français depuis le début des années 2000.

Les différentes politiques publiques présentées ici ne sont pas pour autant harmonisées, comme le précise le travail de Prévot-Ledrich *et al.* [55]. Il n'existe ainsi pas de politique publique globale de promotion de l'activité physique à visée de santé en France, même si c'est un des objectifs forts de la Stratégie nationale sport-santé. Le même constat est fait dans d'autres pays, malgré les demandes régulières de l'OMS de construire des politiques systémiques d'incitation à l'activité physique pour tous les moments de la vie. Ce positionnement n'est d'ailleurs pas récent et fait suite aux travaux de l'Union européenne initiés au milieu des années 1990 et au rapport de l'Office of the Surgeon General en 1996 aux États-Unis, qui investissent l'idée que l'activité physique est, et doit devenir, un plein facteur de santé publique.

L'OMS publie à ce titre, et depuis 2010, des rapports et des objectifs pluriannuels de mise en exercice des corps dans le cadre des Recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé. C'est ainsi que l'organisation internationale a lancé en 2018 un Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030, qui définit quatre objectifs stratégiques et recommande vingt mesures concrètes à l'intention des États membres et des partenaires internationaux. Ce plan appelle l'ensemble des décideurs locaux et nationaux à adopter une approche « systémique » afin que tous les secteurs du monde social puissent instaurer des environnements sûrs et stimulants et dès lors permettre à chacun d'élever son niveau d'activité physique.

L'objectif est de réduire la sédentarité de 10 % d'ici à 2030, notamment à l'aide de la trousse à outils Active, mise en circulation en 2019 et qui apporte des orienta-

tions techniques précises et concrètes sur la façon de donner effet aux vingt mesures recommandées. Adaptable à la situation locale, cet ensemble d'outils instaure en particulier des mécanismes nationaux de coordination entre les différents ministères, de vastes et récurrentes campagnes de communication, des lignes directrices à suivre par région ou encore l'investissement dans de nouvelles technologies afin d'élaborer des approches qui permettront d'accroître l'activité physique, spécialement dans le contexte de faibles ressources.

Il est à noter que les politiques mises en place comme les outils utilisés diffèrent selon les pays. Du point de vue de l'implication des médecins généralistes, par exemple, si le choix de la prescription par le médecin traitant est nouveau en France, il avait déjà émergé en Allemagne, au Royaume-Uni et en Italie, pour ne citer que quelques cas. Dans une autre mesure, la Nouvelle-Zélande a instauré depuis le milieu des années 1990, une « prescription verte » du médecin généraliste destinée à l'ensemble de la population afin de favoriser les comportements actifs et la mise en place « d'exercices réguliers ». En Suède et au Canada, des conseils sont prodigués par le médecin sans prescription, la prise en charge financière n'étant pas visée.

Les stratégies nationales sont encore très diverses et, malgré une volonté commune de réduire la sédentarité et d'augmenter l'activité physique, l'immense majorité des États étudiés investit peu de ressources économiques pour convertir les volontés en actions concrètes. C'est pourtant la direction qu'encouragent à prendre les différentes expertises collectives, notamment en France celle de l'Inserm [31], qui a contribué à fonder la Stratégie nationale sport-santé en insistant sur l'importance de choix systémiques à opérer, ambition qui demeure l'objectif final des politiques nationales et internationales en matière d'activité physique. ▲

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 47.

Les propositions gouvernementales : état des lieux

L'activité physique apparaît dans les politiques publiques comme déterminant de santé avec le lancement, en 2001, du premier programme national nutrition santé (PNNS), dont l'objectif général est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition. Le PNNS prend en compte les dimensions biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire et de l'activité physique. Dans la quatrième version de ce plan, lancée en septembre 2019, l'une des actions vise à renforcer la prescription d'activité physique adaptée par les médecins et à développer sa pratique pour les personnes atteintes de maladie chronique.

Le recours à l'activité physique adaptée comme thérapeutique non médicamenteuse prend d'abord consistance en 2012, avec le premier plan national sport, santé, bien-être (SSBE), copiloté par le ministère chargé des sports et le ministère chargé de la santé. Par le biais d'une instruction adressée aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR/D-JSCS), ce plan lance la constitution de réseaux sport santé bien-être au niveau régional, en mettant à profit les ressources humaines et financières locales. Ainsi, dans chaque région, des actions structurantes ont vu le jour, mettant en lien de nombreux

Sophie Cha
Médecin conseillère,
délégation régionale
académique à
la jeunesse, à
l'engagement et
au sport (Drajes)
Bretagne