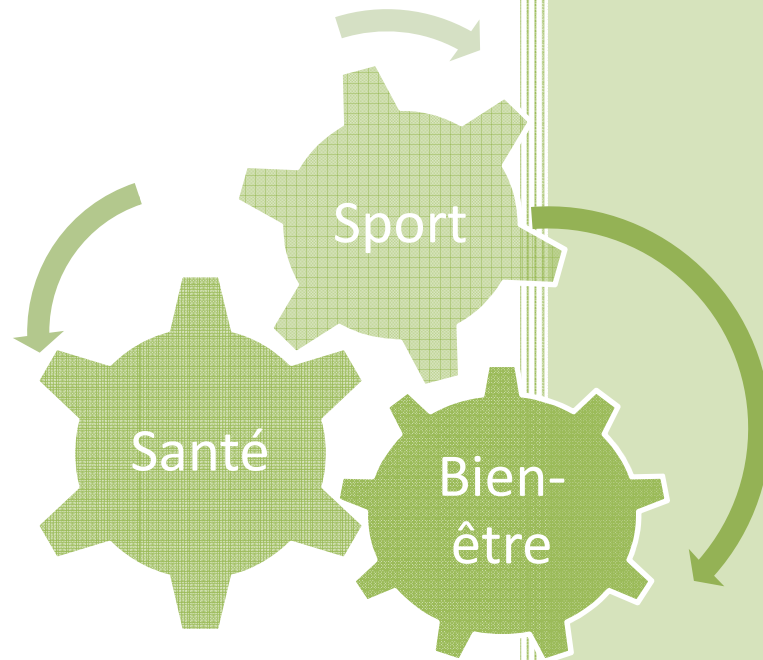


2013-  
2015

# PLAN SPORT SANTE BIEN-ETRE



Direction régionale de la Jeunesse  
des Sports et de la  
Cohésion Sociale Centre

Version finale validée par le Comité de  
pilotage

2013-2015

# PLAN SPORT-SANTÉ-BIEN ÊTRE 2013-2015

## 1. Rappel des enjeux

---

L'utilité de recommander une activité physique et sportive aux patients atteints de maladies chroniques et plus généralement à tous sujets désireux de se maintenir en forme n'est pas récente. Les études mettant en évidence les bienfaits de l'APS se sont en effet multipliées ces dernières années. « *Des publications de plus en plus nombreuses viennent confirmer que pratiquer des APS tout au long de la vie augmente l'espérance de vie en bonne santé, retarde la dépendance et constitue un complément thérapeutique efficace en luttant contre la sédentarité pour de nombreuses affections comme l'obésité et bien d'autres encore, sans oublier la prise en charge des sujets en situation d'handicap* » résumait un **rapport de l'Académie nationale de médecine en octobre 2012** conduit par le professeur Jacques Bazex. Ce travail a renforcé les résultats de **l'expertise collective INSERM de 2007**

D'autres plans et rapports viennent étayer ces recommandations :

**Le Plan National Nutrition Santé et le Plan Obésité 2011-2013** qui a fait un axe fort de la pratique de l'activité physique et sportive associé à une alimentation équilibrée

**Le rapport de la Haute Autorité de Santé d'Avril 2011** sur le développement des thérapeutiques non médicamenteuses

**Le Plan National de prévention par l'Activité Physique et Sportive de 2008** qui décline les grandes lignes des orientations à mettre en œuvre par le Ministère des Sports

L'activité physique et sportive comme composante santé apparaissent encore dans d'autres plans nationaux : Plan cancer - Plan santé environnement - Plan national « Bien vieillir »

**L'instruction N° DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012/434 du 24 Décembre 2012** précise les orientations de mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique avec 6 lignes stratégiques.

**Le Baromètre annuel sport santé 2012** de la Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire, enquête Internet qui a été menée par Ipsos pour la Fédération, du 18 au 20 décembre 2012 auprès d'un échantillon de 1.005 personnes, constituant un échantillon national représentatif de la population française âgée de 16 à 64 ans, a montré :

- Que les Français considèrent, avec une note médiocre de 5,8/10, que leur état de forme mentale et physique est plutôt moyen.
- 82% des personnes interrogées reconnaissent ne pas s'occuper suffisamment de leur forme physique, un sentiment encore plus fort chez les femmes qui sont près de la moitié à dire que c'est "souvent" le cas.

Cette prise de conscience se ressent dans leurs résolutions puisque "Faire du sport" est la résolution prioritaire pour les Français en 2013 (37% en 2013, 32% en 2012).

**Dans le cadre d'une approche nouvelle, globale, interministérielle et transversale, l'objectif de ce plan sport santé bien-être est de placer le sport comme outil de santé publique.**

## 2. Contexte Région Centre

---

Depuis début 2010, à l'initiative de l'ARS et de la DRJSCS un groupe de travail autour de la question du sport santé pour tous dans un cadre sécurisé s'est constitué afin de faire émerger un réseau régional sport santé. Il comprend actuellement des représentants :

- du Mouvement sportif
- du Mouvement scolaire
- des Universités de Tours et d'Orléans
- des Acteurs de prévention et promotion de la santé
- d'un partenaire privé
- des Médecins du sport

### Les objectifs poursuivis en termes de :

#### 1° Dynamique des acteurs et rôle de ressource

- Favoriser les échanges par une rencontre régionale des acteurs du milieu sportif et du milieu santé
- Valoriser les initiatives territoriales
- Porter à la connaissance du milieu sportif et du milieu de la santé les formations existantes dans le domaine du « sport - santé »

#### 2° Recherche

- Etudier le recours à la « prescription » médicale de l'activité physique et sportive en Région Centre

#### 3° Information-documentation

- Construire un recueil des associations sportives ayant une spécificité « santé »
- Elaborer une lettre d'information périodique pour les acteurs de la santé et du milieu sportif.
- Assurer une veille documentaire-réglementaire et événementielle

Cette démarche a été inscrite comme priorité du Schéma Régional de Prévention, élément du Projet Régional de Santé.

## 3. Principaux constats en Région Centre

---

### Données sur le Sport en région Centre :

En 2011, la Région Centre, région de 2 538 590 habitants, comportait 77 Ligues ou comités régionaux, 353 Comités départementaux, 7 877 clubs sportifs affiliés, 617 300 licenciés, 25% de la population régionale est licenciée dans un club.

Près d'un habitant sur deux déclare pratiquer une activité physique régulièrement.

La région Centre est bien équipée avec 65,4 équipements sportifs pour 10 000 habitants (en comparaison, la moyenne nationale est de 50,7)

En région Centre, la distance moyenne pour accéder à un équipement sportif est de 9,9 kilomètres pour les habitants d'une commune non équipée (4,3 kilomètres pour l'ensemble des communes,

équipées ou non). Globalement, la distance moyenne pour accéder à un équipement sportif est ainsi la plus faible dans les départements les plus urbanisés (Indre-et-Loire, Loiret) et la plus élevée dans le Cher.

(Source CROS rapport activité 2012)

### Équipement sportifs en Région Centre :

	Nb total d'équipements	% total d'équipements	Population
Cher	2 111	12,77 %	314 599
Eure-et-Loir	2 913	17,62 %	422 411
Indre	2 348	14,21 %	232 799
Indre-et-Loire	3 508	21,22 %	583 086
Loiret	3 513	21,25 %	647 733
Loir-et-Cher	2 136	12,92 %	326 291
<b>TOTAL</b>	<b>16 529</b>	<b>100,00 %</b>	<b>2 526 919</b>

MSS - RES (25 mai 2011)

Les équipements sportifs les plus présents sur le territoire régional sont les terrains de grands jeux (2 274), les courts de tennis (1 935) et les boulodromes (1 477).

**Données sur le Sport handicap en Région Centre**, la DRJSCS a élaborée un « Plan d'actions régional sport et handicap ».

En région Centre en 2012, la Fédération Française Sport Adapté compte 1466 licenciés et la Fédération Française handisport 570 licenciés.

Malgré des équipements sportifs importants, il apparait une :

- Méconnaissance de l'offre en « sport santé » existants sur les territoires
- Insuffisance de coordination entre les acteurs du milieu sportif et du milieu santé
- Besoin de formation « sport santé » pour les éducateurs et animateurs sportifs diplômés.
- Difficulté d'accès à l'activité physique et sportive pour des publics spécifiques (malades chroniques, personnes âgées, personnes handicapées...)

### Des initiatives existent en Région Centre (non exhaustif):

➤ La Fédération française de natation a mis en place un dispositif « Nagez-forme-santé » pour des personnes atteintes de maladies chroniques avec des formations spécifiques « aqua-santé » pour les animateurs sportifs. Ce dispositif est développé à Tours, Orléans, Vierzon, Amboise, Joué les Tours, Loches et Vernouillet.

➤ Le Club de Karaté des Arts Martiaux Montlousiens et l'ASPTT Orléans ont proposé des séances pour des patients atteints ou ayant été atteints de cancer et pour les patients présentant une insuffisance respiratoire chronique, ainsi qu'une formation spécifiques des éducateurs.

- La Fédération de randonnée pédestre a aussi mis en place des activités sport santé pour les patients atteints d'obésité.
- L'EPGV propose des activités de marche nordique pour les publics en précarité ainsi que des pratiques d'activités physiques et sportives à destination de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en partenariat avec une association départementale de France Alzheimer.
- A Saint Pierre des Corps, partenariat entre un centre médico-sportif, une municipalité et des professionnels de santé en vue de « prescription » d'activités physiques et sportives dans le cadre de la lutte contre l'obésité et le diabète de type 2
- Partenariat entre le CODES 36 et une association de prévention de la nutrition, PLUME, pour la pratique sportive et l'éducation nutritionnelle d'enfants et d'adolescents en surpoids.
- Pratique régulière de la voile par un conventionnement entre une association sportive, le Dauphin Wind Jocondien et des établissements médico-sociaux dont un IME, permettant une pratique sportive intégrée dans le projet de l'établissement.

**Le Centre National pour le Développement du sport** est un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé des Sports et du ministère des Finances. Les crédits dont le CNDS dispose sont des fonds issus des taxations opérées sur les mises de la Française des Jeux, des paris sportifs (dont paris en ligne), ainsi que des droits de retransmission audiovisuelle des manifestations sportives.

Le CNDS a pour objectif essentiel de corriger les inégalités d'accès à la pratique sportive pour le plus grand nombre et d'encourager une promotion résolue et systématique de la santé par le sport. Le CNDS promeut ainsi particulièrement la pratique sportive des publics éloignés de cette pratique pour des raisons territoriales, sociales, culturelles ou bien liées à la condition physique ou à l'état de santé.

En 2012 une enveloppe de 30 000 euros a permis le financement de projets en lien avec la santé.  
2013 voit apparaître la création d'un fonds spécifique pour la santé par le sport  
Un préciput complémentaire est identifié, d'environ 1,15 % de la part territoriale (60 000 euros pour la région Centre), au profit des projets en faveur de la santé par le sport.

### **Budget Opérationnel de Programme – SPORT**

La directive nationale d'orientation pour le pilotage et la mise en œuvre des politiques sports précise que les programmes d'interventions régionaux pour 2013 devront mettre l'accent, entre autres, sur le développement de la pratique du sport, en luttant contre toutes les inégalités d'accès et en inscrivant les activités physiques et sportives au cœur de la politique gouvernementale de santé publique. En région Centre, la DRJSCS se donne comme axes prioritaires dans ses missions de promotion et de préservation de la santé par le sport :

- d'offrir des conditions de pratique propices à la préservation de la santé des sportifs
- de favoriser la promotion du sport comme facteur de santé publique et de bien être pour chacun

- de participer à la mise en œuvre du Plan National de Prévention par les Activités Physiques ou Sportives (PNAPS), du Plan Régional de Santé (PRS), du Plan National Nutrition Santé (PNNS) et du Plan National Bien Vieillir
- de lutter contre la sédentarité.

En 2013 une enveloppe de 30000 euros est affectée aux projets visant la promotion et la préservation de la santé par le sport

### **Bilan des interventions des DDCS/PP et de la DRJSCS dans le domaine de l'accès aux soins dans le cadre de la politique de la ville**

La santé, identifiée comme l'un des cinq volets prioritaires des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), est un vecteur essentiel de réduction des inégalités sociales et territoriales. Dans ce domaine, les interventions des DDCS/PP et de la DRJSCS sont centrées sur les ateliers santé-ville (ASV), permettant une structuration des actions au plan local.

Le dispositif des "ateliers santé ville" (ASV) repose sur une démarche, partagée entre les collectivités territoriales et l'Etat, d'ingénierie, de concertation, une capacité de diagnostic, de programmation et de mise en œuvre d'actions en matière de santé ciblées sur les besoins des habitants des quartiers en difficulté. L'ASV permet de coordonner des professionnels de la santé et du secteur social en vue d'améliorer l'état de santé des habitants et leur accès aux droits, aux soins et à la prévention.

Par ailleurs, un volume substantiel d'actions de promotion de la santé, de prévention ou visant l'accès aux droits et aux soins est financé dans le cadre des volets santé des CUCS en lien ou en dehors des programmes d'actions coordonnés par les ASV, dans le cadre des projets de réussite éducative (PRE) au titre du suivi individualisé des enfants.

Enfin, une des orientations du programme d'intervention de l'Acsé pour 2013 est la poursuite du partenariat et le ciblage des actions de prévention financées au niveau local vers les thématiques prioritaires des plans nationaux de santé publique (nutrition, **promotion de l'activité physique**, lutte contre les toxicomanies et le VIH, prévention et prise en charge de la dépendance des personnes âgées, difficultés des jeunes, handicap, santé mentale).

### **Etat de santé des habitants de la région Centre :**

**Concernant la santé des habitants de la région Centre**, des travaux de l'Observatoire régional de la santé ont mis en évidence des **inégalités sociales et territoriales de santé**, avec notamment une mortalité générale et prématurée plus marquée dans les territoires du Cher et de l'Indre, ainsi que dans les cantons du Nord-Ouest de l'Eure-et-Loir.

En région Centre, en moyenne, **4500 décès annuels ont eu lieu prématurément** au cours de la période 2000-2007, ce qui correspond à **18% des décès**.

Parmi les causes de décès prématurés en région :

- les cancers représentent 40%,

- les maladies cardiovasculaires : 13,4%,
- les suicides : 7,8%
- les accidents de la route : 5,5%

Le diagnostic régional identifie également **un poids important des maladies chroniques** : les affections cardiovasculaires, les tumeurs, le diabète et les affections psychiatriques constituent les principaux motifs d'Admission en affection de longue durée (ALD).

Il révèle également des points de vigilance, dont le **surpoids et l'obésité**.

### Éléments-clés :

**Les maladies cardio-vasculaires** représentent en région Centre la **première cause de décès avec 7 100 décès par an** au cours de la période 2000–2007. Elles représentent **29% des décès** survenus annuellement en région et touchent principalement les femmes (32% des décès féminins contre 27% des décès masculins).

Les cancers restent la **2ème cause de décès** après les maladies cardiovasculaires, avec **6 700 décès annuels en région** Centre pour la période 2000- 2007, soit **28% des décès**. La majorité de ces décès sont masculins (61%). Par ailleurs, les cancers sont responsables de 7300 nouvelles admissions annuelles en moyenne en ALD (dont la majorité entre 45 et 75 ans), et 153 800 hospitalisations par an en moyenne pour ou avec cancer (2006-2008)

**Les maladies de l'appareil respiratoire** (pneumonie, grippe, insuffisance respiratoire, asthme et bronchite chronique) constituent la **4ème cause de décès**, avec **1 400 décès par an**, en moyenne, sur la période 2000-2007. 52% des décès sont masculins.

**Les suicides** représentent près de **550 décès par an** sur la période 2000-2007, soit 2,3% de l'ensemble des décès en région. Ces chiffres placent la région en **surmortalité significative** par suicide par rapport au niveau national. 74% des décès observés sur cette période concernent les hommes. Toutefois, il faut noter une diminution importante du taux comparatif de mortalité entre les deux périodes 1991/1999 et 2000/2007 : le taux régional diminue de 16%, contre 14% en France hexagonale.

**Le diabète** constitue un **problème de santé publique** particulièrement prégnant en raison de l'augmentation de sa prévalence dans la population et des répercussions importantes qu'il a sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. En effet, le diabète est à l'origine de complications souvent graves pouvant conduire à des handicaps : maladies vasculaires, cardiaques et cérébrales, cécité, insuffisance rénale chronique, amputation de membres, etc...

Le diabète, et notamment le diabète de type 2, est une pathologie fortement influencée par les modes de vie. Au-delà de prédispositions génétiques ou ethniques, les comportements alimentaires ont un rôle déterminant dans l'apparition de la maladie et l'obésité est un facteur de risque majeur pour le diabète de type 2.

Il constitue la 3ème cause d'admission en ALD sur la période 2007-2009 (données du régime général): 17,9% du poids total des nouvelles admissions ALD, soit environ 8500 personnes par an.

### **Un vieillissement attendu de la population :**

Hormis l'Eure et Loir et le Loiret, l'indice de vieillissement de la population de la région Centre est largement supérieur à l'indice national. Il est donc nécessaire de favoriser le maintien de l'autonomie de cette population. Les bénéfices de l'activité physique pour les personnes âgées en institution ou non sont nombreux : évitement des chutes, maintien d'un capital musculaire, maintien d'un lien social...

Etablissements d'hébergement pour Personnes âgées en Région Centre au 1<sup>er</sup> janvier 2011 (publics et privés):

- Nombre de personnes âgées : 470 986
- Maison de retraite : 318 établissements
- Logement foyer : 84 établissements
- EHPAD : 297
- Indice de vieillissement \* au 1<sup>er</sup> janvier 2009 : 77,6 /67,9 en France métropolitaine

\*Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 ans

Source : DREES-ARS - FINESS

### **Les situations de handicaps ou de pertes d'autonomie :**

Le diagnostic de l'état de santé met en avant un grand nombre de déficiences pouvant générer des incapacités ou des handicaps, et appelant autant de solutions de compensation et d'accompagnement adaptées. Les problématiques du dépistage et de l'accompagnement précoce, mais également celle du vieillissement des personnes handicapées sont prégnantes dans ce domaine. Il est également nécessaire d'affiner et de faire évoluer la mesure du besoin des personnes en situation de handicap.

Etablissements d'hébergement pour Personnes Handicapées adultes en Région Centre :

- Maison accueil spécialisée : 25
- Foyer d'accueil médicalisé : 50
- Foyer de vie : 76
- Foyer d'hébergement : 65
- Foyer polyvalent : 5

Source : DREES-ARS – FINESS janvier 2011

### **L'Education thérapeutique du patient :**

L'ARS du Centre soutient le développement de l'Education thérapeutique du patient (ETP). Son objectif est de rendre le malade chronique plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Au 1<sup>er</sup> septembre 2011, 107 programmes d'ETP ont été autorisés par l'ARS en région Centre. Ces programmes, principalement développés par des équipes hospitalières, restent centrés sur les grandes agglomérations et portent prioritairement sur le diabète, les maladies cardio-vasculaires et les pathologies chroniques.



### Les Contrats locaux de santé :

Plusieurs Contrats locaux de santé ont été signés entre l'ARS, les Préfectures et les Collectivités sur des territoires incluant des quartiers prioritaires. Ils portent sur la santé dans sa transversalité : prévention, accès aux soins, soin et médico-social... et visent à mettre en synergie les acteurs du territoire autour de problématiques et d'actions communes.

Les CLS constituent des leviers importants pour promouvoir la mise en place d'une dynamique territoriale autour du « sport-santé » portée par une Collectivité en synergie avec les acteurs locaux.

CLS signés en région Centre en 2011 et 2012 :

- Ville de Bourges
- Ville Blois
- Ville de Châteauroux
- Ville d'Orléans
- Villes de Dreux et Vernouillet
- Pays de Vierzon
- Pays Vendômois

D'autres Contrats locaux de santé sont en cours d'élaboration pour une signature en 2013 et 2014.

## **4. Plan sport santé bien être**

---

La réalisation d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante pour les personnes de tout âge porteuses de pathologies chroniques, et pour des personnes éloignées de la pratique, est un facteur de santé et de bien être. Ce plan a pour but de favoriser l'accessibilité aux offres d'activités physiques et de permettre une prise en charge coordonnée des usagers du système de santé sans rupture entre la prévention, le dépistage et le soin, en proposant un parcours de reprise d'activité physique adapté à chacun.

Ce plan « sport santé bien-être » concerne pour sa mise en œuvre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, les associations sportives agréées par Jeunesse et Sport et qui emploient des éducateurs et animateurs sportifs diplômés.

Le mot « sport-santé » de ce plan s'entendant au sens d'activités physiques et/ou sportives et non en termes de sport compétition.

### **4.1. Objectif général et objectifs opérationnels**

---

#### 4.1.1 Objectif général

Accroître le recours aux activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse et développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé de chacun.

#### 4.1.2 Objectifs opérationnels

- Objectif ❶ : Formaliser le réseau sport santé bien-être et conforter son rôle de structure ressource et de coordination des acteurs du milieu sportif et de la santé
- Objectif ❷ : Permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques d'accéder à une activité physique et/ou sportive dans un cadre sécurisé
- Objectif ❸ : Développer et valoriser les activités physiques dans et hors les Etablissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées.
- Objectif ❹ : Promouvoir dans le cadre de la politique de la ville (CUCS-ateliers santé ville...) et des Contrats locaux de santé, l'activité physique comme facteur de santé accessible à tous
- Objectifs transversaux :
  - Renforcer l'offre de formation « sport santé » des éducateurs et animateurs sportifs diplômés.
  - Elaborer une convention de partenariat ARS/DRJSCS

#### **4.2. Actions**

---

Objectif ❶ : Formaliser le réseau sport santé bien-être et conforter son rôle de structure ressource et de coordination des acteurs du milieu sportif et de la santé

- **Action 1** : Recrutement d'un coordonateur du réseau sport santé bien-être - 2013
- **Action 2** : Enquête auprès des médecins généralistes libéraux sur leur pratique de « prescription » d'activité physique et/ou sportive à leurs patients. Analyse des résultats -juin 2013
- **Action 3** : Construction d'un annuaire régional des structures sportives ayant une ou des activités « sport santé » -2013-2014
- **Action 4** : Mise en place d'une journée régionale sport santé bien-être-octobre 2013
- **Action 5** : Organisation de journées territoriales « sport –santé – bien être » -2014
- **Action 6** : Promotion au niveau régional de la démarche Sport-santé du Comité National Olympique et Sportif Français-2013

Objectif ② : Permettre aux personnes atteintes de maladies chroniques d'accéder à une activité physique et/ou sportive dans un cadre sécurisé

- **Action 1** : Développement de l'offre de structures « sport santé » par la mobilisation des acteurs (fédérations, comités, ligues, associations de patients...)-2014-2015
- **Action 2** : Intégration du sport-santé à destination des personnes atteintes de maladies chroniques dans les appels à projets ARS et DRJSCS-2013
- **Action 3** : Organisation d'un Appel à projet commun DRJSCS-ARS sur le champ d'intervention de l'objectif ②-2014
- **Action 4** : Rapprochement territorial des équipes des programmes d'ETP et des clubs sportifs ayant une activité « sport-santé » 2013-2014

Objectif ③ : Développer et valoriser les activités physiques dans et hors les Etablissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées.

- **Action 1** : Mise en œuvre d'activités sport-santé dans les EHPAD pour maintenir l'autonomie de la personne âgée institutionnalisée -2013-2015
- **Action 2** : Mise en œuvre d'activités sport-santé dans les structures pour personnes handicapées- 2013-2015
- **Action 3** : Valorisation des actions « sport-santé » mises en place pour les personnes âgées et personnes handicapées à domicile.

Objectif ④ : Promouvoir dans le cadre de la politique de la ville (CUCS-ateliers santé ville....) et des Contrats locaux de santé, l'activité physique comme facteur de santé accessible à tous

- **Action 1** : Organisation d'une rencontre régionale entre les acteurs des ateliers santé ville et des CLS sur les leviers de promotion de la pratique du sport santé bien-être-2014
- **Action 2** : Intégration d'actions « sport-santé » dans les contrats locaux de santé et les CUCS en lien avec les clubs sportifs– 2014

Objectifs transversaux :

- Renforcer l'offre de formation « sport santé » des éducateurs et animateurs sportifs diplômés.
- Elaborer une convention de partenariat ARS/DRJSCS
- Favoriser l'observation des APS-santé : Inciter les acteurs de l'observation à intégrer la dimension APS-santé

## 5. Equipe et gouvernance

---

### 5.1. Instances

---

- La CRSA et les Commissions spécialisées
- Les commissions de coordination « prévention » et « médico-sociale »
- Un Comité de pilotage (COFIL) réunissant des représentants « décideurs » de :

ARS (3 personnes)	CROS (1personne)
DRJSCS (3 personnes)	SRMS (1personne)
Assurance maladie ((1personne)	FRAPS (1personne)
Mutualité (1personne)	URIOPSS (1 personne)
CISS (1 personne)	

- Une équipe projet constituée des représentants suivants :

ARS (2 personnes)	DRJSCS (2 personnes)
CROS (1personne)	FRAPS (1personne)
Mutualité (1personne)	UFR STAPS (1personne)
SRMS (2 personnes)	UNSS (1personne)
USEP (1personne)	ARAIR (1personne)
Coordinateur du Réseau Sport santé bien être	IRFMK (1 personne)
URPS ML (1personne)	URPS MK (1personne)
Représentant Personnes âgées (1personne)	
Représentant personnes handicapées (1personne)	
Représentant de l'université/santé (1personne)	

### 5.2. Rôles et responsabilités

---

- La CRSA et les Commissions spécialisées
  - Avis sur le Plan
- Les commissions de coordination « prévention » et « médico-sociale » :
  - Avis sur le Plan
- Le COFIL :
  - Valide le plan d'actions sport santé bien être et son financement
  - Suit les travaux menés
  - Valide le bilan annuel du Plan
 Il se réunira deux fois par an.
- L'équipe projet

- Elabore le plan sport santé bien-être avec des fiches d'actions et des propositions de financeurs potentiels.
- Elabore l'évaluation annuelle du Plan présentée au COPIL
- Met en œuvre le plan avec la contribution du coordinateur du réseau sport santé bien être.
- Alerte le COPIL en cas de difficultés

## 6. Points de vigilance

---

N°	Risques identifiés	Probabilité	Réalité
1	Indisponibilité des partenaires	+	
2	Manque de financement pour les promoteurs	+	
3	Absence de coordinateur du réseau sport santé bien-être	++	
4	Problèmes de mobilisation des professionnels de santé (démographie médicale)	++	
5	Manque de porteurs des actions	+	

## 7. Interdépendance avec d'autres projets ou dispositifs régionaux

---

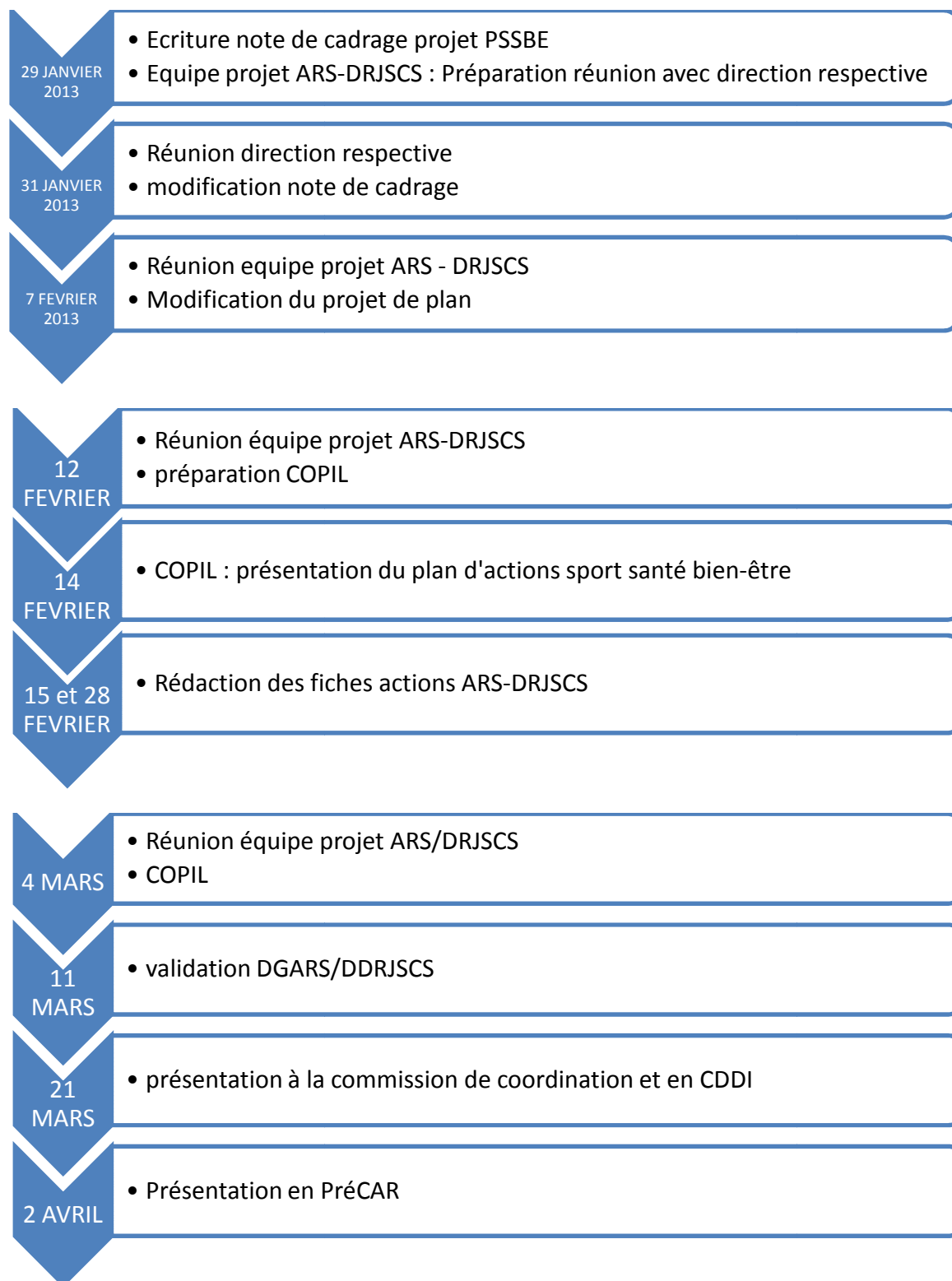
- Education thérapeutique du patient
- Autonomie de la personne âgée en EHPAD
- PNNS/PO
- Réseaux de santé
- Plan régional sport –handicap
- PRAPS ..../

## 8. Texte de référence du Plan sport santé bien être

---

- **Directive nationale d'orientation 2013** annexe 6 priorités ministérielles du programme 219 « sport » déclinées au niveau territorial pour 2013
- **Instruction N° DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012** relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012.

## 9. Calendrier de préparation du Plan sport santé Bien être



Fait à Orléans, le 11 octobre 2013

Le Directeur Régional de la  
Jeunesse, des Sports et de la  
Cohésion Sociale  
pour la région Centre,



**Yannick BARILLET**

Le Directeur Général de l'Agence  
Régionale de Santé du Centre,



**Philippe DAMIE**

---

## LEXIQUE

ARS	Agence régionale de santé
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
APS	Activité physique et sportive
PNNS	Plan national nutrition santé
PO	Plan obésité
EPGV	Education physique et de gymnastique volontaire
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Education thérapeutique du patient
CLS	Contrat local de santé

---

## ANNEXES

**Annexe 1 - Instruction N° DS/DSB2/SG/DGS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012** relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique

**Annexe 2 - Rapport de l'Académie nationale de médecine –octobre 2012 – Résumé et site internet**

**Annexe 3-Rapport HAS d'orientation sur le développement de la prescription thérapeutique non médicamenteuses - avril 2011- site internet**

---





Annexe 1

2

Classement thématique : Sports

Validée par le CNP, le 21 décembre 2012 - Visa CNP 2012-298

Examinée par le COMEX, le 19 décembre 2012

<p><b>Catégorie :</b> Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.</p>
<p><b>Résumé :</b> La promotion et le développement des activités physiques et sportives sont une priorité de santé publique qui a fait l'objet d'une communication en conseil des ministres. Il vous est demandé de décliner au niveau régional, un plan « sport santé bien-être » dont les lignes stratégiques ainsi que les modalités organisationnelles et financières de sa mise en œuvre sont précisées dans la présente instruction.</p>
<p><b>Mots-clés :</b> Activités physiques, sports, santé, prévention.</p>
<p><b>Textes de référence :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIRECTIVE NATIONALE D'ORIENTATION 2013 annexe 6 priorités ministérielles du programme 219 « Sport » déclinées au niveau territorial pour 2013.</li> </ul>
<p><b>Textes abrogés :</b> néant</p>
<p><b>Textes modifiés :</b> néant</p>
<p><b>Annexes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé.</li> <li>• Communication de la ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et la ministre des Affaires sociales et de la santé en conseil des ministres du 10 octobre 2012.</li> </ul>
<p><b>Diffusion :</b> auprès des ARS et des DRJSCS</p>

A l'occasion du conseil des ministres du 10 octobre dernier, la ministre des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative et la ministre des affaires sociales et de la santé ont présenté une communication relative à la pratique des activités physiques et sportives facteur de santé publique.

La présente circulaire a pour objet d'en organiser la mise en œuvre dans les régions.

1- La contribution des activités physiques et sportives (APS) à l'amélioration de la santé des populations n'est plus à démontrer.

Les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le rappellent et précisent pour trois classes d'âge (5-17 ans, 18-64 ans et 65 ans ou plus), les niveaux recommandés d'activité physique pour la santé. Par ailleurs, un récent rapport de l'Académie de médecine datant d'octobre 2012 renforce les résultats de l'expertise collective INSERM commanditée par le ministère chargé des sports en 2007.

Au niveau national, plusieurs plans et programmes nationaux de santé publique ont intégré dans leur volet prévention, la promotion et le développement des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé. Aussi, le Programme National Nutrition Santé (PNNS), dont la mise en

œuvre repose sur une coopération interministérielle, consacre un de ses axes à ce sujet et prévoit une place particulière aux publics éloignés de cette pratique, notamment les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes avançant en âge.

Au niveau local, plusieurs projets et actions concrètes ont été élaborés et mis en place grâce à l'implication active de l'Etat et la collaboration des Agences Régionales Santé (ARS), des collectivités territoriales, du secteur associatif sportif et de certains comités olympiques.

Malgré cet effort, de nombreuses populations restent encore éloignées de toute pratique, ce qui concourt à renforcer les inégalités en matière de santé.

**2- Il vous est donc demandé de mettre en place un plan « sport santé bien-être » décliné au niveau régional.**

Son objectif est d'accroître le recours aux activités physiques et sportives (APS) comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé de chacune et de chacun.

Ce plan d'action concernera plus particulièrement les publics dits « à besoins particuliers » : les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes avançant en âge...

Il s'organisera autour des lignes stratégiques suivantes :

- a. promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, cancer...);
- b. promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes avançant en âge quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et quel que soit le degré de perte de leurs capacités ;
- c. généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- d. renforcer l'offre de pratiques de loisir pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie (domicile ou institution) et intégrer les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements ;
- e. renforcer la prise en compte de la promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville, en utilisant particulièrement, les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé et en mettant en cohérence les politiques publiques de prévention avec le soutien de l'assurance maladie ;
- f. développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux, et notamment les « réseaux régionaux sport-santé » afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs.

**3- Vous veillerez à mettre en place un comité de pilotage co-organisé par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et l'ARS.**

Ce comité de pilotage régional se réunira dès le début de l'année 2013. S'il existe déjà, dans une région un comité de pilotage autour des sujets de la prévention, il conviendra d'y intégrer les acteurs identifiés pour la mise en œuvre du plan « Sport santé bien être » en évitant de multiplier les instances de concertation régionales. A ce titre, le mouvement sportif devra y être associé.

Ce plan devra s'articuler avec le PRS qu'il a vocation à compléter et renforcer sur la thématique « sport santé bien être ». A terme, ces actions ont vocation à être intégrées de façon pérenne dans le PRS.

Le comité de pilotage adoptera le plan d'action pluriannuel avant la fin du premier trimestre.

Vous transmettez ce plan à la direction des sports ([DS.B@jeunesse-sports.gouv.fr](mailto:DS.B@jeunesse-sports.gouv.fr)) et à la direction générale de la santé ([DGS-PNIG-PO@sante.gouv.fr](mailto:DGS-PNIG-PO@sante.gouv.fr)).

Le comité de pilotage s'assurera de la bonne mise en œuvre tout au long de l'année 2013 et en établira le bilan 2013 pour le 30 janvier 2014 au plus tard, date à laquelle ce bilan devra être transmis aux deux services précités. Il a vocation à s'inscrire dans le temps pour assurer le suivi de la déclinaison des actions mises en œuvre dans le plan « sport santé bien être ».

#### 4- Pour déployer cette stratégie au niveau régional, vous disposez des moyens suivants.

Au plan des outils, vous veillerez à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés par cette politique en vous appuyant plus particulièrement sur les dispositifs de proximité tels que les contrats locaux de santé. L'articulation, notamment avec la commission de coordination des politiques de santé de l'ARS, et les différentes commissions existantes doit être recherchée.

Au plan financier, vous disposez de moyens spécifiques : ainsi, 1,5 M€ ont été mobilisés par le CNDP au niveau national et répartis au niveau régional afin de financer les projets de ces plans d'actions.

Les crédits du fonds d'intervention régional pourront donc être mobilisés au profit des actions du plan « sport santé bien-être ». Leur mobilisation fera l'objet d'un suivi spécifique au sein du FIR.

Le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la direction des sports, la direction générale de la santé et la direction générale de la cohésion sociale restent à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Le secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales  
Haut Fonctionnaire de défense

Signé  
D. MORIN

Le Directeur des sports

Signé  
T. MOSMANN

Le Directeur général de la santé

Signé  
J.-Y. GRALL

La Directrice générale de la cohésion sociale

Signé  
S. FOURCADE

## Annexe 2

### LES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES - LA SANTE - LA SOCIETE

#### Physical and sporting activities- Health- Society

Jacques Bazex\*, Pierre Pène\*, Daniel Rivière, Michel Salvador

Résumé : Des publications de plus en plus nombreuses viennent confirmer que pratiquer des Activités Physiques et Sportives (APS) tout au long de la vie augmente l'espérance de vie en bonne santé, retarde la dépendance, et constitue un complément thérapeutique efficace en luttant contre la sédentarité pour de nombreuses affections comme l'obésité et bien d'autres encore, sans oublier la prise en charge des sujets en situation d'handicap. Outre Atlantique, la sédentarité a été qualifiée de « Sedentary Death Syndrome » [SeDS]. Si les effets favorables de la pratique des APS étaient connus de longue date, les études statistiques appliquées à des populations importantes ont confirmé ce qui était souvent contesté au plan individuel. La connaissance des retentissements des APS sur les processus cellulaires, tissulaires et métaboliques s'est considérablement améliorée, et le domaine des APS n'est plus limité à une vision ludique de la vie, mais occupe désormais une large place, de l'organisme sain à la prise en charge du pathologique. Plus généralement, se consacrer à des APS offre aussi des ouvertures considérables dans les domaines du social, de l'éducatif et de l'intégration.

Dés lors, notre Société peut-elle refuser ou même négliger ces avantages?

Ce travail a pour objectif :

- 1) d'examiner rapidement les avantages d'une pratique « Régulière, Raisonnée, Reasonnable » des APS, en mettant en garde cependant contre les incidents qui pourraient survenir en cas d'excès ;
- 2) de rappeler la désaffection de la population française vis-à-vis des APS, et d'en analyser les causes ;
- 3) d'indiquer le volume d'activités qui offrirait les meilleurs bénéfices pour les moindre inconvénients ainsi que les moyens de parvenir à un équilibre satisfaisant ;
- 4) de proposer une organisation nouvelle impliquant les pouvoirs publics pour guider nos concitoyens vers une pratique si bénéfique pour l'organisme, voire incontournable pour le bien être de chacun.

Toute la population doit trouver sa place dans ce programme sport pour la santé : le médecin doit transmettre ses connaissances, proposer des conférences de consensus et en surveiller leur application, le citoyen doit admettre que le maintien de sa santé appelle la poursuite d'APS pour son bien être, les pouvoirs publics doivent intervenir pour rendre prioritaire l'application d'un tel programme auprès de tous les sujets sans discrimination.

\*membres de l'Académie nationale de médecine

Le rapport est consultable :

<http://www.cancer-environnement.fr/LinkClick.aspx?fileticket=FSr5xlo3UqQ%3D&tabid=178&mid=891>

### Annexe 3

**Rapport d'Orientation sur le développement de la prescription thérapeutique non médicamenteuses - avril 2011**

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_therapeutiques\\_non\\_medicamenteuses\\_rapport.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf)