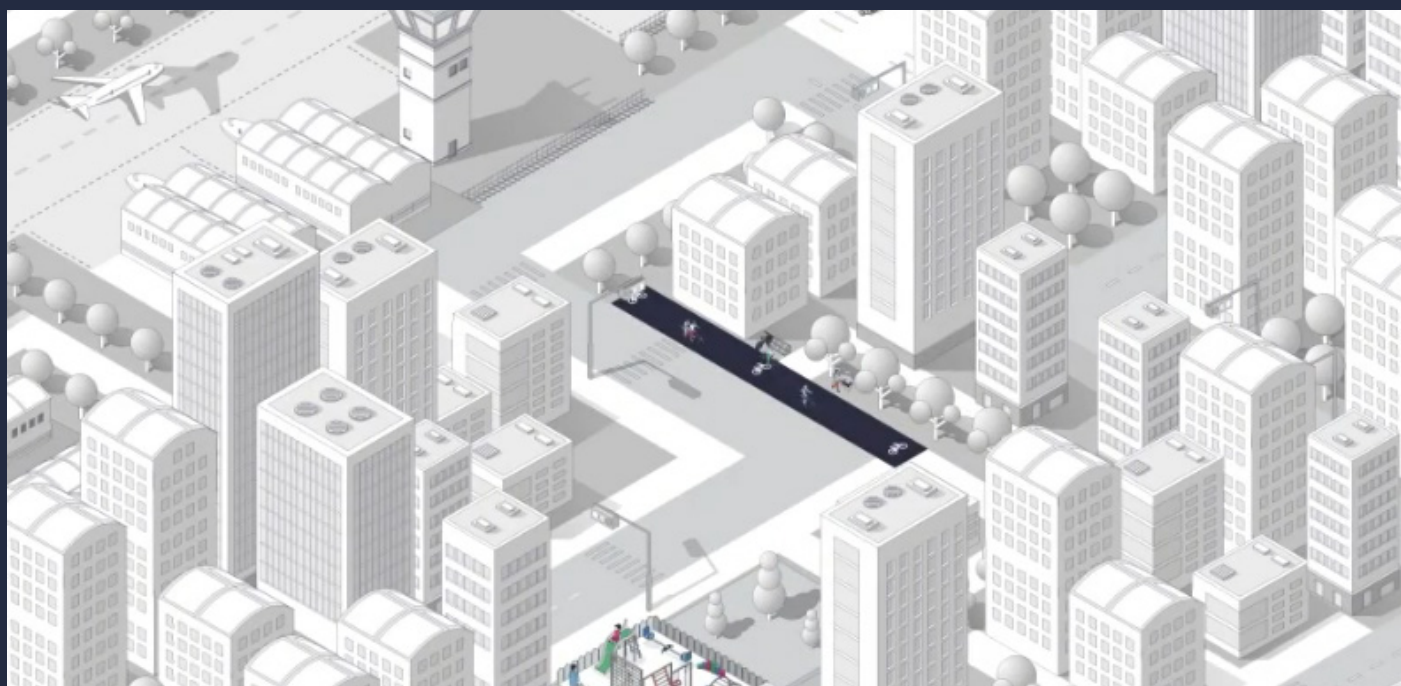




Diag'ACT

par  iONAPS

POUR UN TERRITOIRE EN MOUVEMENT

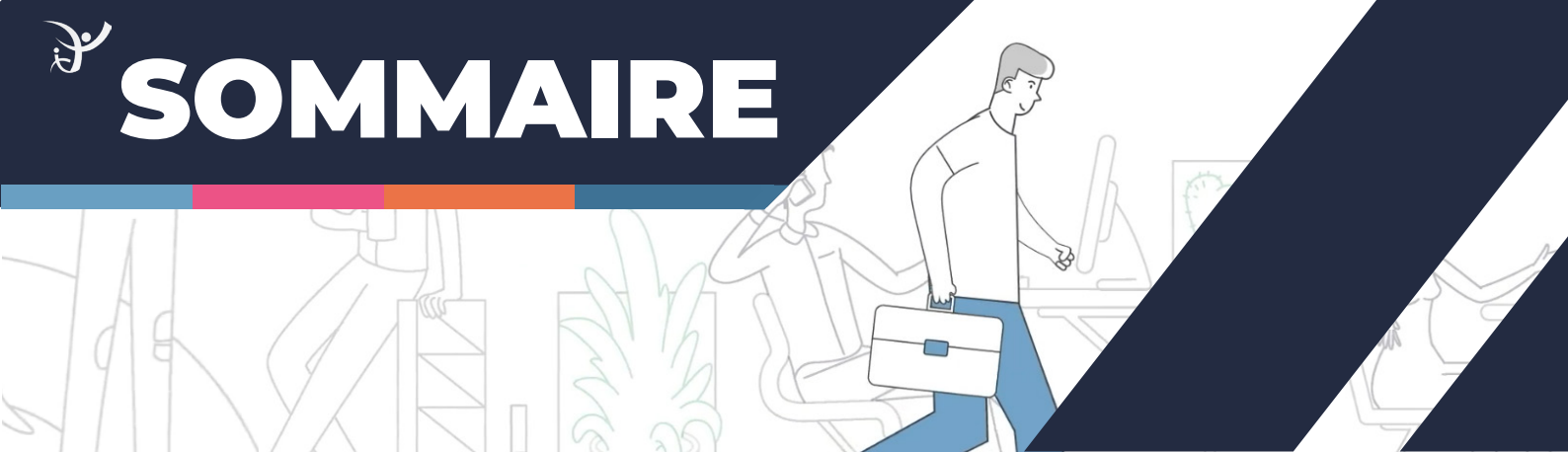


GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

POUR REALISER VOTRE DIAGNOSTIC



SOMMAIRE



PARTIE 1

Introduction et principes généraux de la démarche

Fiche méthode 1 : Un diagnostic territorial sur l'activité physique et la sédentarité, un guide méthodologique : pourquoi ?

Fiche méthode 2 : La démarche globale du diagnostic en un coup d'œil

PARTIE 2

En amont du diagnostic : initier le projet, en définir le périmètre et les acteurs

Fiche méthode 3 : S'approprier les enjeux de santé publique liés à l'activité physique et à la sédentarité

Fiche méthode 4 : Définir le périmètre, les objectifs, le niveau d'observation, la population cible

Fiche méthode 5 : Recenser, sensibiliser et mobiliser les partenaires

Fiche méthode 6 : Planifier la communication à chaque étape : avant, pendant, et après le diagnostic

PARTIE 3

Pendant le diagnostic : recueillir et exploiter les informations

1 - QUELLES SOURCES D'INFORMATIONS UTILISER ?

Fiche méthode 7 : Combiner les approches et mobiliser les expertises

Fiche méthode 8 : Intégrer les principes et la méthodologie des approches quantitatives

Fiche méthode 9 : Intégrer les principes et la méthodologie des approches qualitatives

Fiche méthode 10 : Respecter la protection des données individuelles et certains principes déontologiques

2 - DÉCRIRE LE TERRITOIRE, SES SERVICES, SA POPULATION ET SON ÉTAT DE SANTÉ

Fiche indicateurs 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population cible

Fiche indicateurs 2 : Recensement des services à la population du territoire

Fiche indicateurs 3 : Flux de déplacements et mobilité

Fiche indicateurs 4 : Indicateurs de santé en lien avec l'activité physique et la sédentarité

3 - DÉCRIRE ET ÉVALUER LES POLITIQUES TERRITORIALES EN FAVEUR DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA LUTTE CONTRE LA SÉDENTARITÉ

Fiche indicateurs 5 : Recensement des politiques territoriales intégrant l'activité physique et la lutte contre la sédentarité

Fiche indicateurs 6 : Identification par les élus des projets territoriaux et des leviers en faveur de l'activité physique et sportive et de la lutte contre la sédentarité

4 - DÉCRIRE L'OFFRE TERRITORIALE EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

Fiche indicateurs 7 : Recensement des équipements sportifs, espaces et sites de pratiques

Fiche indicateurs 8 : Caractérisation des équipements permettant une pratique d'activités physiques et sportives sur le territoire

Fiche indicateurs 9 : Recensement des clubs sportifs

Fiche indicateurs 10 : Caractérisation de l'offre associative d'activités physiques et sportives

Fiche indicateurs 11 : Recensement, caractérisation et perception des aménagements et services en faveur du vélo et de la marche

5 - DÉCRIRE LES PRATIQUES EN MATIÈRE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES ET DE COMPORTEMENTS SÉDENTAIRES

Fiche indicateurs 12 : Recensement des licences auprès des fédérations sportives agréées

Fiche indicateurs 13 : Mobilités quotidiennes et modes de déplacements utilisés

Fiche indicateurs 14 : Niveaux d'activité physique et de sédentarité en population générale adulte

Fiche indicateurs 15 : Perceptions, freins et motivations de la population générale adulte à la pratique d'activités physiques et sportives

Fiche indicateurs 16 : Pratiques d'activités physiques et comportements sédentaires des enfants et adolescents

Fiche indicateurs 17 : Pratiques enseignantes en matière de développement de l'activité physique et de réduction de la sédentarité des enfants et adolescents

Fiche indicateurs 18 : Représentation et utilisation de l'activité physique en prévention et dans la prise en charge des patients par les professionnels de santé

Fiche indicateurs 19 : Perceptions, pratiques et actions des professionnels sur le territoire

Fiche méthode 11 : Synthétiser les informations, prioriser les actions et définir des indicateurs d'évaluation

PARTIE 4

En aval du
diagnostic : de la
priorisation des
actions à leur
évaluation

Un diagnostic territorial sur l'activité physique et la sédentarité, un guide méthodologique : pourquoi ?



Pourquoi un diagnostic territorial : les collectivités territoriales, des leviers d'actions

L'activité physique et la sédentarité sont deux enjeux majeurs de santé publique (cf. fiche méthode 3). Promouvoir la santé par le mouvement est une action de santé publique et civique. Par la mise en place de politiques intersectorielles (aménagement urbain et transports, santé publique, environnement...), les collectivités territoriales ont le pouvoir d'agir sur leur territoire en faveur de l'activité physique et contre la sédentarité. Pour cela, de nombreux acteurs peuvent être mobilisés et fédérés autour d'une stratégie commune et coordonnée.

La pratique d'activités physiques et sportives, que ce soit dans le cadre des loisirs ou dans la vie quotidienne, ne dépend pas seulement de la responsabilité individuelle, mais de nombreux déterminants (sociaux, culturels, physiques, organisationnels, environnementaux, liés à l'offre, aux perceptions...). En cela, une approche globale est nécessaire afin de donner à tous la possibilité d'agir sur sa santé pour faire de l'activité physique une habitude, dans les différents contextes de la vie (école, travail, déplacements, loisirs, établissements de soins...).

La loi visant à démocratiser le sport en France de mars 2022 incite les communes et les intercommunalités volontaires à élaborer des plans sportifs locaux. L'élan donné par Paris 2024 est une opportunité supplémentaire pour les collectivités territoriales de s'emparer de ces enjeux de santé publique que constituent l'activité physique et la sédentarité, de s'engager dans la mise en œuvre de politiques publiques locales basées sur des constats et des éléments d'aide à la décision, et d'agir en faveur de la santé de leur population.

Face à ces enjeux de santé publique, la démarche commence nécessairement par une analyse de la situation au niveau local. Elle peut être la volonté d'approfondir une problématique déjà identifiée, ou d'avoir un éclairage sur les pratiques et les besoins locaux dans une démarche prospective. Une identification et une analyse des déterminants de l'adoption d'un comportement actif à l'échelle d'un territoire permet ainsi de répondre aux besoins de sa population, en proposant des réponses concrètes et de proximité en faveur de sa santé.

Pour cela l'approche doit être globale, elle doit s'intéresser à tous les déterminants de l'activité physique et de la sédentarité, et pas seulement à la pratique sportive. C'est ce qui diffère l'approche mise en œuvre lors de l'expérimentation menée à Billom Communauté, qui a donné lieu à la réalisation de ce guide méthodologique, d'autres diagnostics qui avaient pu être menés jusqu'alors sur d'autres territoires.

Pourquoi ce guide méthodologique ?

L'expérimentation menée par l'Onaps a permis la création, par un groupe d'experts pluridisciplinaires, d'une méthode et d'outils associés (questionnaires, guides d'entretien, cas cliniques, outils de sensibilisation), qui peuvent être reproduits ou adaptés à d'autres territoires.

Pour permettre à d'autres collectivités locales de faciliter la mise en œuvre d'un diagnostic sur l'activité physique et/ou la sédentarité de manière à les documenter sur leur territoire, ce guide méthodologique présente les principes, les sources d'informations, les outils permettant de mobiliser les acteurs territoriaux et la population dans cette démarche participative, et un choix d'indicateurs pouvant être utilisés en fonction de son périmètre,



des objectifs fixés et des moyens mobilisables.

Il constitue un cadre qui repose sur la complémentarité entre 30 fiches :

- ▶ 11 fiches « méthode », qui décrivent les grandes étapes de la méthodologie d'un diagnostic territorial, et la typologie des ressources et des acteurs à mobiliser.
- ▶ 19 fiches « indicateurs », qui présentent un choix de sources d'informations et d'indicateurs pouvant être utilisés dans le cadre d'un diagnostic sur l'activité physique et la sédentarité.

Chaque territoire est unique et est appelé à mener un diagnostic territorial sur l'activité physique et la sédentarité selon une méthodologie qui va lui être propre, en fonction de son périmètre géographique, de son implication sur cette thématique, de son calendrier et ses moyens, de ses besoins, et de ses objectifs fixés.

La méthodologie utilisée par l'Onaps sur le territoire d'expérimentation ne constitue donc pas une méthode clé en main. Elle doit s'adapter au territoire, notamment en termes de population cible et de thématiques spécifiques, et est évolutive au cours du diagnostic pour approfondir ou apporter des réponses à des problématiques soulevées.

De la même manière, il n'est pas possible de fournir des outils clés en main intégralement transposables d'un diagnostic à un autre. Ce guide ne contient donc pas les différents outils (questionnaires, grilles d'entretiens...) réalisés par un groupe d'experts dans le cadre de l'expérimentation menée par l'Onaps, qui nécessitent d'être adaptés aux territoires.

A qui est-il destiné ?

Ce guide est à destination de toute structure (collectivités territoriales, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)...) souhaitant s'engager dans une démarche de diagnostic local sur l'activité physique et la sédentarité, et ayant les capacités, sur le plan technique et de l'expertise scientifique, de le mettre en œuvre de manière opérationnelle, accompagnée ou non d'un opérateur comme l'Onaps.

L'expertise et l'accompagnement proposé par l'Onaps

La réalisation d'un diagnostic territorial nécessite des besoins d'expertises spécifiques faisant appel à du personnel qualifié et formé (conduite de projet, capacité à mobiliser des acteurs pluridisciplinaires, techniques de recueil et d'analyses d'informations quantitatives et qualitatives, statistiques, cartographie, capacité à synthétiser des informations provenant de différentes sources...), qu'il est nécessaire de définir en amont en fonction des objectifs définis.

Depuis 2015, l'Onaps s'engage pour rassembler et améliorer les connaissances sur les niveaux d'activité physique et de sédentarité de la population française, les différents facteurs qui les déterminent, et les actions mises en œuvre pour promouvoir un mode de vie actif favorable à la santé. Sur une base scientifique documentée et entouré d'un réseau d'experts pluridisciplinaires, sa finalité est de promouvoir l'activité physique et de lutter contre les comportements sédentaires pour la santé de tous, à tout âge, et sur tous les territoires.

Ses principes d'intervention déployés sont : **observer** pour inciter à agir et à réduire les inégalités sociales et territoriales ; **évaluer** pour répondre aux besoins ; **produire** de l'information à partir d'enquêtes et d'études en mobilisant des partenaires ; **diagnostiquer** pour offrir aux territoires des outils d'aide à la décision et **communiquer** pour sensibiliser et partager enjeux et solutions, et les rendre accessibles.

Pour accompagner les territoires dans cette démarche, en complément de ce guide et fort de son expérimentation sur le territoire de Billom Communauté, l'Onaps propose son expertise à des territoires de différentes échelles, de manière adaptée aux besoins de chacun sur le degré d'implication, les populations cibles et les thématiques, et en partenariat avec des acteurs locaux pour être au plus proche du terrain et s'appuyer sur l'existant.

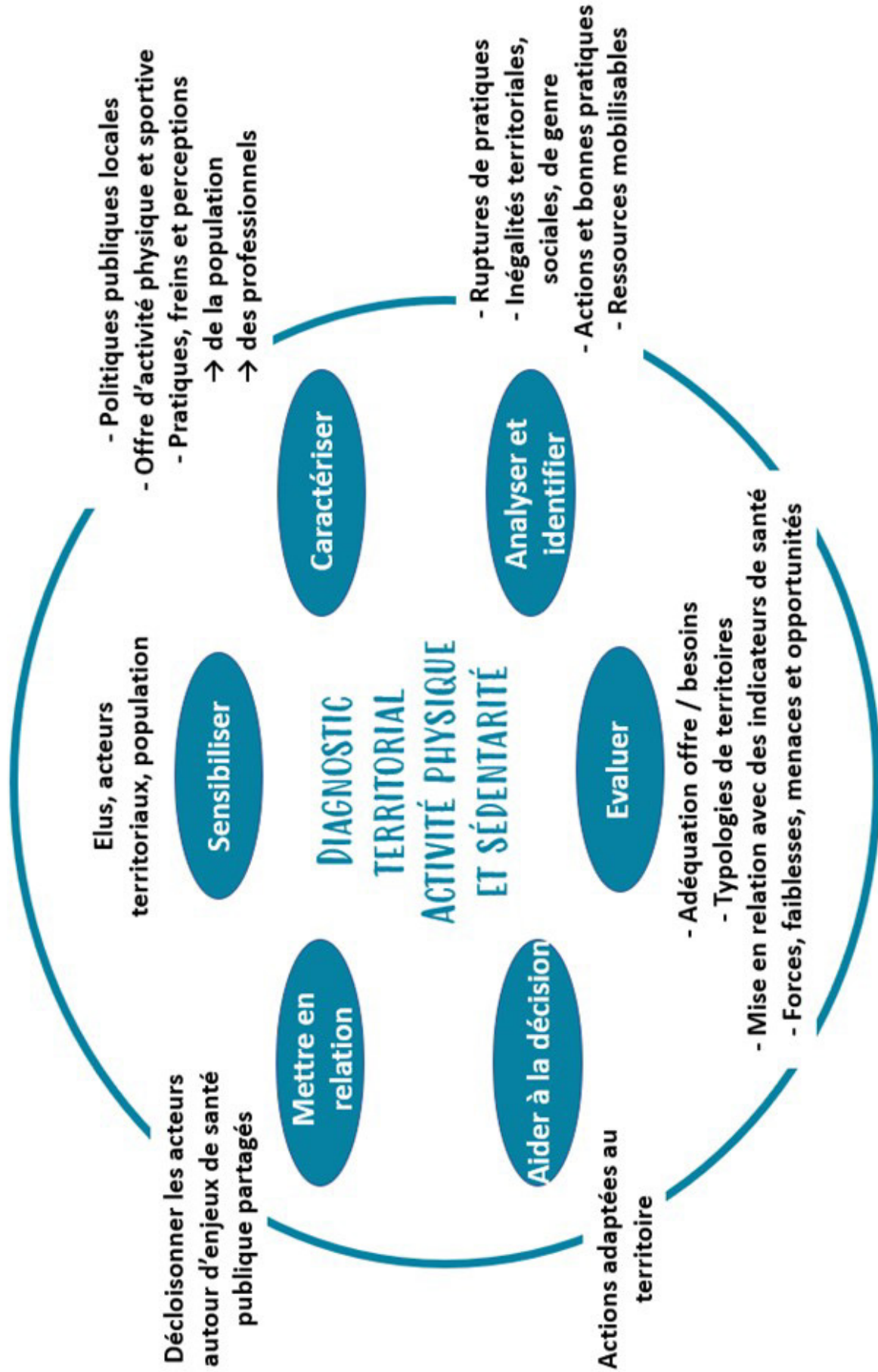
Pour en savoir plus :

www.onaps.fr



La démarche globale du diagnostic en un coup d'œil







S'approprier les enjeux de santé publique liés à l'activité physique et à la sédentarité



Un diagnostic portant sur l'activité physique, la sédentarité et la santé doit reposer sur un constat partagé par les responsables des collectivités locales sur ses enjeux, en particulier les conséquences sur la santé de l'inactivité physique et de la sédentarité. Cette fiche permet de s'approprier les enjeux pour en définir le périmètre et les objectifs.

Définitions

L'activité physique est définie comme « tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques entraînant une dépense énergétique supérieure à celle de repos ». Elle peut être effectuée dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail, pour se déplacer ou lors des activités de la vie domestique (le **sport** n'en représente donc qu'une faible partie). La marche, le vélo, le jeu actif, la pratique sportive, le ménage, le jardinage, le bricolage, sont des exemples d'activités physiques.

L'activité physique est reconnue pour être un déterminant majeur de la santé, ce qui a amené les sociétés savantes à établir des recommandations en activité physique pour un maintien et une amélioration de la santé globale. Pour être en bonne santé, il est ainsi recommandé en France de pratiquer au moins :

- ▶ 3 heures par jour de jeux et d'activités physiques variées pour les enfants de moins de 5 ans.
- ▶ 1 heure par jour d'activité physique dynamique entre 6 et 17 ans, ainsi que des activités stimulant la croissance osseuse deux fois par semaine.
- ▶ 2,5 à 5 heures par semaine (si possible, réparties régulièrement en 1/2 heure à 1 heure par jour) d'activités physiques dynamiques pour les adultes.

L'inactivité physique, est la non-atteinte de ces recommandations.

En plus de ces activités physiques d'endurance, des activités permettant de stimuler la force musculaire, et d'autres permettant de travailler la souplesse et l'équilibre, sont recommandées au moins deux fois par semaine.

La sédentarité est définie comme une « situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique proche de la dépense énergétique de repos en position assise ou allongée ». Elle correspond ainsi au temps passé en position assise ou allongée dans la journée, hors temps de sommeil ; que ce soit sur le lieu de travail ou à l'école, lors des déplacements en transports motorisés, ou lors des loisirs, notamment devant les écrans. Tout comme pour l'activité physique, il existe des recommandations en termes de sédentarité.

On peut donc être physiquement actif, mais sédentaire : ce sont deux enjeux de santé publique distincts.

Impacts sanitaires de l'activité physique et de la sédentarité : deux déterminants majeurs de la santé

L'inactivité physique tue autant que le tabagisme et est responsable de plus de 5 millions de décès par an dans le monde. Son coût social est estimé à 140 milliards d'euros par an en France.



Pratiquer une activité physique quotidienne est bénéfique pour tout le monde, à tous les âges de la vie :

► **Pour la santé :** en diminuant le risque de développer pratiquement toutes les maladies chroniques notamment les plus fréquentes comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, les principaux cancers (sein, colon, utérus...). Associée à une alimentation équilibrée, elle permet de lutter contre l'obésité chez l'enfant comme chez l'adulte.

► **Pour la condition physique :** elle permet l'amélioration de l'endurance, des fonctions respiratoires et cardiaques. Elle augmente la force musculaire. Elle améliore la souplesse, l'équilibre et la coordination.

► **Pour le bien-être :** en améliorant la qualité du sommeil et les capacités cognitives, et en diminuant l'anxiété et les états dépressifs, elle contribue à l'amélioration de la qualité de vie et favorise l'intégration sociale.

L'activité physique a également des bénéfices spécifiques :

► **Chez la femme enceinte,** elle diminue le risque de développer un diabète gestationnel, une dépression post-partum et favorise la perte de poids après l'accouchement.

► **Chez les enfants,** elle participe à l'acquisition du capital osseux, indispensable à la croissance, améliore la concentration et contribue à la réussite scolaire.

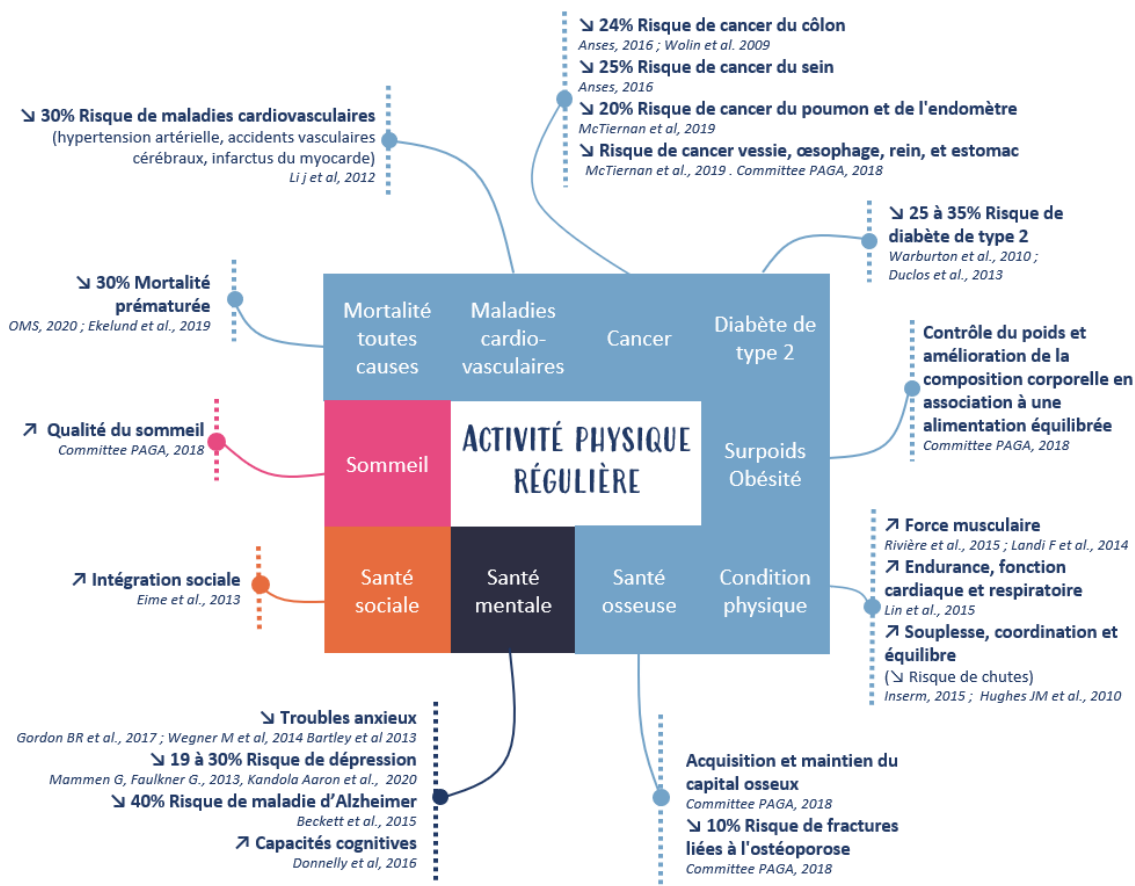
► **Chez les personnes en situation de handicap,** elle est un moyen de rééducation et de réadaptation fonctionnelle et contribue ainsi à la compensation du handicap. Elle améliore le bien-être et renforce l'image de soi.

► **Chez les personnes âgées,** elle prévient les chutes et aide à rester autonome plus longtemps.

L'activité physique est par ailleurs bénéfique quel que soit l'état de santé.

Il est scientifiquement justifié, en prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques, d'associer à la médecine curative la thérapeutique non médicamenteuse que représente la pratique d'une activité physique régulière et adaptée à l'état de santé, dont l'efficacité est prouvée et fait maintenant partie intégrante du parcours de soins de la plupart des maladies chroniques.

L'activité physique est reconnue depuis 2011 comme une thérapeutique non médicamenteuse. Depuis 2016, un cadre législatif permet à un médecin traitant de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical des patients atteints d'une affection de longue durée. En mars 2022, le périmètre de la prescription a été élargi aux patients atteints de maladies chroniques ou présentant des facteurs de risques tels que le surpoids, l'obésité ou l'hypertension artérielle, et aux personnes en perte d'autonomie. La liste des professionnels de santé habilités à prescrire de l'activité physique adaptée a également été élargie aux médecins spécialistes, les kinésithérapeutes pouvant eux renouveler une prescription.





Les comportements sédentaires ont des impacts sanitaires indépendants du niveau d'activité physique.

Le seul fait d'être assis plus de 3h par jour est responsable de 3,8% des décès, toutes causes confondues et indépendamment du niveau d'activité physique. Le risque de mortalité augmente de façon plus marquée lorsqu'il dépasse 7h par jour. La sédentarité est associée à :

- ▶ Un risque 2,5 fois plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire.
- ▶ Un risque 2 fois plus élevé de développer un diabète de type 2.
- ▶ Un risque augmenté de 24% de développer un cancer du côlon, de 32% pour un cancer de l'endomètre, et de 21% pour un cancer du poumon.
- ▶ Une augmentation du risque d'obésité, du risque d'anxiété et de dépression, et avec les écrans, à une perte de concentration chez les élèves.

C'est la raison pour laquelle il faut à la fois diminuer son temps total passé assis et augmenter son niveau d'activité physique quotidienne.

Quelques chiffres clés sur les pratiques

En France, 47% des femmes et 29% des hommes sont physiquement inactifs. Chez les jeunes, 37% des enfants de 6 à 10 ans et 73% des 11-17 ans n'atteignent pas les recommandations de 60 minutes d'activité physique par jour. A l'échelle mondiale, la France se positionne à la 119ème place sur un classement de 146 pays (le 1er pays étant le pays avec les adolescents les plus actifs), alors que la pratique régulière d'une activité physique pendant l'enfance et l'adolescence prédit le niveau de pratique d'activité physique à l'âge adulte.

Les comportements sédentaires sont croissants pour toutes les populations. Seulement 19,3% des garçons et 26,6% des filles de 6-17 ans passent moins de 2 heures par jour devant un écran, suivant ainsi les recommandations nationales en vigueur. Ce pourcentage diminue avec

l'avancée en âge chez les jeunes, pour atteindre 17% chez les 11-14 ans et 8% chez les 15-17 ans. Les adultes passent en moyenne 12 heures par jour assis les jours travaillés et 9 heures par jour assis les jours non travaillés, et 80% passent au moins 3 heures par jour devant un écran hors activité professionnelle.

Deux jeunes sur trois présentent un risque sanitaire préoccupant caractérisé par le dépassement simultané des deux seuils sanitaires : plus de 2 heures de temps d'écran et moins de 60 minutes d'activité physique par jour.

Il existe par ailleurs :

- ▶ Des inégalités marquées entre les sexes qui démarrent dès l'enfance : l'atteinte des recommandations en matière d'activité physique, ainsi que de pratique sportive encadrée, sont moins importantes chez les femmes que chez les hommes.
- ▶ Des inégalités sociales : la durée passée devant un écran, le temps total passé assis ou allongé, et la non-atteinte des recommandations en matière d'activité physique sont globalement plus élevés lorsque le niveau socioéconomique de la personne (ou de son représentant chez les enfants) est plus faible.

Un enjeu de santé publique

Il est alors évident qu'il faut agir dès le plus jeune âge, et faire de l'activité physique et de la diminution des comportements sédentaires des habitudes de vie. Pour toutes ces raisons, la pratique d'une activité physique régulière est devenue :

- ▶ Une priorité majeure de santé publique et un enjeu des organisations internationales et nationales comme l'OMS, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), etc., ce qui a donné lieu à des recommandations.
- ▶ Un axe de développement des politiques de santé et de prévention avec le déploiement de stratégies et de plans nationaux tels que le quatrième Plan National Nutrition Santé (PNNS 4, 2019-2023) et la Stratégie Nationale Sport Santé (2019-2024).

Pour plus d'informations et pour toutes les références scientifiques concernant cette fiche, consulter la page « AP et sédentarité » du site internet de l'Onaps :

onaps.fr



Définir le périmètre, les objectifs, le niveau d'observation, la population cible



Périmètre de compétence

La réalisation d'un diagnostic territorial intervient dans différents cadres et en réponse à des objectifs spécifiques, en particulier :

- ▶ Ce peut-être dans un cadre légal et réglementaire, avec des objectifs et un périmètre préalablement définis.
- ▶ Il peut s'agir d'une volonté politique d'une collectivité locale qui souhaite définir un projet en direction d'une population spécifique et/ou d'une thématique particulière et/ou d'un territoire précis pour lesquels elle dispose de moyens d'actions.

Quel que soit le cadre, un diagnostic territorial doit avoir une finalité, celle d'un projet à partager avec des acteurs. Il peut avoir une dimension globale ou interroger une thématique précise.

Les collectivités concernées peuvent avoir une compétence concernant un public ou peuvent avoir un rôle « d'ensembliser » de politiques publiques locales, qui seront autant de leviers au service de l'enjeu prédéfini. En particulier, la communauté de communes associe des communes en vue d'élaborer un projet commun de développement et d'aménagement de l'espace. Elle dispose de compétences obligatoires, de compétences optionnelles, ainsi que des compétences supplémentaires que les communes lui transfèrent. Ses compétences dans le domaine de l'aménagement de l'espace, de la protection et la mise en valeur de l'environnement, de l'aménagement de voirie, pourront venir appuyer des actions de promotion de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité. La signature de contrats locaux de santé, l'engagement dans des démarches « climat, air, énergie » ou « plans de mobilités » sont également à prendre en compte.

Si un établissement public de coopération inter-

communale (EPCI) a été choisi pour l'expérimentation du premier diagnostic réalisé par l'Onaps, d'autres collectivités peuvent manifester un intérêt pour ces travaux : des départements qui envisagent de définir une politique spécifique sur ce sujet pour les jeunes, des communes qui souhaitent « revisiter » leurs politiques d'aménagement du territoire en prenant en compte l'enjeu de la sédentarité.

L'initiative peut également venir d'un président de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) désireux d'intégrer le sujet de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité aux stratégies et actions de santé prévus dans son projet territorial.

Le choix du périmètre de compétences du porteur de projet est donc très ouvert : il va dépendre de la capacité d'agir, car un diagnostic de cette nature débouche nécessairement sur une priorisation et une programmation d'actions.

Objectifs du diagnostic

Un diagnostic sur l'activité physique, la sédentarité et la santé peut permettre de répondre à des objectifs multiples pouvant intégrer :

- ▶ La **sensibilisation** des acteurs territoriaux et de la population à ces enjeux de santé publique pour créer une culture commune et favoriser les synergies.
- ▶ La **réalisation d'un état des lieux** de l'offre, des actions et des politiques publiques locales en faveur de l'activité physique et/ou de la lutte contre la sédentarité.
- ▶ La **caractérisation des pratiques** de la population et leurs freins, et l'estimation de leur niveau d'activité physique et de sédentarité, avec une attention particulière sur les périodes de rupture à certains moments de la vie et les inégalités territoriales, sociales ou de genre.



- **L'identification de bonnes pratiques et de ressources** (équipements, structures, dispositifs, acteurs et réseaux d'acteurs) pouvant être mobilisées pour la pratique et leurs conditions d'accessibilité.
- **L'évaluation** de l'adéquation entre l'offre et les besoins.
- **La proposition d'actions** adaptées au territoire et partagées par ses acteurs.

Un choix de sources d'informations et d'indicateurs pouvant être utilisés en fonction du périmètre du diagnostic, des objectifs fixés, et des moyens mobilisables, sont présentés dans ce document.

Périmètre géographique et niveau d'observation

Une fois le choix de la collectivité et/ou du porteur de projet territorial fait, la question est posée de la nécessité ou pas de définir le ou les territoires d'observation. Cela va dépendre des thématiques et de la population intégrées dans les objectifs du diagnostic, de la géographie du territoire et des caractéristiques socio-démographiques de la population.

A titre d'exemple, le territoire retenu dans le cadre de l'expérimentation de cette méthode de diagnostic présentait plusieurs composantes, à la fois périurbain et rural, avec des zones d'influence de plusieurs pôles urbains. L'étendue du territoire et sa géographie entraînant des conséquences sur les services à la population et les conditions de desserte routière justifiait une observation fine selon une approche « territoire ». Le choix a été fait de retenir plusieurs zones d'observation, permettant de cartographier les ressources et les acteurs, d'évaluer l'adéquation entre l'offre et les besoins et d'identifier des inégalités territoriales et des leviers d'actions à un niveau fin, et de dégager ainsi des profils de territoires différents.

Le choix du découpage d'un territoire peut s'appuyer sur des critères géographiques, démographiques, sociaux et économiques, et notamment :

- La centralité, c'est à dire la capacité des villes et des centres-bourgs à polariser la population par la concentration d'activités de commerces, de services, et d'employeurs locaux, et à organiser ainsi géographiquement la vie professionnelle et sociale du territoire.
- Le degré de périurbanisation (étalement de la population et d'un certain nombre de fonctions urbaines d'une agglomération sur les communes voisines).

Population cible et approche « parcours »

L'objectif du diagnostic conduit à retenir une ou plusieurs population(s) cible(s). Dans le cadre d'un diagnostic territorial global, l'ensemble de la population, de la période périnatale aux seniors, sera concerné par la démarche. On parlera alors d'une approche « parcours », permettant d'une part de s'intéresser de manière transversale à toutes les tranches d'âge, et d'autre part de repérer des ruptures à certains moments de la vie et des inégalités sociales ou de genre.

Ce diagnostic s'intéresse pour chaque période de la vie aux pratiques, freins et leviers de la population elle-même, des différents professionnels et acteurs qui l'accompagnent, mais aussi, aux équipements, aux actions des associations et des fédérations, aux environnements naturels.

Pour chaque période de la vie, des relais peuvent être mobilisés et des enquêtes par questionnaires et des entretiens peuvent être réalisés.

Publics, thèmes et acteurs potentiellement concernés

Publics	Thèmes d'intérêt	Acteurs potentiels concernés	
Femmes enceintes et petite enfance: 1000 premiers jours	<ul style="list-style-type: none"> • Activité physique et sédentarité de la femme enceinte • Développement de l'enfant et découverte du plaisir de bouger • Prise en compte du développement psychomoteur du nouveau-né dans les pratiques des professionnels de la petite enfance et les aménagements des espaces • Actions pour aller au-devant des parents 	Sages-femmes libérales et hospitalières, services de protection maternelle et infantile, structures d'accueil de la petite enfance, relais petite enfance, associations	
Enfance : 3-11 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de la communauté éducative, programmes, actions, équipements et environnements à l'école et en dehors de l'école • Estimation du niveau d'activité physique et de sédentarité, perceptions et pratiques des enfants 	Ecoles, associations, communes, accueils de loisirs	
Adolescence : 12-18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques de la communauté éducative, programmes, actions, équipements et environnements au collège et dans la commune • Estimation du niveau d'activité physique et de sédentarité, perceptions et pratiques des jeunes 	Collèges, associations, accueils de jeunes	
Jeunes : 19-25 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques, freins et leviers • Evaluation du niveau d'activité physique et de sédentarité 	Missions locales, associations, communes	
Actifs	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques, freins et leviers • Estimation du niveau d'activité physique et de sédentarité • Actions en milieu professionnel 	Entreprises, établissements et administrations	
Personnes avec des problèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Pratiques, freins et leviers • Actions de coordination : repérage, orientation, prescription, mise en place de programmes d'activités physiques adaptées et d'un suivi 	Professionnels de santé, médicaux et paramédicaux libéraux et hospitaliers, maisons départementales des solidarités, associations	
Enfants et adultes en situation de handicap	<ul style="list-style-type: none"> • Actions, pratiques, freins et leviers 	Etablissements et services médico-sociaux (cf. fiche indicateurs 2)	
Seniors	<ul style="list-style-type: none"> • Actions, pratiques, freins et leviers • Estimation du niveau d'activité physique et de sédentarité pour les personnes à domicile 	Etablissements (EHPAD, hôpital local), centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), associations	



Recenser, sensibiliser et mobiliser des partenaires



S'entourer d'experts scientifiques à définir au préalable

En fonction des objectifs de chaque diagnostic, il conviendra de définir les besoins d'expertise et de privilégier les ressources de chaque territoire.

A titre d'exemple, dans le cadre de l'expérimentation menée, l'Onaps s'est entouré de plusieurs partenaires scientifiques de façon à bénéficier de compétences spécifiques à certains domaines :

- ▶ Une équipe composée d'experts (universitaires, professionnels de santé...) et d'étudiants (en médecine, santé publique, sciences de l'éducation) pour un appui à la réalisation des différents outils utilisés pour le recueil de données (questionnaires, grille d'entretien, cas cliniques).
- ▶ La Chaire universitaire Santé et Territoires (Université Clermont Auvergne) pour l'analyse du territoire et la cartographie de l'offre et des besoins.
- ▶ L'observatoire régional de santé (ORS) pour la mise en lien des données de santé locales avec celles de l'activité physique et de la sédentarité.
- ▶ Le service statistique du CHU de Clermont-Ferrand pour un appui dans l'analyse des données.

Identifier un ou plusieurs élu(s) référent(s) et sensibiliser sur le champ du diagnostic

Les présidents de communautés de communes et/ou les maires, selon le périmètre géographique), et plus largement les élus du territoire, sont des partenaires essentiels pour que le diagnostic puisse déboucher sur des actions.

La sensibilisation des élus peut être réalisée de différentes manières, mais le message initial le plus déterminant pour la suite des travaux est de préciser le champ : la sédentarité et l'activité physique, sur lequel de nombreux

leviers sont mobilisables. Si la question des équipements sportifs ne doit pas être évacuée, il est nécessaire de préciser qu'elle n'est pas le principal sujet d'étude.

A titre d'exemple, la sensibilisation des élus peut passer par :

- ▶ Des **entretiens individuels** pour présenter les enjeux pour la population, les résultats attendus du diagnostic, la méthode utilisée. C'est au cours du premier entretien que sera identifié la présence ou non d'un élu en charge d'un mandat le plus en lien avec le diagnostic : élu en charge des loisirs et des sports, de l'enfance et la jeunesse, de la santé, de l'urbanisme...
- ▶ La **participation à une réunion du conseil communautaire ou du conseil municipal**, évitant ainsi d'organiser une réunion dédiée supplémentaire, les élus étant déjà très sollicités.
- ▶ L'organisation conjointe d'une **conférence-débat** avec l'Onaps ou un membre de son conseil scientifique, et/ou en s'appuyant sur des experts locaux.
- ▶ La diffusion d'une **note pédagogique** courte et/ou d'un article de presse sur le diagnostic, à diffuser à tous les élus du territoire avec le concours d'un élu déjà sensibilisé au sujet : les collectivités pourront ainsi reprendre à « leur compte » le diagnostic et faire une diffusion auprès d'autres élus et auprès de leurs agents. Les collectivités locales ont leurs propres canaux de communication qu'il faut utiliser le plus possible.

Après la phase de sensibilisation, des compte-rendus réguliers sur l'état d'avancement doivent être réalisés, en privilégiant autant que possible les moyens de communication et les instances existantes au sein de la collectivité locale.

Mobiliser des acteurs du territoire pour jouer le rôle de relais auprès des habitants



Le projet est réalisé pour les habitants, leur bien-être et leur santé. Avant de les associer, il est d'abord nécessaire d'identifier des relais (cf. fiche méthode 4), de les sensibiliser sous un format à adapter au territoire, et de les mobiliser en mettant à disposition des supports d'information les plus simples et concrets possibles inspirés de la littératie physique¹ (affiches et infographies par exemple). Ces relais feront ainsi l'information la plus adaptée en fonction de leurs publics.

A titre d'exemple, la sensibilisation des relais peut passer par une participation à un comité de suivi, des réunions d'information, des contacts individuels, un événement à l'initiative des acteurs du territoire, ou encore une invitation à une conférence-débat.

L'apport de la commune et/ou de la communauté de communes peut être déterminant pour bénéficier de contacts individuels : connaissance de personnes « ressources », fichier d'adresses électroniques...

Une fois cette sensibilisation faite, la population peut être associée plus largement par la participation à des questionnaires (perceptions sur l'offre, les freins et les leviers à la pratique, estimation du niveau d'activité physique et de sédentarité...) et/ou à des réunions.

Un retour d'informations devra être réalisé : articles de presse, réunions locales de restitution, avec les pistes d'actions envisagées.

Associer les institutions au démarrage du projet pour un pilotage et un suivi efficaces

Au démarrage, de la même façon qu'avec les élus, il est nécessaire d'aller à la rencontre des institutions pour présenter le projet, et dans certains cas solliciter l'appui de conseillers et d'experts. Les principales institutions concernées sont :

- ▶ La délégation régionale académique à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (**Drajes**).
- ▶ Le service départemental à la jeunesse, à l'engagement et aux sports (**SDJES**).
- ▶ L'agence régionale de santé (**ARS**) et s'il existe sur le territoire, le coordinateur du Contrat local de santé.
- ▶ Le rectorat et/ou la Direction des services départementaux de l'Éducation nationale (**DSDEN**).
- ▶ Le **conseil départemental et le conseil régional**.

Un courrier et/ou une rencontre individuelle sont préconisés, en fonction du périmètre du diagnostic, en veillant à bien identifier le champ de compétence du partenaire pour être le plus concret possible.

Ainsi, concernant le rectorat, il peut être intéressant d'aborder le sujet des écoles promotrices de santé et de rencontrer les acteurs chargés de leur pilotage au sein du rectorat et/ou sur le territoire. Concernant l'activité physique et sportive, l'inspection régionale (collèges et lycées) et départementale (écoles primaires) dispose d'experts (inspecteurs et

conseillers pédagogiques) et d'un réseau d'associations agréées pour intervenir au sein des établissements (Union sportive de l'enseignement du premier degré (USEP), Union nationale du sport scolaire (UNSS), Union générale sportive de l'enseignement libre (UGSEL)).

Mettre en place un comité de suivi / de pilotage

Un comité de suivi peut être constitué de façon à associer les acteurs locaux et les représentants des institutions lors des différentes étapes du projet.

Exemple de composition du comité de suivi :

- ▶ Des représentants techniques des collectivités locales et des institutions citées ci-dessus.
- ▶ Des représentants d'agences dans les domaines de l'environnement, de l'urbanisme, du développement économique, du conseil d'architecture.
- ▶ Les experts territoriaux associés.
- ▶ Des représentants des acteurs du milieu sportif, éducatif et de la santé.
- ▶ Le coordinateur du Contrat local de santé s'il en existe.
- ▶ Des associations de patients présentes sur le territoire et/ou des représentants d'usagers membres d'associations intervenant sur le territoire.

Aux deux moments clés du projet, à son démarrage et lors des conclusions, un comité de pilotage peut être réuni avec la présence des institutions. De même, la participation à une instance existante sur le territoire avec les élus concernés par le projet (conseil communautaire, conseil municipal...) peut s'avérer très utile pour favoriser une bonne appropriation des conclusions, un débat et une priorisation des projets sur le territoire.

Mobiliser des groupes de travail spécifiques

A certaines étapes du diagnostic, en particulier lorsque les premières recommandations se dégagent, il peut être intéressant de mettre en place un ou plusieurs groupes de travail. Composé de partenaires concernés par le sujet spécifique, par exemple le développement de l'activité physique sur prescription avec la présence de professionnels de la santé ou le développement de l'activité physique en milieu professionnel avec la présence d'employeurs. Ces groupes de travail approfondiront les éléments du diagnostic et les leviers pour passer du diagnostic à l'action.

¹La littératie physique se définit par la motivation, la confiance, la compétence physique, le savoir et la compréhension qu'une personne possède et qui lui permettent de valoriser et de prendre en charge son engagement envers l'activité physique pour toute sa vie (International Physical Literacy Association, 2014) : <https://litteratiophysique.ca/litteratie-physique/>



Planifier la communication à chaque étape : avant, pendant, et après le diagnostic

La communication est réalisée à différentes échelles : en interne auprès des partenaires du projet (membres du comité de suivi / de pilotage) à différents moments clés du projet (démarrage, conclusion, et à une ou plusieurs étapes intermédiaires) ; et en externe auprès du grand public. Elle doit être planifiée en amont du diagnostic et concerner toutes les étapes du projet.

L'appropriation des enjeux et de la méthodologie du diagnostic au fur et à mesure de l'avancée du projet va permettre de créer une culture commune autour des enjeux de santé publique partagés liés à l'activité physique et à la sédentarité, de décloisonner les acteurs territoriaux, et de les mobiliser collectivement pendant et en aval du diagnostic.

En amont du diagnostic

Elle permet d'informer les élus, les acteurs, et la population du territoire sur la démarche engagée, ses enjeux, ses objectifs, sa méthode, les résultats attendus, et de les sensibiliser aux enjeux de santé publique liés à l'activité physique, l'inactivité physique, et la sédentarité. Elle permet d'identifier des partenaires « référents » (élus, professionnels) pouvant jouer le rôle de relais sur les différentes étapes du diagnostic.

Cette information et cette sensibilisation peuvent passer par différents formats qui sont à adapter au territoire et aux interlocuteurs :

- ▶ La participation à une réunion du conseil communautaire ou du conseil municipal.
- ▶ Des contacts individuels, notamment auprès de certains élus, institutionnels, et de personnes ressources du territoire.
- ▶ La diffusion d'un courrier ou d'une note pédagogique synthétique.
- ▶ La demande de participation à un comité de suivi ou à un comité de pilotage du diagnostic pour les personnes ressources du territoire et les représentants des services déconcentrés de l'Etat.
- ▶ L'organisation d'une conférence-débat pour les acteurs et la population du territoire, avec l'appui éventuel d'experts locaux.
- ▶ La diffusion d'affiches ou d'infographies s'inspirant de la littérature physique pour donner des éléments d'aide à la compréhension des enjeux de santé publique et des enjeux du diagnostic.

Pendant le diagnostic

Elle permet d'intégrer les acteurs locaux et les habitants dans une démarche participative de collecte d'informations quantitatives et qualitatives. Une bonne communication va déterminer une bonne participation. Des listes de diffusion peuvent être élaborées avec l'appui des partenaires et des élus territoriaux.

Des compte-rendus réguliers sur l'état d'avancement doivent être réalisés auprès des partenaires principaux, en privilégiant autant que possible les canaux de communication de la collectivité.

En aval du diagnostic

Elle permet une restitution des principaux résultats et enseignements du diagnostic aux partenaires territoriaux (comité de suivi et/ou comité de pilotage), notamment aux élus et aux institutions, préalablement à la mise en place d'actions.

Plusieurs formats complémentaires peuvent être utilisés :

- ▶ Les résultats et recommandations doivent être présentés oralement et débattus par les membres du comité de suivi / de pilotage, en intégrant les acteurs pouvant être mobilisés dans les pistes d'actions envisagées. Afin de ne pas décourager les parties prenantes et de poursuivre la mobilisation collective des acteurs territoriaux, il faut veiller à valoriser les bonnes pratiques et les atouts du territoire, et non pas seulement les points faibles et les freins.
- ▶ La participation à une instance existante sur le territoire avec les élus peut favoriser une bonne appropriation des conclusions, un débat et une priorisation des projets sur le territoire.
- ▶ Un rapport complet du diagnostic doit être restitué aux principaux partenaires. Il est recommandé de le rendre public pour une bonne appropriation des acteurs. Une synthèse peut être communiquée plus largement aux différentes parties prenantes (professionnels, habitants, presse locale).
- ▶ Un retour d'informations doit être fait à toutes les personnes ayant participé au diagnostic, de manière adaptée au degré d'implication, accessible à tous, et en tenant compte des moyens de communication de la collectivité territoriale : envoi du rapport ou de sa synthèse, courrier de remerciement, séance de restitution du diagnostic.



1 - Quelles sources d'informations utiliser ?

Combiner les approches et mobiliser les expertises



Des sources d'informations complémentaires

La méthode de recueil de l'information dans le cadre de la réalisation d'un diagnostic territorial sur l'activité physique et la sédentarité repose idéalement sur une combinaison d'approches qualitatives et quantitatives qui va dépendre des objectifs fixés et des publics ou thématiques à prioriser. Un diagnostic territorial sur l'activité physique, la sédentarité et la santé peut intégrer quatre principales démarches complémentaires.

L'analyse des ressources documentaires des territoires

Elle permet en début de diagnostic de repérer les principales ressources et d'avoir une première vue d'ensemble sur les problématiques en lien avec l'activité physique et sportive et la sédentarité sur le territoire, en rassemblant des informations déjà recueillies, mais aussi en analysant les documents de planification pouvant intégrer des politiques favorables à l'activité physique et/ou à la lutte contre la sédentarité, à l'échelle régionale, départementale et locale.

→ [Fiche indicateur 5](#)

L'analyse des données existantes à l'échelle du territoire

Elle permet en début de diagnostic de décrire le territoire concerné par le diagnostic, les caractéristiques socio-démographiques de sa population, son état de santé, ses déplacements, et les services dans les domaines de l'offre de soins, de l'accompagnement social et médico-social, de l'emploi, de l'éducation.

→ [Fiches indicateurs 1, 2, 3, 4](#)

Elle permet ensuite, à partir de bases de données existantes, de produire des indicateurs territoriaux concernant l'activité physique et sportive et la sédentarité, comparables à d'autres zones/échelles géographiques. Ces indicateurs peuvent concerner :

- ▶ L'offre d'activité physique et sportive : équipements sportifs, clubs sportifs, associations sportives et de loisirs, aménagements en faveur des déplacements à pied et à vélo, que ce soit dans un cadre de loisirs ou utilitaire.
- ▶ Les pratiques : licences au sein de fédérations sportives, utilisation des mobilités actives dans le cadre des déplacements domicile-travail.

→ [Fiches indicateurs 7, 9, 11, 12, 13](#)

La collecte d'informations complémentaires par questionnaires

Elle permet de mesurer et d'objectiver les pratiques et les perceptions d'un échantillon représentatif d'une population ou de professionnels ciblés autour des enjeux liés à l'activité physique et à la sédentarité.

Cela peut concerner notamment l'estimation des niveaux d'activité physique et de sédentarité de la population du territoire, leurs freins et motivations à la pratique d'activité physique et sportive et la perception et la caractérisation de cette pratique (lieux, type, fréquence, encadrement...), de manière à identifier les déterminants de cette pratique, des périodes de rupture et des inégalités territoriales, sociales ou de genre.

Cela peut également concerner, comme c'était le cas dans la méthodologie utilisée sur le territoire d'expérimentation, les pratiques enseignantes en matière de développement de l'activité physique et de réduction de la sédentarité des enfants et adolescents.

Des questionnaires permettent également d'obtenir



des informations complémentaires auprès d'acteurs du territoire, par exemple pour mieux caractériser les équipements sportifs et leur utilisation, ou pour décrire l'offre d'activités physiques et sportives proposées par les associations du territoire et leur accessibilité aux différents publics.

→ [Fiches indicateurs 8, 10, 14, 15, 16, 17](#)

La collecte d'informations complémentaires par entretiens avec des personnes ressources ou des habitants du territoire

Elle permet d'interpréter les informations obtenues par les approches quantitatives, d'explorer des champs complémentaires sur les représentations et les pratiques, et d'approfondir la connaissance des partenariats entre les acteurs du territoire ou encore l'identification de bonnes pratiques, tout en mobilisant en parallèle les acteurs territoriaux.

Parmi les professionnels concernés par ces entretiens, on peut citer les élus, les professionnels de l'activité physique et sportive, de la santé, de l'éducation, de la petite enfance, de l'accompagnement aux personnes vulnérables, des entreprises, le coordinateur du Contrat local de santé, le chef de projet du schéma directeur des mobilités actives, du plan climat-air-énergie territorial (PCAET), etc.

→ [Fiches indicateurs 6, 18, 19, 20](#)

Une expertise collective pluridisciplinaire

En plus de la capacité à mobiliser des acteurs pluridisciplinaires d'un territoire autour d'enjeux de santé publique et de compétences dans la conduite de projet, la réalisation d'un diagnostic territorial nécessite des expertises spécifiques qui font appel à du personnel qualifié et formé : construction d'outils de recueil d'informations (questionnaires, guides d'entretiens), techniques d'entretiens, analyse et synthèse d'informations, statistiques, cartographie... En fonction des objectifs du diagnostic, il convient alors en amont de définir les besoins d'expertise et de privilégier les ressources de chaque territoire.

Quelles que soient les méthodes utilisées, il est indispensable de s'appuyer sur des partenaires et des relais locaux (élus, professionnels du territoire dans les champs concernés par le diagnostic, services déconcentrés de l'Etat...) et de décloisonner ces acteurs autour d'enjeux de santé publique partagés. Cette mobilisation permet de bénéficier d'une connaissance fine des différents acteurs du territoire, de la mise à disposition de documents de planification, de relais auprès de la population ciblée, et de partager à différentes étapes l'avancement et les conclusions du diagnostic, pour qu'il débouche sur des actions concrètes.



1 - Quelles sources d'informations utiliser ?

Intégrer les principes et la méthodologie des approches quantitatives



Objectifs et apports

Cette approche a un objectif de quantification à partir de la collecte d'informations complémentaires à l'analyse des données territoriales et des ressources documentaires existantes. Elle permet de mesurer et d'objectiver les pratiques et les perceptions d'un échantillon de la population ou de professionnels autour des enjeux liés à l'activité physique et à la sédentarité. Elle peut éventuellement aussi être une base pour l'évaluation d'actions mises en œuvre, sur un temps ultérieur.

Type de recueil

Elles reposent sur des enquêtes par questionnaire auprès d'un échantillon de personnes représentatif de la population ciblée. Un appui sur des partenaires ou des relais locaux est recommandé afin de faciliter la communication sur l'enquête et de permettre la participation de la population ciblée.

Population cible

Elle est déterminée en fonction des objectifs du diagnostic, et peut concerner la population générale, de manière large ou ciblée (jeunes, personnes âgées...) ou des acteurs du territoire (associations, communes, professionnels, représentants d'usagers...). La compréhension et l'accès à un questionnaire ne sont en principe pas adaptés à l'ensemble de la population générale, et il peut être pertinent en fonction des objectifs fixés d'en réaliser plusieurs différents. C'est le choix qui a été fait sur le territoire de l'expérimentation menée par l'Onaps, qui a intégré des questionnaires auprès de la population générale adulte, de publics scolaires, mais également d'associations et de représentants des différentes communes du territoire.

Le nombre de personnes à enquêter étant indépendant de la taille de la population source, les enquêtes ne visent pas à être exhaustives, mais à avoir un échantillon représentatif de cette population et correspondant à la précision souhaitée, c'est-à-dire à la marge d'erreur qu'on accepte.

S'il n'existe pas de liste à partir de laquelle il est possible d'extraire un échantillon, la méthode consiste à déterminer des indicateurs dont on connaît la distribution dans la population source (âge, sexe, catégorie socio-professionnelle...), et à respecter ces distributions dans l'échantillon de personnes répondantes au questionnaire. Pour cela, il est possible de réajuster au fur et à mesure de la phase de recueil en remobilisant des relais ciblés sur certaines populations. C'est le choix qui a été fait sur le territoire d'expérimentation. Dans le cas contraire, d'autres méthodes d'enquête peuvent être utilisées (tirages au sort au sein de la population source ou de groupes homogènes de populations).

Outils

Cette approche est basée sur des questionnaires, qui peuvent être déjà validés scientifiquement (exemple : ONAPS-PAQ pour l'estimation du niveau d'activité physique et de sédentarité), ou construits pour répondre aux objectifs fixés par le diagnostic. La construction de chaque questionnaire est guidée par les objectifs fixés par l'enquête.

Un questionnaire peut :

- **Être auto-administré.** En fonction des ressources dédiées au diagnostic, et à la condition que les questions soient bien claires, cette solution plus

économique peut être privilégiée dans la majorité des cas pour les professionnels et les habitants dans le cadre d'un diagnostic territorial. Une enquête en ligne permet un accès facile au questionnaire, une réponse en plusieurs fois selon le rythme de chacun, et une extraction informatisée des réponses qui facilite leur traitement. Elle ne nécessite pas de temps de saisie de questionnaires, contrairement à d'autres méthodes (envoi par courrier...). Cette solution, qui est la plus facile à mettre en place, a en revanche quelques limites puisqu'elle n'est pas accessible à certaines personnes (non équipées d'une connexion internet, illettrés, déficients visuels...). C'est la solution qui a été utilisée dans le cadre de l'expérimentation menée par l'Onaps.

- ▶ **Faire appel à des enquêteurs pour administrer le questionnaire** (par téléphone ou en face à face). Ces derniers doivent être formés pour ne pas influencer les réponses et limiter les biais. Cette solution a un certain coût qui oriente souvent vers la première solution, sauf si la population cible a certaines spécificités (illettrée, situation de précarité, situation de handicap, institutionnalisée...).

Une démarche de conformité au respect des données individuelles doit systématiquement être mise en œuvre, avec une information transparente sur la finalité et le traitement des informations (cf. fiche méthode 10).

Avant d'être diffusé à une échelle large, le questionnaire doit être testé dans les conditions réelles auprès de quelques personnes pour vérifier la bonne compréhension des questions, la fluidité et la durée du questionnaire.

La qualité des données collectées dépend de celle du questionnaire, surtout si ce questionnaire est auto-administré. D'une manière générale dans le cadre d'un diagnostic territorial, il est préconisé de structurer les questionnaires par thématique, d'adapter leur longueur et les formulations à la population cible et au mode de recueil, et d'utiliser majoritairement des questions fermées pour faciliter les analyses.

Ressources nécessaires

Plusieurs expertises sont indispensables pour les différentes phases de la réalisation d'une enquête par questionnaire :

- ▶ Des connaissances sur les méthodes de construction de questionnaires et les outils adaptés.
- ▶ Si le questionnaire est administré en ligne, il nécessite la connaissance d'outils de recueil de données adaptés (exemple : LimeSurvey®). L'utilisation d'outils de type Google Forms, transférant des données en-dehors de l'Union Européenne contrairement au règlement européen, est à proscrire.
- ▶ Une expertise ou un appui en statistique (choix de la taille de l'échantillon à enquêter en fonction de la précision souhaitée, redressement éventuel des données pour garantir une bonne représentativité de l'échantillon vis-à-vis des critères retenus, analyses statistiques...).

Analyse

Ces méthodes requièrent des compétences et expertises spécifiques en statistiques qui doivent faire appel à du personnel qualifié. Un plan d'analyse permettant de répondre aux objectifs de l'enquête doit être conçu dès la construction du questionnaire. Il doit permettre de réaliser différentes analyses sur les données collectées en fonction des objectifs fixés : répartition des réponses pour chacune des questions, liens entre les différentes variables par des tests statistiques, analyses factorielles...



1 - Quelles sources d'informations utiliser ?

Intégrer les principes et la méthodologie des approches qualitatives



Objectifs et apports

Les enquêtes qualitatives sont complémentaires aux données collectées par des approches quantitatives, en permettant :

- ▶ D'interpréter et comprendre les informations obtenues par des approches quantitatives.
- ▶ De repérer des récurrences de pratiques ou de représentations.
- ▶ D'identifier les actions et les ressources existantes sur le territoire, les partenariats ou les volontés de travailler en partenariat.
- ▶ D'explorer des champs peu étudiés et non quantifiables.
- ▶ De mobiliser des acteurs autour de la démarche de diagnostic.

Type de recueil

Plusieurs types de recueil par entretien sont possibles et se différencient par le niveau d'intervention laissé par l'enquêteur à la/les personnes interviewées (entretiens non-directifs, semi-directifs, et directifs).

Les entretiens semi-directifs apparaissent les plus appropriés à un diagnostic territorial sur l'activité physique et la sédentarité. Ils permettent de recueillir des informations, grâce à des relances, sur des thèmes préalablement établis dans un guide d'entretien structurant. Les entretiens peuvent aborder les thèmes inclus dans le guide d'entretien sans ordre prédéfini à l'avance, au fur et à mesure du déroulement de l'entretien, ou de manière plus structurée selon des grandes parties (pratiques, perceptions...).

Les entretiens peuvent être individuels ou collectifs, chacun ayant ses avantages et ses inconvénients, et doivent être adaptés au contexte local et aux moyens dédiés.

Des observations de terrain peuvent éventuellement venir enrichir le diagnostic, afin de confirmer ou nuancer les témoignages collectés lors des entretiens.

Population cible

Deux types de personnes peuvent être interviewées :

- ▶ **Des professionnels / personnes ressources du territoire** œuvrant dans des domaines pouvant impacter l'activité physique de manière directe ou indirecte de la population d'intérêt locale doivent être identifiés au préalable (élu, professionnels dans les domaines de l'activité physique, de la santé, du social, médico-social, de la petite-enfance, etc., cf. fiche méthode 4). Le nombre de personnes ressources à interviewer peut varier en fonction de la taille du territoire concerné par le diagnostic, de la prise en compte de thématiques ou de populations ciblées, et des moyens dédiés et du calendrier du diagnostic. Leur choix doit permettre d'englober la diversité des personnes ressources en considérant les domaines et la population considérés d'une part, et les enjeux territoriaux d'autre part, sans être exhaustif. En revanche, plus le niveau géographique du territoire est fin, plus il sera nécessaire de tendre vers cette exhaustivité. Compte tenu des profils variés des professionnels pouvant être interviewés et des contraintes dans le cadre professionnel, des entretiens individuels permettant d'approfondir les thématiques sont préférables, sauf si les personnes font partie d'une même structure.

► **Des habitants** : en fonction du périmètre géographique sur lequel porte le diagnostic, des entretiens avec la population peuvent apporter des informations sur leur vécu de manière complémentaire à celles obtenues auprès des professionnels. Il est alors nécessaire de s'appuyer sur des relais locaux et de personnes ressources pour entrer en contact avec les habitants, constituer un panel d'habitants variés et les mobiliser autour de la démarche. Des entretiens collectifs de 6 à 10 personnes sont préférables, pour favoriser les échanges et faire émerger des idées tout en optimisant le temps dédié à la conduite d'entretiens. Cette méthode peut rencontrer plusieurs difficultés méthodologiques, notamment si le périmètre géographique est important, notamment celle de trouver des habitants aux profils diversifiés. Ce choix n'a pas été fait lors de l'expérimentation de diagnostic menée par l'Onaps.

Outils

Quel que soit leur type, les entretiens doivent s'appuyer sur un **guide d'entretien** comportant les différentes thématiques et questions à aborder concernant les perceptions, les pratiques, et les leviers d'actions pour favoriser la pratique d'activités physiques et la lutte contre la sédentarité.

Ce guide n'est pas un questionnaire, il constitue un support pour orienter l'entretien et obtenir les informations listées dans le guide. Le rythme, la verbalisation et l'ordre des thématiques est à adapter en situation réelle. Il doit servir d'aide-mémoire pour les différentes thématiques à aborder lors de l'entretien, qui ne sont pas forcément abordées dans l'ordre défini dans le guide d'entretien, mais plutôt au fur et à mesure du discours de la personne enquêtée. En revanche, des relances doivent être effectuées si toutes les thématiques ne sont pas abordées de manière spontanée.

Une partie introductive rappelant l'objectif du diagnostic sur l'activité physique et la sédentarité et le choix des personnes ressources interviewées doit précéder l'entretien. Elle doit également permettre d'indiquer aux personnes la confidentialité sur les informations recueillies et sur leur restitution, et de les informer sur le retour d'information qui en sera fait.

Ressources nécessaires

Les entretiens qualitatifs doivent s'appuyer sur l'expertise de professionnels formés à ces techniques, tant sur la réalisation des entretiens que sur leur analyse.

En moyenne, un entretien individuel dure entre 45 minutes et 1 heure (selon le temps alloué par la personne interviewée). Un entretien collectif dure généralement entre 1h30 et 2 heures.

Afin de garantir une restitution la plus fidèle des propos des personnes interviewées, il est préférable que les entretiens soient enregistrés, puis retranscrits intégralement. Il faut pour cela avoir leur accord (cf. fiche méthode 10). Pour une exploitation complète et une analyse approfondie des données recueillies, la retranscription de 45 minutes d'entretien prend au minimum une demi-journée.

Selon les ressources dédiées, une prise de notes la plus exhaustive possible permet un gain de temps, mais nécessite de réaliser les entretiens à deux personnes, l'une ne s'occupant que de la prise de notes des propos, sans les résumer. La prise de notes peut être sécurisée par un enregistrement, permettant si besoin de retranscrire partiellement les propos de la personne interviewée.

Analyse

Chaque entretien effectué doit être découpé et recomposé selon les différentes thématiques et les questions définies dans le guide d'entretien. Les récurrences et les divergences de pratiques et de représentations rencontrées dans les différents entretiens sont étudiées de manière transversale. L'ensemble des entretiens fait ensuite l'objet d'une synthèse.

Quelle que soit la méthode utilisée, il est indispensable de respecter l'anonymisation des propos des enquêtés, notamment les verbatims des professionnels lorsque le périmètre géographique est restreint.



1 - Quelles sources d'informations utiliser ?

Respecter la protection des données individuelles et certains principes déontologiques



Le règlement général sur la protection des données

Les données recueillies lors d'un diagnostic territorial peuvent être :

- ▶ **Anonymisées** : elles ne permettent pas l'identification d'une personne, et ne sont pas soumises à la réglementation sur la protection des données personnelles.
- ▶ **Pseudonymisées** : ce sont des données à caractère personnel qui ne peuvent plus directement être attribuées à la personne concernée, mais le recours à des informations supplémentaires, par exemple une table de correspondance, permet de réidentifier cette dernière. Dans ce cas, la réglementation sur la protection des données personnelles s'applique.

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) impose certaines obligations lorsqu'il implique un traitement de données à caractère personnel, c'est-à-dire des informations se rapportant à une personne physique pouvant être identifiée, directement ou indirectement. C'est le cas pour les données à caractère personnel utilisées pour diffuser des enquêtes (adresses mail, numéros de téléphone...), la collecte de données à caractère personnel via des enquêtes ou des enregistrements, l'analyse, la conservation et la réutilisation, quel que soit le support utilisé, informatisé ou non. Parmi les données à caractère personnel, certaines sont dites « sensibles », comme les données de santé.

Afin de mener à bien un diagnostic territorial, il est nécessaire de mettre en place un processus pour être aux normes. Chaque responsable du traitement, c'est-à-dire la personne, l'autorité publique ou l'organisme qui

détermine la finalité et les moyens du traitement mis en œuvre, a l'obligation de documenter les traitements de données personnelles et de tenir à jour un registre qui précise notamment : sa finalité, les catégories de personnes et catégories de données concernées, les destinataires des données, l'utilisation des données, leur conservation et les droits des personnes concernées.

Dans le cas de l'intervention d'un sous-traitant pour le traitement de données personnelles pour le compte, sur instruction et sous l'autorité d'un responsable de traitement, il doit présenter des garanties adaptées pour assurer la sécurité et la confidentialité des données, précisées dans un contrat qui lie le responsable de traitement et le sous-traitant.

Les principes relatifs au traitement des données appliqués au diagnostic territorial

Concernant les enquêtes, les entretiens et les analyses pouvant être menés dans le cadre d'un diagnostic territorial, le responsable du diagnostic doit systématiquement justifier les points suivants :

- ▶ La finalité du traitement des informations correspond à l'objectif fixé dans le cadre du diagnostic.
- ▶ Les données collectées sont toutes pertinentes et corrélées aux objectifs.
- ▶ Le traitement des données est transparent (finalité du traitement, nom et coordonnées du responsable du traitement, durée de conservation...) auprès des personnes concernées par le diagnostic.
- ▶ Toutes les personnes enquêtées/interviewées

donnent leur consentement pour que leurs données soient traitées.

- ▶ Des dispositions ont été prises pour protéger les données et empêcher qu'elles soient détournées, réutilisées à des fins non prévues, pour respecter l'intégrité et la confidentialité des données.

- ▶ Les données seront conservées pour une durée limitée et prédéfinie en fonction de la finalité du traitement (exemple : un an pour l'expérimentation menée par l'Onaps).

Exemples d'actions à engager pour le traitement des données (non-exhaustives)

Pour chaque personne enquêtée ou interviewée dans le cadre du diagnostic :

- ▶ Diffuser une information sur le traitement, la finalité, l'utilisation des données, la durée de conservation, de manière transparente et facilement accessible (au début des questionnaires, en début de chaque entretien...).

- ▶ Envoyer un courrier ou un mail expliquant les objectifs de la démarche avant chaque entretien avec des professionnels et des élus.

- ▶ Rendre possible l'accès à ses données, l'opposition à leur utilisation, leur rectification et leur effacement.

- ▶ Demander une autorisation d'enregistrement pour les entretiens, avec réponse écrite (un mail suffit).

- ▶ Retranscrire de manière fidèle les propos tenus par les personnes interviewées, qui sont en droit de demander une restitution de la synthèse de leurs interviews.

- ▶ Respecter l'anonymat des personnes enquêtées.

- ▶ Conserver les données, les enregistrements et les retranscriptions d'entretiens sur un serveur sécurisé, pendant une période définie (exemple : un an).

- ▶ Ne pas utiliser d'outils gratuits de type Google Forms transférant les données en-dehors de l'Union Européenne.

Le site internet de la CNIL permet de trouver des exemples de mentions d'informations : <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-exemples-de-mentions-dinformation>

Autres principes déontologiques

Au-delà de la protection des données individuelles, les acteurs d'un diagnostic doivent veiller au respect de certains principes déontologiques :

- ▶ Informer toutes les personnes mobilisées sur les objectifs du diagnostic et son déroulement.

- ▶ Ne pas stigmatiser certaines populations.

- ▶ Demander un accord parental pour le recueil d'informations provenant de mineurs.

- ▶ Restituer les conclusions du diagnostic à toutes les parties prenantes du diagnostic, y compris les personnes enquêtées ou interviewées.

- ▶ Ne pas axer les conclusions du diagnostic seulement sur les faiblesses et les freins, mais aussi sur les points forts et les bonnes pratiques, afin de ne pas mettre en difficulté les acteurs du territoire.



Caractéristiques socio-démographiques de la population cible



Description

Les comportements sédentaires (temps total passé assis, durée passée devant un écran) et la non-atteinte des recommandations en matière d'activité physique sont globalement plus importants lorsque le niveau socioéconomique de la personne (ou de son représentant chez les enfants) est plus faible. Ces différences démarrent dès l'enfance, de manière plus marquée chez les filles, et concernent toutes les générations. L'atteinte des recommandations en matière d'activité physique, ainsi que la pratique sportive encadrée, est par ailleurs moins importante chez les femmes que chez les hommes (cf. fiche méthode 3).

Les données socio-démographiques permettent de décrire les caractéristiques de la population d'un territoire. Cette description permet d'étudier les inégalités territoriales, sociales ou de genre dans les pratiques d'activités physiques et sportives et les comportements sédentaires, en relation avec la structure du territoire, et d'orienter les actions le cas échéant. Plusieurs indicateurs peuvent être décrits à l'échelle du territoire :

- ▶ Des données sur la répartition de la population par tranche d'âge et par catégories socio-professionnelles. Plusieurs classes d'âge peuvent être retenues, par exemple : moins de 3 ans, 3-6 ans, 7-11 ans, 12-17 ans, 18-24 ans, 25-34 ans, 35-64 ans, 65-74 ans, 75 ans et plus.
- ▶ Des indicateurs sur la fragilité économique du territoire.
- ▶ Des indicateurs sur des populations spécifiques (personnes âgées, personnes en situation de handicap, jeunes).

Sources de données (non-exhaustif)

Plusieurs outils permettent d'accéder à des indicateurs socio-démographiques au niveau infra-régional :

- ▶ Le portail de l'Insee sur les statistiques locales : <https://statistiques-locales.insee.fr/>
- ▶ Les sites internet, plateformes, outils cartographiques, fiches territoriales, fichiers de données ou d'atlas des 17 Observatoires régionaux de santé de France (cf. fiche indicateurs 4).
- ▶ La base SCORE-Santé de la Fédération nationale des observatoires régionaux en santé (Fnors) : <https://www.scoresante.org/>
- ▶ Le site internet Open data de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) : informations sur la démographie des professionnels de santé : <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>
- ▶ La base SIRSé (indicateurs sur le contexte sociodémographique, les équipements sanitaires et médico-sociaux et la santé-environnementale de la commune au niveau national) : <https://sirse.atlasante.fr/#view=map1&c=indicator>
- ▶ Le géoservice d'Articque : <https://www.articque.com/solutions/geoservices/data/>

Indicateurs possibles, sources et périmètre géographique

Thématique	Exemples d'indicateurs	Base de données	Niveau géographique le plus fin
Population	Taille (nombre d'habitants)	Insee	Commune
	Densité (nombre d'habitants/km ²)	Insee	Commune
	Répartition par tranche d'âge / pyramide des âges	Insee	Commune
	Evolution démographique	Insee	Commune
Catégories socio-professionnelles et chômage	Part d'agriculteurs dans la population active occupée (%)	Insee	Commune
	Part de cadres et professions intellectuelles supérieures dans la population active occupée (%)	Insee	Commune
	Part d'ouvriers dans la population active occupée (%)	Insee	Commune
	Part de chômeurs dans la population active (%)	Insee	Commune
	Part des salariés de 15-64 ans en emploi précaire (apprentis, intérimaires stagiaires, CDD, emplois aidés) dans la population active (%)	Insee	Commune
Fragilité économique	Taux de pauvreté au seuil de 60 % selon l'âge (%)	Insee	Commune
	Part des allocataires à bas revenus (%)	Insee	Commune
	Part des allocataires du minimum vieillesse (%)	Insee	Commune
	Part des foyers allocataires du RSA (%)	Insee	Commune
	Fdep (indice de défaveur sociale)	Insee	Commune
	Revenu disponible annuel médian par ménages fiscaux (euros)	Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa	Commune
	Part de familles monoparentales (% total des familles)	Insee	Commune
	Part des allocataires aux adultes handicapés (AAH) (%)	Insee	Commune
	Part des allocataires de solidarité spécifique (ASS) (%)	Insee	Commune
	Part des allocataires supplémentaire vieillesse (ASV) et allocataires de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (%)	Insee	Commune
	Part des allocataires supplémentaire d'invalidité (ASI) (%)	Insee	Commune
	Part des bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie (dont bénéficiaires de la CMU-C) (%)	Insee	Commune
	Part de NEET (ni en emploi, ni en études, ni en formation) (15-29 ans)	Insee	Commune
	Personnes âgées	Indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans)	Insee
Indice de grand vieillissement (nombre de personnes âgées de 80 ans et plus pour 100 personnes âgées de 65-79 ans)		Insee	Commune
Part de personnes de 80 ans et plus vivant seuls (% des 80 ans et plus)		Insee	Commune
Autonomie et personnes en situation de handicap	Part des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) (%)	Insee, DREES	Département
	Part de personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie	Insee, DREES	Département
	Taux d'institutionnalisation	Insee, DREES	Département
Jeunes – Enfance	Part de jeunes non insérés de 18 à 25 ans	Insee	Région
	Part de jeunes accueillis pour la première fois par les missions locales et les PAIO	Imilo, traitement DARES, Insee	Région
	Taux de mesures éducatives ou de placement dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance	DREES, Insee	Département
	Nombre de bénéficiaires des aides individuelles du fonds d'aide aux jeunes (FAJ)	DREES	Département
Maternité	Nombre d'actions prénatales et postnatales en faveur des (futures) mères réalisées par les PMI	DREES	Département

Cette fiche a été réalisée grâce à la concertation de la Fnors et de plusieurs observatoires régionaux de la santé (ORS Auvergne-Rhône-Alpes, ORS Grand-Est, ORS La Réunion, ORS Île-de-France).



Recensement des services à la population du territoire



Description

De nombreux services accueillent et/ou accompagnent les publics du territoire, du plus jeune âge jusqu'aux seniors. Ils peuvent apporter des réponses aux publics dans le domaine de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité. On peut citer de manière non-exhaustive :

► Des services dans le domaine de l'offre de soins :

Professionnels participant à l'offre de premiers recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmier(e)s diplômé(e)s d'état, masseurs kinésithérapeutes, sages-femmes) ; centres hospitaliers ; maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ; établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

► Des services dans le domaine de l'accompagnement médico-social :

▫ Accompagnement en milieu ordinaire de vie : maisons Sport-Santé (MSS) ; maisons départementales des solidarités (MDS) ; centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ; services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ; services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ; services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ; services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ; services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ; groupes d'entraide mutuelle (GEM) ; maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA).

▫ Accompagnement en institution : instituts médico-éducatifs (IME) ; centres médico-sociaux ; maisons d'accueil spécialisées (MAS) ; foyers d'accueil médicalisé (FAM) ; établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ; foyers occupationnels.

► Des services en direction de la petite enfance, des jeunes et de l'éducation :

▫ Relais petite enfance ; structures d'accueil collectif pour les enfants de moins de trois ans ; établissements scolaires publics et privés, missions locales.

► Les établissements employeurs selon le secteur d'activité.

Sources de données (non-exhaustif)

Offre de soins et accompagnement médico-social :

► **Répertoire FINESS** (DREES-ministère de la Santé et de la Prévention) : informations sur les établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, et de formation aux professions de ces secteurs
<http://finess.sante.gouv.fr/jsp/index.jsp>

► **Annuaire des professionnels de santé** (RPPS-Adeli), avec notamment la profession, le mode d'exercice (libéral, salarié, bénévole), et les coordonnées des structures d'exercice
<https://annuaire.sante.fr/web/site-pro/extractions-publiques>

► **Site Open data de la DREES** : informations sur la démographie des professionnels de santé
<https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/>

► **C@rtoSanté** : données sur les problématiques d'offre et de demande de soins de premier recours
<https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>

► **Cartographie interactive de la démographie médicale** (Ordre des médecins)

https://demographie.medecin.fr/#s=2018;v=map2;i=demo_gen_tot.act_reg;l=fr



▶ **Outil Rézone CPTS** de l'Assurance Maladie : données sur l'offre de soins, les caractéristiques de population et les indicateurs de référence aux missions des CPTS : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/>

Petite enfance, jeunes et éducation

▶ **Site Open data du ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports** : localisation des établissements d'enseignement du premier et second degrés ; où trouver notamment les écoles labellisées « 30 minutes d'activité physique quotidienne » et les établissements labellisés « génération 2024 »
<https://data.education.gouv.fr/explore/?sort=modified>

▶ **Cartographie des acteurs et actions écomobilité scolaire** : <https://ecomobilite-scolaire.gogocarto.fr/annuaire#/carte/@46.62,-8.39,5z?cat=all>

Etablissements employeurs

▶ **Insee, fichier localisé des rémunérations et de l'emploi salarié** : établissements actifs par secteur d'activité : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4991205>

Maisons Sport-Santé

▶ Cartographie des Maisons Sport-Santé : <https://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/maisons-sport-sante/maisons-sport-sante-carte>

Indicateurs proposés

- ▶ Nombre de professionnels de premiers recours et répartition sur le territoire.
- ▶ Nombre et type de services dans le domaine de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social, et répartition sur le territoire.
- ▶ Nombre d'élèves dans le premier et le second degrés et répartition sur le territoire.
- ▶ Nombre d'établissements labellisés « 30 minutes d'activité physique quotidienne » et « Génération 2024 » sur le territoire.
- ▶ Nombre d'établissements employeurs et de salariés par secteur d'activité sur le territoire.



Mobilité : flux de déplacements domicile-travail et domicile-lieu d'études



Description des données utilisées

La base de données concernant les flux de mobilité des déplacements « domicile-travail » croise, à l'échelle d'une commune, les lieux de résidence avec les lieux de travail des actifs. Elle permet de déterminer les flux de déplacements domicile-travail entre deux communes différentes en France.

La base de données concernant les flux de mobilité des déplacements « domicile-études » croise, à l'échelle d'une commune, les lieux de résidence avec les lieux d'études. Elle permet de déterminer les flux de déplacements domicile-études entre deux communes différentes en France.

Ces deux bases permettent la mesure du nombre de personnes qui changent de commune lorsqu'elles se déplacent de leur lieu de résidence à leur lieu de travail/d'études (appelés également « navetteurs »), et non un nombre de déplacements. La fréquence (quotidienne ou hebdomadaire) des déplacements n'est pas observée.

Source de données

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), recensement de la population :

► **Flux de mobilité - déplacements domicile-travail (dernières données : 2019)** : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6454112>

► **Flux de mobilité - déplacements domicile-lieu d'études (dernières données : 2019)** : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6454146>

Les bases de données sont en téléchargement libre au format XLSX pour les flux supérieurs à 100, et CSV pour l'ensemble des flux, sans considération de seuil.

Périmètre géographique et population

Champ : France métropolitaine, départements d'outre-mer hors Mayotte.

Niveau géographique le plus fin : la commune.

- **Données pour le lieu de résidence** : commune, ou îlots regroupés pour l'information statistique (Iris) pour les communes découpées en Iris.
- **Données pour le lieu de travail et le lieu d'études** :
 - niveau de l'arrondissement municipal pour les communes de Paris, Lyon ou Marseille.
 - niveau communal s'il est situé ailleurs en France.
 - niveau du pays s'il est situé à l'étranger.

Population

► **Pour les déplacements domicile-travail** : population active de 15 ans ou plus ayant un emploi, comprenant les personnes déclarant exercer une profession (salarisée ou non) même à temps partiel, aider une personne dans son travail (même sans être rémunérée), être apprenti ou stagiaire rémunéré, être chômeur tout en exerçant une activité réduite, occuper un emploi tout en étant étudiant ou retraité.

► **Pour les déplacements domicile-lieu d'études** : élèves et étudiants de 2 ans ou plus, inscrits dans un établissement d'enseignement pour l'année scolaire en cours, y compris s'ils sont en apprentissage ou suivent des études supérieures.



Disponibilité des données (à la date de réalisation du guide)

Dernières données disponibles : 2018 (parution le 30/03/2021).

Indicateurs proposés

- ▶ Part des actifs travaillant hors de la commune de résidence.
- ▶ Part de la population scolarisée hors de la commune de résidence.
- ▶ Flux de mobilité quotidienne vers d'autres communes pour aller au travail, pour chaque commune du territoire.
- ▶ Flux de mobilité quotidienne vers d'autres communes pour aller sur le lieu d'études, pour chaque commune du territoire.

Précisions méthodologiques

Il peut exister quelques situations erronées dues à une déclaration incomplète ou inexacte de la personne recensée, en particulier si le département du lieu de travail / d'études n'est pas renseigné et si le libellé de la commune de travail / d'études, incomplet ou mal orthographié, correspond à celui d'une autre commune existante.

Il n'existe pas de contrôle de cohérence entre le mode de transport principal utilisé pour aller sur le lieu de travail/

d'études renseigné dans le recensement et la distance séparant le lieu de travail / d'études du lieu de résidence. Les effectifs inférieurs à 200 doivent être utilisés avec prudence en raison de l'imprécision liée au sondage, et les comparaisons entre territoires de petites tailles sont à proscrire.

Pour analyser les flux entre deux zones constituées de regroupement de communes, il est recommandé d'utiliser la base de données prenant en compte les flux sans considération de seuil.

Pour une commune donnée, le flux de sorties correspond au nombre de personnes qui résident dans cette commune et vont travailler / étudier dans une autre commune. Le flux d'entrées est le nombre de personnes qui viennent travailler / étudier dans la commune et résident dans une autre commune.

Du fait de l'étalement de la collecte des données, les flux d'entrées et les flux de sorties ne sont en général pas observés à une même date (pour les entrées : recensement au lieu de résidence à différentes dates; pour les sorties : recensement la même année pour les communes de moins de 10 000 habitants et sur une période de cinq ans pour les communes de 10 000 habitants ou plus, la mesure donnée par le recensement reflétant une situation moyenne). L'impact reste faible, hormis pour les territoires ayant connu des créations ou disparitions d'établissements de grande taille pendant la période de cinq ans.



Indicateurs de santé en lien avec l'activité physique et la sédentarité



Description

Au regard de l'impact de l'activité physique et de la sédentarité sur la santé, le diagnostic territorial doit être mis en lien avec l'état de santé de la population d'un territoire (mortalité globale, mortalité et affections de longue durée (ALD) pour maladies cardiovasculaires, diabète, tumeurs, santé mentale...). Des indicateurs peuvent être issus de plusieurs bases de données concernant notamment :

- ▶ **Les causes médicales de décès** : le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm recueille les certificats médicaux de décès.
- ▶ **Les données de l'Assurance maladie** : base Sniiram (système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie) pour les données sur les ALD.
- ▶ **Les données des établissements de santé** : la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) contient des informations sur les motifs médicaux des séjours en établissement de santé et les actes médicaux réalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR), en hospitalisation à domicile (HAD) et en psychiatrie (Rim-P).

Source de données (non-exhaustif)

Les 17 **Observatoires régionaux de santé de France** permettent d'accéder à des indicateurs sanitaires, sociaux, et d'offre de soins, déclinés à différents échelons géographiques.

Sous la forme de sites internet ou de plateformes dédiés, parfois couplés à des outils cartographiques :

- ▶ ORS Auvergne-Rhône-Alpes : BALISES (Base Locale d'Informations Statistiques En Santé) : <https://www.balises-auvergne-rhone-alpes.org/>
- ▶ ORS Nouvelle-Aquitaine : OCARINA (Observation Collaborative Acteurs Recherche Indicateurs Nouvelle-Aquitaine) : <https://geoclip.ors-na.org/ocarina/>
- ▶ ORS Provence-Alpes-Côte-d'Azur : SIRSéPACA (Système d'Information Régional en Santé) : www.sirsepaca.org/
- ▶ ORS Ile-de-France : InTerSanté (Indicateurs Territorialisés de Santé) : <https://www.ors-idf.org/cartes-donnees/intersante/>
- ▶ ORS Pays de la Loire : PISSTER (Panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux) : <https://www.orspaysdelaloire.com/PISSTER/>
- ▶ ORS Hauts-de-France : <https://calcul2.or2s.fr/openData/>

Sous la forme de fiches territoriales, de fichiers de données, de diagnostics territoriaux de santé ou d'atlas :

- ▶ ORS-CREAI Normandie : <http://orscreainormandie.org/donnees-socio-demographiques-sanitaires-et-doffre-de-soins-par-epci/>
- ▶ CREAI-ORS Occitanie : <https://creaiors-occitanie.fr/etudes/sante-en-region/> et <https://creaiors-occitanie.fr/portraits-de-territoires/>
- ▶ ORS Grand-Est : <https://ors-ge.org/actualites/profils-epci-du-grand-est>
- ▶ ORS Centre Val de Loire : <https://orscentre.org/publications/observation-sanitaire/14-territoires/diagnostic-sante-territorial>

- ▶ ORS Bretagne : https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/atlas-des-pathologies-%C3%A0-%C3%A9chelle-des-epci.html
- ▶ ORS Bourgogne Franche-Comté : <https://www.orsbfc.org/les-publications/>
- ▶ ORS de La Réunion : <https://www.ors-reunion.fr/indicateurs-sante-social-a-la-reunion-130.html>
- ▶ ORS de Martinique : <https://www.ors-martinique.org/publications-de-l-osm/travaux-thematique/vue-d-ensemble-de-la-sante>
- ▶ ORS de Guadeloupe : <https://orsag.fr/diagnostics/>
- ▶ ORS de Guyane : <https://www.ors-guyane.org/publication/atlas-de-la-sante-de-guyane/>

- ▶ Outil Géodes de Santé publique France : <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#view=map2&c=indikator>
 - ▶ Causes médicales des décès (année la plus récente de mise en ligne : 2017 ; échelon le plus fin : département ou grandes villes) : <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
 - ▶ Affections de longue durée (année la plus récente de mise en ligne : 2019 ; échelon le plus fin : département) : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/affections-longue-duree-ald>
 - ▶ Atlas de la santé mentale : <http://santementale.atlasante.fr/#view=map3&c=indikator>
 - ▶ SIRSé (indicateurs sur le contexte sociodémographique, les équipements sanitaires et médico-sociaux et la santé-environnementale de la commune au niveau national) : <https://sirse.atlasante.fr/#view=map1&c=indikator>

D'autres outils permettent d'accéder à des indicateurs de santé au niveau infra-régional :

- ▶ Base SCORE-Santé de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) : <https://www.scoresante.org/>
- ▶ Outil Rézone CPTS de l'Assurance Maladie : <http://rezonecpts.ameli.fr/rezone/>

Indicateurs possibles, sources et périmètre géographique

Thématique	Exemples d'indicateurs	Base de données	Niveau géographique le plus fin
Mortalité	Taux de mortalité générale	Inserm-CépiDc	Commune
	Taux de mortalité prématurée (décès survenant avant l'âge de 65 ans)	Inserm-CépiDc	Commune
Cancers	Taux de bénéficiaires d'une ALD pour tumeurs malignes (ALD 30)	Sniiram	Commune
	Nombre / taux de décès par cancers	Inserm-CépiDc	Commune
Maladies cardiovasculaires	Taux de bénéficiaires d'une ALD pour maladies cardiovasculaires (ALD 1, ALD 3, ALD 5, ALD 12, ALD 13)	Sniiram	Commune
	Nombre / taux de décès par maladies cardiovasculaires	Inserm-CépiDc	Commune
	Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral aigu	PMSI-ATIH	Commune
Diabète	Taux de bénéficiaires d'une ALD pour diabète (ALD 8)	Sniiram	Commune
	Taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour diabète	PMSI-ATIH	Commune
	Taux de bénéficiaires d'une ALD pour affections psychiatriques (ALD 23)	Sniiram	Commune

Précisions méthodologiques

Pour des raisons de secret statistique et de pertinence, les effectifs et leurs taux associés ne sont pas disponibles lorsqu'ils sont faibles. Pour cette même raison, l'échelon géographique le plus fin est celui de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) pour de nombreux indicateurs.

Les indicateurs à l'échelle d'un EPCI peuvent être présentés sous forme de taux standardisés, permettant de comparer les données à d'autres zones géographiques. Le taux standardisé est le taux qui serait observé dans une population donnée si celle-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (population de France Métropolitaine par exemple).

Cette fiche a été réalisée grâce à la concertation de la Fnors et de plusieurs observatoires régionaux de la santé (ORS Auvergne-Rhône-Alpes, ORS Grand-Est, ORS La Réunion, ORS Île-de-France).



**3 - Décrire les pratiques en matière
d'activités physiques et sportives
et de comportements sédentaires**

Recensement des politiques territoriales intégrant l'activité physique et la lutte contre la sédentarité



Description

Les déterminants de la pratique d'activités physiques et sportives sont nombreux et multisectoriels. Ils touchent différents contextes de pratique (activités réalisées dans le cadre des loisirs dont la pratique sportive, la pratique sur le lieu de travail, pour se déplacer, ou les activités domestiques du quotidien). Les politiques publiques locales permettent de décliner à différentes échelles (région, département, intercommunalité, commune) les politiques nationales dont elles sont complémentaires, en s'adaptant aux besoins des territoires et de leurs populations.

Les politiques locales déclinées dans le cadre de plans, schémas ou projets territoriaux constituent de réels leviers pour contribuer au bien-être et à la santé de la population par l'activité physique, à tous les âges de la vie. Ces enjeux de santé publique doivent alors être intégrés dans le cadre de toutes les politiques pouvant impacter la pratique d'une activité physique au quotidien. Qu'elles concernent l'urbanisme, l'aménagement et le développement durables, les mobilités, l'alimentation, la santé, l'éducation, l'emploi, l'enfance et la famille, elles constituent, au-delà des politiques sportives, de véritables leviers pour des actions de proximité visant à promouvoir l'activité physique et à lutter contre la sédentarité.



**3 - Décrire les pratiques en matière
d'activités physiques et sportives
et de comportements sédentaires**

Identification par les élus des projets territoriaux et des leviers en faveur de l'activité physique et sportive et de la lutte contre la sédentarité



Description des informations

Les informations doivent permettre d'identifier comment l'activité physique et sportive est abordée dans les différents programmes sur le territoire ; de recueillir les perceptions sur l'adaptation de l'offre aux besoins ressentis, sur les projets et actions en cours ; et de recueillir le point de vue des élus dans le cadre de leur(s) pouvoir(s) décisionnel(s) sur ce qu'ils mobilisent ou peuvent mobiliser pour favoriser la pratique de la population et lutter contre la sédentarité.

Elles viennent compléter la fiche indicateurs 5 par une approche qualitative concernant les politiques publiques locales et leur mise en œuvre dans le cadre d'une cohérence territoriale globale.



**3 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Recensement des équipements sportifs, espaces et sites de pratiques



Description des données utilisées

Depuis 2004, le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques met en œuvre une démarche de recensement national des équipements sportifs, dans un cadre partenarial avec le mouvement sportif et les collectivités territoriales.

Il concerne tous les équipements, en service, publics ou privés, ouverts au public à titre gratuit ou payant. Le critère essentiel est que toute personne puisse y accéder (à titre individuel ou via une structure publique ou privée, associative ou commerciale), à titre gratuit ou payant, avec pour objectif principal d'y pratiquer une activité physique et/ou sportive.

Sont recensés les installations sportives et leurs caractéristiques, le ou les équipements sportifs qui y sont implantés, et les activités physiques et/ou sportives qui y sont pratiquées. Des nomenclatures de 30 familles d'équipements sportifs, déclinées en un peu plus de 160 types, et de près de 400 types d'activités, ont été utilisées.

Au 1^{er} février 2020, plus de 317 000 lieux de pratiques sportives sont recensés.



**3 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Caractérisation des équipements permettant une pratique d'activités physiques et sportives sur le territoire



Description des informations

Les informations recueillies permettent de caractériser les équipements dédiés à l'activité physique et au sport existant sur le territoire (comprenant les parcs et aires de jeux extérieures...) et leur accessibilité aux différents publics. Elles permettent de compléter les informations recueillies via le recensement des équipements sportifs, espaces et sites de pratiques du ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques (cf. fiche indicateur 7) par une description plus précise de ces équipements et de leur accessibilité par les communes elles-mêmes.



**3 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Recensement des clubs sportifs



Description des données utilisées

Le recensement annuel auprès de l'ensemble des fédérations sportives agréées par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques renseigne le nombre de clubs sportifs et d'établissements professionnels agréés, pour chaque fédération :

- ▶ Un **club sportif** n'a pas de définition juridique propre, il représente une personne morale affiliée à une fédération.
- ▶ Un **établissement professionnel agréé** correspond à tout établissement sportif professionnel agréé par la fédération et non défini comme un club.



**3 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Caractérisation de l'offre associative d'activités physiques et sportives

Description des données

Les données doivent permettre de compléter le diagnostic sur l'offre d'activités physiques et sportives proposées par les associations du territoire sur lequel le diagnostic est effectué, leurs encadrants, et sur leur accessibilité aux différents publics. Elles permettent de réaliser des analyses croisées, par exemple entre les tranches d'âge accueillies, les activités proposées et leur accessibilité.

Associées à d'autres questionnaires, notamment sur les pratiques des habitants du territoire et les équipements, elles vont concourir à avoir une vision globale sur les freins et les leviers à la pratique d'activités physiques et sportives sur le territoire.



3 - Décrire les pratiques en matière d'activité physique et sportive et de comportements sédentaires

Recensement, caractérisation et perception des aménagements et services en faveur du vélo et de la marche



Description des données utilisées

La caractérisation et les perceptions sur les aménagements et services en faveur du vélo et de la marche peuvent être abordés à travers plusieurs informations complémentaires. D'abord un recensement des aménagements et des services existants :

- ▶ **Aménagements cyclables** pour une utilisation sportive (boucles cyclosportives...), douce (voie vertes, véloroutes...), ou quotidienne, à des fins utilitaires ou pour se rendre sur les principaux pôles d'emplois / sur les lieux d'études (pistes et bandes cyclables, voiries limitées à 30 km/h, possibilité d'intermodalité vélo / transports en commun pour les déplacements du quotidien...).
- ▶ **Aménagements en faveur de la marche**, de loisirs (chemins et circuits de randonnée...) ou utilitaire (zones de rencontre, zones piétonnes, présence de bancs sur les itinéraires, d'espaces verts...), obstacles potentiels à la marche (surfaces glissantes, trous sur les trottoirs, absence de bords de trottoirs, marches trop hautes, discontinuité ou absence des rampes d'escalier, éclairage insuffisant...).
- ▶ **Services en faveur du vélo** : stationnements sécurisés, vélos en libre-service, location, vélo-école scolaires et adultes, atelier de réparation, marquage...

Ensuite, plusieurs enquêtes apportent des enseignements sur le ressenti des usagers en termes de cyclabilité et de marchabilité de leur commune :

▶ **Un baromètre des villes cyclables (Parlons vélo)**, réalisé tous les deux ans depuis 2017 : perceptions sur l'utilisation du vélo et les politiques publiques de promotion du vélo à l'échelle de la commune. A partir de 26 questions, une note globale de 1 à 6 est attribuée par les répondants sur cinq thématiques : ressenti général ; sécurité ; confort ; efforts de la commune ; stationnement et services vélo. Les villes sont ensuite catégorisées sur une échelle de A+ à G allant de « climat vélo excellent » à « climat vélo très défavorable ». Le baromètre donne également des indicateurs concernant les sites à améliorer en priorité, les améliorations perçues depuis deux ans, et les souhaits de stationnements vélo.

▶ **Le baromètre des villes marchables** : perceptions sur la marchabilité des communes et les leviers pour l'améliorer. Une note globale est attribuée sur cinq thématiques : ressenti général ; sécurité ; confort ; efforts de la commune ; aménagement / services.



**3 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Recensement des licences auprès des fédérations sportives agréées



Description des données utilisées

Le recensement annuel des licences auprès de l'ensemble des fédérations sportives agréées par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques permet de mesurer le niveau et l'évolution dans le temps de la pratique sportive encadrée.

Il s'agit d'un recensement à la commune d'habitation du licencié et non à la commune de pratique. Les données issues du recensement sont dans un second temps géocodées par l'Insee pour que les fichiers soient communiqués au niveau communal.

Les données d'une année N correspondent à la saison N-1/N ou à l'année civile N selon le fonctionnement des fédérations (ex : les données de l'année 2019 sont une répartition des licences de la saison 2018/2019 ou de l'année 2019).

Le recensement concerne à la fois les licences proprement dites, mais aussi les autres types de participation (ATP). Une licence est définie comme un titre payant, permettant une pratique annuelle, même si le possesseur de la licence ne pratique que deux mois dans l'année. Les ATP sont l'ensemble des titres qui ne sont pas des licences, comme par exemple, des titres à la journée. Le géocodage ne concerne que les licences.



**4 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Mobilités quotidiennes et modes de déplacements utilisés



Description des données utilisées

Les indicateurs sur les parts modales des déplacements permettent de décrire les comportements de la population d'un territoire en matière de transports utilisés, de suivre leur évolution au fil du temps, et de les mettre en relation avec les politiques mises en œuvre au niveau national et local.

L'enquête mobilité des personnes (2018-2019) fournit des données permettant de décrire les pratiques de mobilité des personnes au niveau national, mais les informations au niveau de la commune ne sont pas disponibles afin de respecter la protection individuelle des données.

Plusieurs bases de données permettent d'obtenir des indicateurs locaux sur les modes de transports utilisés dans les déplacements quotidiens :

- ▶ Le recensement de population de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour les **déplacements domicile-travail**.
- ▶ Les **enquêtes locales sur la mobilité** menées à l'échelle d'un territoire avec une maîtrise d'ouvrage variable selon l'échelle géographique (commune, communauté de communes, communauté urbaine, syndicat mixte des transports, département...).



**4 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Niveaux d'activité physique et de sédentarité en population générale adulte



Description des données

Les données doivent permettre d'estimer le niveau moyen d'activité physique et sportive et le niveau moyen de sédentarité d'une population donnée au cours d'une semaine habituelle, au regard des recommandations en vigueur. Associé à d'autres questionnaires, les données permettent de réaliser des analyses croisées en observant les liens avec des informations socio-démographiques, avec les pratiques (lieux, type, fréquence et encadrement de la pratique, freins, motivations et accessibilité à la pratique...) et avec l'offre d'activité physique et sportive sur le territoire.



**4 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Perceptions, freins et motivations de la population générale adulte à la pratique d'activités physiques et sportives



Description des données

Les données doivent permettre de décrire et de comprendre les comportements, les perceptions, les freins et les motivations des adultes d'un territoire en ce qui concerne la pratique d'activités physiques et sportives. Elles doivent permettre de faire un état des lieux général des pratiques, mais aussi de déterminer si les caractéristiques socio-démographiques influencent ces pratiques.

Associées à d'autres composantes du diagnostic territorial (présence d'aménagements et d'équipements sportifs, offre sportive associative, projets engagés...), elles peuvent apporter des pistes permettant l'amélioration des habitudes de vie favorables à leur santé.



**4 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Pratiques d'activités physiques et comportements sédentaires des enfants et adolescents



Description des données

Les données permettent d'évaluer les comportements des enfants et adolescents scolarisés du CP à la 3ème en matière d'activité physique et de sédentarité, ainsi que leurs déterminants. Elles permettent de faire un état des lieux général des pratiques, mais aussi de déterminer si les caractéristiques socio-démographiques influencent ces pratiques. Associées à d'autres composantes du diagnostic territorial (projets engagés au sein des établissements scolaires, présence d'aménagements et d'équipements sportifs, offre sportive associative...), elles peuvent apporter des pistes permettant l'amélioration des habitudes de vie favorables à leur santé, en lien avec l'activité physique et la sédentarité.



**4 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Pratiques enseignantes pour le développement de l'activité physique et la réduction de la sédentarité des enfants et adolescents



Description des données

Les données permettent à la fois d'établir un état des lieux des pratiques enseignantes en matière de développement de l'activité physique et de réduction de la sédentarité des enfants et adolescents, et d'identifier les principaux leviers et freins à la pratique enseignante de l'activité physique et sportive sur un territoire.

Associées à d'autres composantes du diagnostic territorial (cf. fiche indicateurs 16), elles permettent par exemple d'établir des liens entre les pratiques enseignantes et les comportements en activité physique et sédentarité des enfants et des adolescents, et peuvent apporter des pistes permettant l'amélioration des habitudes de vie favorables à leur santé.



**4 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Représentations et utilisation de l'activité physique en prévention et dans la prise en charge des patients par les professionnels de santé



Description des informations

Il est scientifiquement justifié, en prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques, d'associer à la médecine curative la thérapeutique non médicamenteuse que représente la pratique d'une activité physique régulière et adaptée à l'état de santé, dont l'efficacité est prouvée et fait maintenant partie intégrante du parcours de soins de la plupart des maladies chroniques.

L'activité physique est reconnue depuis 2011 comme une thérapeutique non médicamenteuse.

Un cadre législatif permet, depuis la loi du 26 janvier 2016, à un médecin traitant de prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical des patients atteints d'une affection de longue durée. La loi du 2 mars 2022 visant à démocratiser le sport en France a élargi la prescription aux patients atteints de maladies chroniques ou présentant des facteurs de risques tels que le surpoids, l'obésité ou l'hypertension artérielle, et aux personnes en perte d'autonomie. Elle a également élargi la liste des professionnels de santé habilités à prescrire de l'activité physique adaptée aux médecins spécialistes, les kinésithérapeutes pouvant eux, renouveler une prescription.

Les informations permettent l'analyse des perceptions que peuvent avoir les professionnels de santé relatives à l'activité physique et à la sédentarité, la confrontation de leurs représentations à la réalité de terrain concernant l'offre en activité physique, et l'analyse de leurs freins et leurs attentes sur l'utilisation de l'activité physique en prévention et dans la prise en charge de leurs patients.

Ces entretiens viennent enrichir le diagnostic territorial par une approche qualitative, permettant de structurer la réflexion sur le territoire et/ou de construire les bases d'un réseau d'acteurs.



**4 - Décrire les pratiques en matière
d'activité physique et sportive et de
comportements sédentaires**

Perceptions, pratiques et actions des professionnels sur le territoire



Description des informations

Les informations complètent le diagnostic sur l'offre d'activité physique et sportive et les besoins par une approche qualitative. Elles permettent notamment :

- ▶ D'identifier comment l'activité physique et la lutte contre la sédentarité est abordées par les professionnels du territoire.
- ▶ De recueillir les perceptions des professionnels sur les besoins des populations sur le territoire, sur l'adaptation de l'offre, sur les projets et actions en cours au sein de leur structure et plus largement sur le territoire.
- ▶ D'identifier les partenariats entre les acteurs du territoire, au sein d'un même corps de métier ou interdisciplinaire (partenariats entre professionnels du sport et de la santé, passerelles entre associations, établissements, Maisons Sport-Santé du territoire...).
- ▶ D'identifier les bonnes pratiques sur lesquelles s'appuyer, ou au contraire les freins et les difficultés.
- ▶ De recueillir les besoins sur les outils, les formations, et les axes de mutualisation entre professionnels.



Synthétiser les informations, prioriser les actions et définir des indicateurs d'évaluation



La priorisation

Les questions de rupture dans la pratique d'activités physiques à certains moments de la vie, des inégalités territoriales, sociales ou de genre, sont à explorer avec une attention particulière. L'analyse croisée des données collectées concernant notamment les pratiques des enfants et des adultes du territoire, l'offre associative d'activités physiques et sportives, et les licences sportives auprès des fédérations agréées, permettent d'apporter des éléments de réponse pouvant orienter les actions.

La dernière étape du projet avant sa mise en œuvre va consister à passer de l'état des lieux au diagnostic, puis à la priorisation des actions et leur évaluation. Pour organiser les informations recueillies, et les analyser de façon objective, deux méthodes sont préconisées :

- ▶ Réaliser des typologies de territoire.
- ▶ Dégager les forces, faiblesses, atouts, opportunités du territoire.

La mise en œuvre de cette méthode comporte des temps de participation avec les acteurs et de consultation avec les instances décisionnelles.

Elle nécessite une expertise spécifique dans la synthèse d'informations provenant de différentes sources.

Typologies de territoire

Si le territoire présente des caractéristiques marquées ayant donné lieu à un découpage géographique (cf. fiche méthode 4), les indicateurs recueillis par zone devront être assemblés, avec trois finalités :

- ▶ S'interroger sur les liens possibles entre eux.
- ▶ Dégager des tendances en termes d'offre, de pratiques et de comportements, et d'estimation du niveau d'activité physique et de sédentarité.

- ▶ Et enfin faire ressortir d'éventuelles inégalités territoriales.

En particulier, peuvent être assemblés les éléments suivants :

- ▶ La dominante géographique du territoire (périurbain tourné vers telle ville, rural...).
- ▶ Le niveau de présence des services, emplois, établissements scolaires, offre de santé.
- ▶ Les indicateurs socio-économiques.
- ▶ Les caractéristiques dominantes de la démographie de la population : indice de vieillissement, présence plus importante de certaines tranches d'âge.
- ▶ Les indicateurs de santé.
- ▶ Le niveau de présence des équipements sportifs et l'offre associative.
- ▶ Le taux de licences sportives.
- ▶ Le niveau d'utilisation des mobilités actives.
- ▶ Le niveau d'activité physique et de sédentarité de la population.
- ▶ Et enfin un élément dominant de la zone : par exemple, le niveau élevé de manque de connaissance de l'offre d'activité physique et sportive exprimé par les habitants.

Ces éléments rassemblés dans un visuel permettant une lecture simple peuvent être présentés au comité de suivi et aux élus du territoire de façon à pouvoir échanger sur les éléments dominants à prendre en compte dans la priorisation des actions à conduire en fonction des zones.



Forces, faiblesses, menaces et opportunités

Cette méthode d'organisation des informations recueillies et des constats partagés avec les acteurs va permettre de dégager les principaux éléments de diagnostic et de prioriser les actions par thème.

Si l'on se réfère à la méthode de priorisation « SWOT » (en français : forces, faiblesses, opportunités et menaces), les forces et les faiblesses sont internes au territoire et peuvent être gérées par ses acteurs (exemple : présence de l'offre, prise en compte dans les politiques publiques locales des enjeux liés à l'activité physique et la sédentarité...), tandis que les opportunités et menaces sont externes, ce qui limite les acteurs du territoire à l'anticipation ou la réaction (exemple de l'augmentation des maladies chroniques, de l'évolution de la législation...).

Quelle que soit la méthode retenue, il convient d'être le plus précis possible, en s'appuyant sur des faits et des éléments concrets.

Au préalable, il est conseillé de lister les thèmes sur lesquels on recherchera les informations pour les classer en forces, faiblesses, menaces et opportunités. A titre d'exemple :

- ▶ **Concernant les forces et les faiblesses du territoire** : environnement et cadre de vie, conditions matérielles pour encourager les mobilités actives, offre d'activités physiques et sportives, conditions matérielles de pratiques, existence de stratégies pour aller vers les publics, stratégie de développement de l'activité physique et sportive par les collectivités locales, existence d'actions à valoriser, encadrement et formations, expressions de demandes nouvelles par la population.
- ▶ **Concernant les opportunités et les menaces**, il faut distinguer les opportunités au niveau national, régional et local : évolutions législatives, appel à projets, financements...), engagements envisagés par la communauté de communes et/ou les communes, pyramides des âges et évolution démographique, risque de creuser les inégalités territoriales, désengagement généralisé des associations, caractère périurbain

comportant de nombreuses contraintes comme les nombreux déplacements pour se rendre au collège ou au lycée, pour aller travailler...

Une fois ces deux méthodes appliquées au territoire, les actions prioritaires pourront être définies, avec une hiérarchisation partagée par l'ensemble des parties prenantes et des étapes de réalisation.

L'évaluation

L'évaluation permet, à travers une analyse critique, de justifier la reconduite ou non d'actions menées, de les réorienter et de les améliorer si besoin pour mieux atteindre les objectifs. Trois niveaux d'évaluation peuvent être mis en œuvre, pour lesquels différents indicateurs peuvent être utilisés. A titre d'exemples :

- ▶ **L'évaluation de processus** : adaptation des moyens financiers, humains et matériels...
- ▶ **L'évaluation de résultats** : atteinte du nombre attendu de bénéficiaires pour chaque action, atteinte des objectifs en termes de public touché, notamment les plus éloignés de la pratique, réponse aux attentes des bénéficiaires (satisfaction, freins et leviers), adaptation des modalités (horaires, matériel, intervenants...).
- ▶ **L'évaluation d'impacts** : impacts sur les comportements et les perceptions (niveau d'activité physique et de sédentarité de la population, motivation à pratiquer une activité physique, condition physique, perception de l'effort, estime de soi, perception de la santé...).

Le recueil d'indicateurs de suivi et de réalisation des actions est assez simple à mettre en place, à la condition de le prévoir dès le démarrage du projet. L'évaluation d'impacts est plus difficile à mettre en œuvre, reposant sur la passation de questionnaires ou de tests à différents temps de mesure. Des outils d'évaluation et leur interprétation peuvent être retrouvés sur le site internet de l'Onaps : <https://onaps.fr/outils-devaluation/>. Leur utilisation et surtout leur interprétation requiert des moyens spécifiques de recueil et de traitement de l'information.