



Plan "Sport, Santé, Bien-Être" (SSBE) Haute-Normandie 2013 - 2017

Contacts :

D^r Sylvie GUERENTE

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports
et de la Cohésion Sociale de Haute-Normandie

D^r Claire LOUDIYI

Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie

Février 2014



Table des matières

I. Préambule	3
II. Introduction.....	4
III. Quelques définitions	5
IV. Recommandations	6
V. Contexte national	10
VI. Contexte régional	12
1. La région Haute-Normandie	12
2. Offre sportive : structuration du mouvement sportif (cf. annexe 2)	15
3. État des lieux de l'offre d'activité physique en établissements de santé	16
VII. Argumentation pour une action globale et nécessaire des différents partenaires	18
VIII. Plan d'action	18
1. Objectif général	18
2. Objectifs opérationnels transversaux	18
3. Lignes stratégiques (instruction du 24 décembre 2012)	18
4. Mise en œuvre du plan SSBE en Haute-Normandie	19
A. Dispositif de pilotage et d'évaluation du plan	19
B. Groupes de travail	20
C. Déclinaison du plan en 5 axes	20
Axe 1 : APS et maladies chroniques	20
Axe 2 : APS et vieillissement	29
Axe 3 : APS et handicap	35
Axe 4 : APS, politique de la ville, publics et territoires prioritaires	40
Axe 5 : dispositifs de collaboration des acteurs	48
Annexe 1.....	I
Annexe 2.....	IV
Annexe 3.....	VII

I - Préambule

Le 10 octobre 2012, Mme Valérie Fourneyron, ministre des sports, et Mme Marisol Touraine, ministres de la santé, ont présenté conjointement en conseil des ministres une communication intitulée « Sport Santé Bien être » (SSBE) mettant l'accent sur une approche nouvelle, globale, interministérielle et transversale qui place le sport comme outil de santé publique.

La circulaire du 24 décembre 2012 présente les modalités relatives à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé publique en direction des publics « dits prioritaires ». Une action conjointe ARS/DRJSCS est préconisée sur les régions.

Afin de pouvoir agir sur les différents facteurs qui influencent la pratique de l'activité physique, une collaboration avec l'ensemble des partenaires locaux est primordiale. Chaque acteur avec ses responsabilités, ses compétences et ses moyens pourra améliorer le dispositif et permettre à tous une accessibilité et un choix d'activité physique au plus près du lieu d'habitation de chacun. L'état de santé, le handicap, l'âge, le niveau socio économique ne doivent plus être des freins.

Il est important de rappeler à tous les bienfaits de l'activité physique et de mettre en œuvre les conditions pour favoriser sa pratique. C'est ainsi que nos actions pourront s'inscrire dans la durée et permettront d'améliorer la santé et la qualité de vie des individus et des populations les plus fragiles.

II - Introduction

Différents plans nationaux mettent déjà l'accent sur l'importance d'une activité physique (AP) régulière tout au long de la vie comme facteur de santé. En effet, la pratique d'activité physique régulière permet d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé, de retarder la dépendance et de réduire les hospitalisations et la consommation médicamenteuse.

L'AP régulière constitue un complément thérapeutique non médicamenteux en particulier pour les maladies chroniques (MC). Elle a également un rôle de sociabilisation et d'intégration de tous y compris de la population en situation particulière (handicap, précarité...).

L'ARS Haute Normandie a inscrit dans son plan régional de santé (PRS) et plus particulièrement dans son schéma régional de prévention (SRP) la lutte contre la sédentarité comme une priorité. Celle-ci doit se faire en favorisant la pratique d'activité physique pour tous et à tous les âges de la vie.

La DRJSCS a inscrit la préservation de la santé par le sport dans ses objectifs. Depuis plusieurs années, en collaboration avec les DDCS, l'ARS et la DRJSCS accompagnent des actions en lien avec le PNNS.

Plusieurs actions et projets ont été élaborés et mis en place grâce à l'implication active de l'Etat, des collectivités territoriales, du secteur associatif, du comité olympique, des professionnels de santé au sein de réseaux de santé ou EHPAD...).

Le mouvement sportif a, depuis quelques années, pris l'orientation du « sport santé », conscient de l'augmentation régulière des besoins.

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

La collaboration de l'ensemble des acteurs concernés devient une priorité afin de rendre l'activité physique accessible à tous et en particulier aux populations prioritaires. En effet l'activité physique est un facteur de santé pour tous, il est cependant nécessaire de favoriser son accessibilité aux populations qui en ont le plus besoin, en particulier : personnes avec maladies chroniques, personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité.

III. Quelques définitions

Santé

État de bien être total physique, social et mental de la personne. Ce n'est pas la simple absence de maladie ou d'infirmité.

Activité physique

Tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques, entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos. Cela inclut les activités quotidiennes telles que l'entretien de la maison, le shopping, le travail, le jardinage.

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. Istanbul, OMS, 2006

Condition physique

Ensemble d'attributs relatifs à l'aptitude à accomplir une activité physique, que les gens possèdent ou acquièrent.

Exercice physique

Mouvements corporels structurés, planifiés et répétitifs destinés spécifiquement à améliorer ou à maintenir la forme et la santé

Sport ou activité sportive

Sous-ensemble de l'activité physique, spécialisé et organisé, consistant en une activité revêtant la forme d'exercices et /ou compétitions, facilitée par des organisations sportives.

Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité. Istanbul, OMS, 2006

Activité physique qui implique des situations de compétition structurées, déterminées par des règles. Dans plusieurs pays européens, le terme « sport » est employé pour tous les exercices et les activités physiques de loisir.

Fitness

Un jeu d'attributs comme l'endurance, la mobilité et la force qui touche à la capacité d'exécution de l'activité physique.

Sédentarité

La sédentarité est définie comme le manque d'activité physique. Elle est considérée comme l'un des facteurs de risque majeur cardiovasculaire et de diabète. La sédentarité est impliquée aussi dans la survenue de cancer, de dépression et dans l'apparition des autres facteurs de risque tels que l'hypertension, l'hyperglycémie et la surcharge pondérale.

Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. OMS, Genève 2009

IV. Recommandations

Recommandations de l'OMS en matière d'activité physique et de santé

Les recommandations ont pour but de déterminer des seuils de pratique d'activité physique qui permettent d'atteindre un objectif de santé. Elles sont basées sur la relation dose / effet entre la fréquence, la durée, l'intensité, le type et la quantité totale d'activité physique nécessaire pour prévenir les maladies non transmissibles. Ces recommandations concernent trois groupes d'âge :

- ▶ les enfants et les jeunes de 5-17 ans,
- ▶ les adultes de 18-64 ans,
- ▶ les seniors de plus de 64 ans.

Enfants et jeunes

L'activité physique englobe notamment le jeu, les sports, les déplacements, les activités récréatives, l'éducation physique ou l'exercice planifié, dans le contexte familial, scolaire ou communautaire.

1. Accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.
2. La pratique d'une activité physique pendant plus de 60 minutes par jour apportera un bénéfice supplémentaire pour la santé.
3. L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance. Des activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, devraient être incorporées, au moins trois fois par semaine.

Adultes

L'activité physique englobe notamment les activités récréatives ou les loisirs, les déplacements, les activités professionnelles, les tâches ménagères, le jeu, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

1. Pratiquer au moins, au cours de la semaine :
 - ▶ 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée,
 - ▶ ou au moins 75 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue,
 - ▶ ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
2. L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.

3. Pour des bénéfices supplémentaires, pratiquer :

- ▶ 300 minutes par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée,
- ▶ ou 150 minutes par semaine d'activité d'intensité soutenue,
- ▶ ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.

4. Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Seniors

L'activité physique englobe notamment les activités récréatives ou les loisirs, les déplacements, les tâches ménagères, les activités ludiques, les sports ou l'exercice planifié, dans le contexte quotidien, familial ou communautaire.

Les points 1, 2 et 3 sont identiques aux recommandations pour l'adulte. Il est cependant précisé que :

4. Les adultes de cette classe d'âge dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.

5. Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

6. Lorsque des personnes âgées ne peuvent pas pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. OMS 2010

Recommandations de l'Union européenne (UE) en matière d'activité physique

L'UE et ses états membres préconisent un minimum de 60 minutes d'activité physique quotidienne d'intensité modérée pour les enfants et les jeunes, et un minimum de 30 minutes d'activité physique quotidienne d'intensité modérée pour les adultes, y compris les seniors.

Lignes d'action recommandées par l'UE en matière d'activité physique. Bruxelles 2008

Recommandations de la France en matière d'activité physique

En France, la recommandation diffusée depuis 2002 par le ministère chargé de la santé, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), est de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.

Programme national nutrition santé. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2002

**L'EFFICACITÉ DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE N'EST
OPTIMALE QUE SI ELLE EST RÉGULIÈRE.
TOUT LE BÉNÉFICE OBTENU PEUT ÊTRE
RAPIDEMENT PERDU À L'ARRÊT DE L'APS.**

Campagne nationale de prévention 2013

Le Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative et le Ministère des Affaires sociales et de la Santé lancent en mars 2013 une campagne nationale de prévention visant à informer les sportifs de tout niveau des précautions à prendre avant de pratiquer une activité sportive. Cette campagne, soutenue par le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF), s'appuie sur les 10 règles d'or édictées par le Club des Cardiologues du sport. Elles reposent sur trois principes :

- ▶ faire attention à sa santé,
- ▶ respecter certaines consignes simples et de bon sens lorsqu'on fait du sport,
- ▶ surveiller les signaux anormaux et ne pas hésiter à aller consulter son médecin traitant.

En effet, les accidents cardiaques survenant lors de la pratique sportive ne sont pas rares. Ils constituent la majeure partie des accidents sportifs graves, responsables de 1200 à 1500 cas par an de mort subite (non traumatique) sur notre territoire. L'enjeu de cette campagne est de prévenir les comportements dangereux ou simplement négligents qui augmentent ces risques et que les sportifs doivent apprendre à ne pas reproduire.

LE SPORT C'EST LA SANTÉ



10
RÉFLEXES
en or

pour la préserver

1
Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort. *

2
Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort. *

3
Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort. *

4
Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives.

5
Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition.

6
J'évite les activités intenses par des températures extérieures en-dessous de -5°C ou au-dessus de 30°C et lors des pics de pollution.

7
Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent et suivent mon activité sportive.

8
Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général.

9
Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre - courbatures).

10
Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes.

* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.



Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport



Informez-vous sur : www.sports.gouv.fr/10reflexesenor

V. Contexte national

CNDS 2013 (centre national de développement du sport) : directive ministérielle et note d'orientation

Le ministère chargé des sports s'inscrit dans la démarche de préservation de la santé par le sport depuis plusieurs années. En 2009, un appel à projets national conjoint de la direction des sports et de la direction de la santé intitulé « Activité physique et maladies chroniques » a été lancé en direction des associations sportives. Le CNDS a été créé en 2006 pour favoriser la pratique du sport pour le plus grand nombre, corriger les inégalités d'accès aux pratiques sportives et accompagner les associations sportives. En 2013, la promotion de la santé par le sport fera l'objet d'une action concertée afin d'encourager les acteurs locaux à développer des actions innovantes et pérennes notamment en direction de publics particuliers.

Les plans nationaux

Compte tenu des nombreux bénéfices pour la santé de la pratique régulière de l'activité physique, l'objectif de promouvoir une activité physique et des modes de déplacements actifs est inscrit dans plusieurs plans nationaux.

Plan national de prévention par l'activité physique ou Sportive (PNAPS 2008)

Rapport Préparatoire de la Commission Prévention, Sport et Santé présidée par le Pr Jean-François Toussaint et réunie d'avril à octobre 2008. Les enjeux sont de « changer la représentation sociale et les comportements vis-à-vis de l'activité physique ou sportive, d'agir sur les déterminants environnementaux et socio-économiques et de nouer des partenariats.

Plan national nutrition Santé (PNNS) 2011-2015

Publié le 20 juillet 2011 et ayant comme objectifs la promotion, le développement et l'augmentation de l'activité physique quotidienne pour tous et de façon adaptée chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques (axe 2).

Plan national santé environnement 2009-2013

Le plan, publié le 17 juillet 2009, prend en compte l'impact sur la santé des différents modes de transport, en favorisant les transports actifs et les mobilités douces (fiche 5, actions 13 et 14).

Plan obésité (PO) 2010-2013

Lancé le 20 juillet 2011, se propose de mobiliser les partenaires de la prévention de l'obésité, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique (axe 2).

Plan national vélo

Le plan, du 26 janvier 2012, a comme objectif principal d'encourager les Français à utiliser davantage le vélo aussi bien comme moyen de déplacement quotidien que comme activité sportive ou de loisir.

Plan cancer 2009-2013

Publié le 24 novembre 2009, dans le cadre de la prévention, se propose de promouvoir des actions de prévention sur les liens entre l'alimentation, l'activité physique et les cancers (axe 3, mesure 11).

Plan national bien vieillir 2007-2009

Le plan, du 2007, a comme but de promouvoir une activité physique et sportive chez les seniors comme mesure pour bien vieillir, à travers les mesures suivantes : information et sensibilisation des personnes vieillissantes, soutien des fédérations sportives s'adressant aux seniors, formation des professionnels afin d'offrir une activité physique adaptée (chapitre 4, axe 3).

Plan pour l'amélioration de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Publié en avril 2007, dans le cadre de la prévention des maladies chroniques, ce plan se propose de sensibiliser et former les acteurs de l'insertion sociale, scolaire, sportive et professionnelle aux besoins spécifiques des malades chroniques (axe 2, mesure 4).

La Haute autorité de Santé a inscrit les activités physiques ou sportives dans les programmes personnalisés de soins.

VI. Contexte régional

1. La région Haute-Normandie

Indicateurs démographiques

La Haute-Normandie compte 1,833 million d'habitants répartis sur 12 317 Km², soit une densité de 149 habitants par km² qui la situe en 5^{ème} position nationale.

La répartition de la population sur les territoires de santé se présente ainsi : Dieppe 9 %, Rouen 44%, Le Havre 25 % et Evreux Vernon 22 %.

À l'horizon 2040, près de 10 % de la population haut-normande aura plus de 80 ans contre moins de 5 % en 2010. Ce vieillissement de la population concernera l'ensemble des territoires et pose d'ores et déjà la question de la prise en charge de cette nouvelle composante de la population en terme de mise en place de politiques de santé adaptées.

Indicateurs socio économiques

La situation socio-sanitaire actuelle est préoccupante et très contrastée selon les territoires de santé que ce soit en termes d'indicateurs démographiques, sociaux, d'offre de soins ou bien encore d'état de santé.

Les indicateurs sociaux et sanitaires sont globalement peu favorables depuis plusieurs années. Les différentes analyses réalisées au niveau régional montrent en effet que la région se caractérise par :

- ▶ une situation sociale dégradée avec notamment un taux de chômage en constante augmentation depuis 2008 et toujours supérieur à celui observé au niveau national (10,5 % en HN contre 9,5 % au niveau national),
- ▶ une population moins diplômée qu'en France métropolitaine,
- ▶ une proportion de bénéficiaires des minima sociaux et de la Couverture Maladie Universelle supérieure à celle observée au niveau national (4,9% bénéficient du RSA en HN contre 4,2 au niveau national),
- ▶ un taux de scolarisation des 18-24 ans : 47,3 % en HN contre 51,7 % en moyenne nationale,
- ▶ le pourcentage de cadres (10,7 %) est inférieur à la moyenne nationale (14,6 %) mais la proportion d'ouvriers y est plus élevée (29,9 % au lieu de 24,1 %).

Indicateurs sanitaires

La Haute-Normandie présente une surmortalité générale de près de 8 % par rapport à la France métropolitaine (10 % chez les hommes et 6% chez les femmes).

Le territoire d'Evreux-Vernon présente une situation défavorable avec une surmortalité significative de 3 % par rapport à la région, essentiellement liée à la mortalité féminine. A l'inverse, le territoire de Rouen-Elbeuf présente une sous-mortalité de 3 % par rapport à la région que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

Il faut noter le poids des affections de longue durée (ALD). Plus du tiers des décès masculins entre 2000 et 2008 est dû à un cancer et viennent ensuite les maladies de l'appareil cardiovasculaire. Ces dernières sont chez les femmes la première cause de décès en Haute-Normandie devançant les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire.

La région est également caractérisée par une surmortalité prématurée (décès avant 65 ans) de 14 % par rapport à la France métropolitaine (16 % chez les hommes et 12 % chez les femmes).

Le territoire de santé de Dieppe présente la situation la plus défavorable avec une surmortalité prématurée de 5 % par rapport à la région (7 % chez les hommes et 3 % chez les femmes) suivi par le territoire du Havre.

Offre de soins et médico-sociale

Pour les généralistes, la densité moyenne régionale est inférieure à la moyenne nationale avec une situation préoccupante pour le département de l'Eure (7,9 omnipraticiens pour 10 000 habitants au 01/01/2012).

L'offre hospitalière se compose de 30 établissements hospitaliers publics et 25 établissements hospitaliers privés avec un taux d'équipement inférieur au taux national.

Au niveau de l'offre médico-sociale, les données sont comparables aux moyennes nationales.

L'offre de prévention et de promotion de la santé (PPS) permet le financement et la mise en place d'actions de promotion de l'activité physique (déclinaison régionale des PNNS et PO).

Les territoires « politique de la ville »

L'INSEE en 2007 pointait 89 quartiers dits « Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) » existant en Haute-Normandie et répartis en 25 « Zones urbaines sensibles (ZUS) » et 64 « Nouveaux quartiers prioritaires (NQP) ». Ces quartiers regroupent 247 000 habitants et 101 000 résidences principales.

Les quartiers Cucs concernent 14 % de la population régionale. Les populations de ces quartiers présentent des difficultés en termes de logements, de scolarisation et d'accès à la prévention et aux soins.

Les territoires prioritaires du Schéma régional de prévention (SRP)

Le croisement de différentes données (FNORS, politique de la ville et Éducation Nationale, nombre d'actions de prévention sur le territoire) a permis d'identifier des zones de priorité de niveau 1 et de niveau 2 pour bénéficier de manière plus importante du soutien de l'ARS.

Territoires de santé	Territoires prioritaires de niveau 1	Territoires prioritaires de niveau 2
Territoire du Havre	Le Havre Gonfreville l'Orcher Fécamp Pont-Audemer	Harfleur Goderville Fauville-en-Caux Saint-Romain de Colbosc
Territoire de Dieppe	Dieppe Saint Valéry en Caux	Blangy-sur-Bresle Offranville
Territoire de Rouen	Rouen Saint-Etienne du Rouvra Oissel Le Petit Quevilly Elbeuf Cléon Val de Reuil Louviers	Sotteville-lès-Rouen Caudebec les Elbeuf Neufchâtel en Bray Yvetot Aumale
Territoire d'Evreux-Vernon	Bernay Verneuil sur Avre Breteuil sur Iton	Le Neubourg Rugles

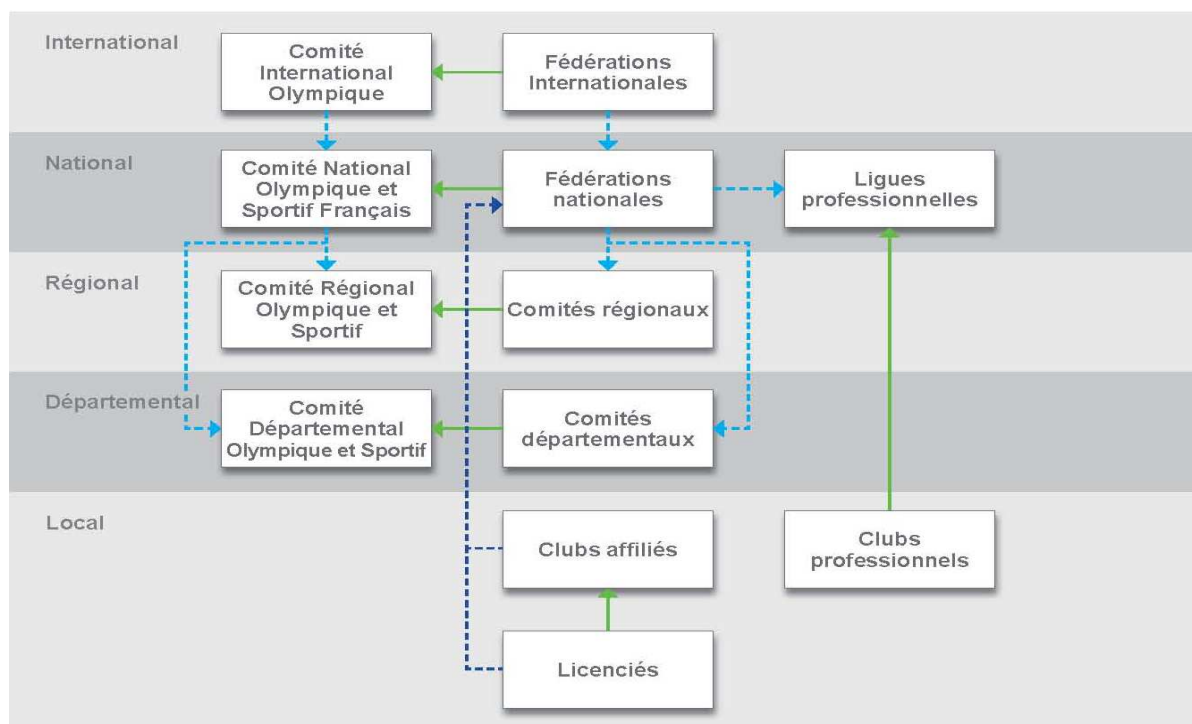
On entend par territoire prioritaire celui de la commune pour les zones urbaines et celui du canton pour les zones rurales.

2. Offre sportive : structuration du mouvement sportif (cf. annexe 2)

Selon l'article L100-1 du code du sport, le développement des activités physiques et sportives est un objectif d'intérêt général. Il repose sur la contribution de quatre familles d'acteurs que sont d'une part l'Etat et les collectivités territoriales, au titre de personnes morales de droit public, et d'autre part le mouvement sportif et les entreprises privées, au titre des personnes morales de droit privé.

En application de ce principe législatif, l'Etat délègue aux fédérations sportives l'organisation de la pratique sportive, en conférant à certaines d'entre elles des prérogatives de puissance publique. Ces acteurs associatifs, régis par la loi du 1er juillet de 1901 « relative au contrat d'association », représentent le mouvement sportif qui rassemble 15,1 millions de licenciés, 2 millions de bénévoles et 167.600 associations sportives affiliées aux fédérations sportives, elles-mêmes regroupées au sein du Comité national olympique et sportif français (CNOSF).

Le mouvement sportif, composé du mouvement olympique, du mouvement fédéral amateur et des ligues professionnelles, concourent à l'organisation du sport en France, aux côtés des entreprises privées qui interviennent en tant qu'investisseurs, annonceurs ou mécènes.



En Haute-Normandie, on retrouve un comité régional et deux comités départementaux olympiques et sportifs ainsi que 71 ligues sportives (niveau régional) et 113 comités départementaux, 2879 clubs en Seine-Maritime et 1009 clubs dans l'Eure.

Dans le champ de la médecine du sport, la faculté de médecine de Rouen organise une capacité de médecine et de biologie du sport en lien avec celles de Caen, d'Amiens et de Lille. La région accueille également 2 associations : l'Institut régional de médecine du sport et la Société normande de médecine du sport.

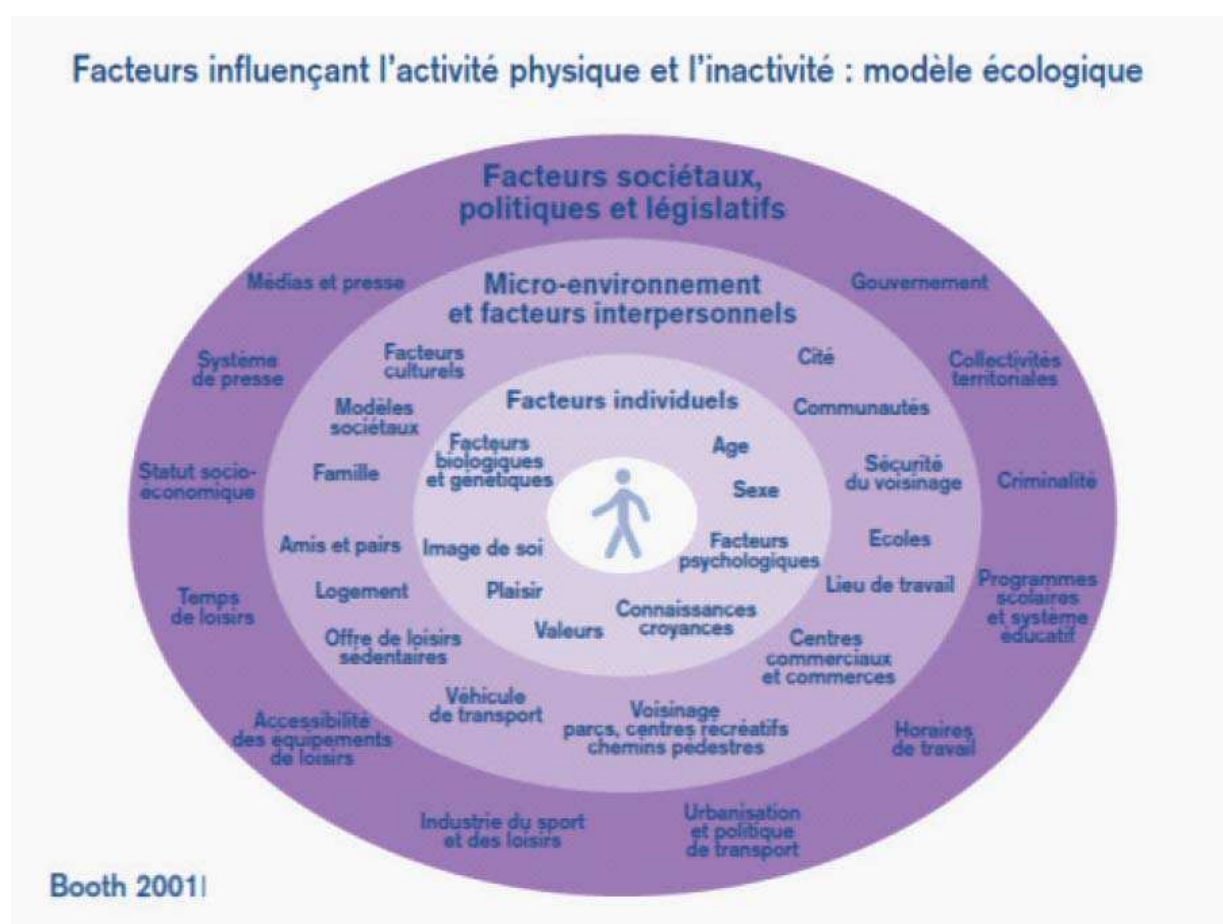
3. Etat des lieux de l'offre d'activité physique en établissements de santé

Une enquête a été réalisée entre décembre 2012 et février 2013 auprès de différentes structures afin d'identifier l'offre d'activités physiques proposée aux patients atteints de maladies chroniques, au niveau des hôpitaux (publics et privés), y compris auprès des équipes mettant en place de l'éducation thérapeutique, ainsi qu'au niveau des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des réseaux de santé.

Etablissement	Contactés	Réponse	Réponse		Pas de réponse
			Actifs	Non actifs	
Etablissements Publics 76	18	10 (56%)	6 (60%)	4 (40%)	8 (44%)
Etablissements Publics 27	12	7 (58%)	2 (29%)	5 (71%)	5 (42%)
Etablissements Privés 76	19	12 (63%)	8 (67%)	4 (33%)	7 (37%)
Etablissements Privés 27	6	4 (67%)	2 (50%)	2 (50%)	2 (33%)
Réseaux	23	17 (74%)	5 (29%)	12 (71%)	6 (26%)
EHPAD 76	97	54 (56%)	43 (80%)	11 (20%)	43 (44%)
EHPAD 27	45	25 (56%)	15 (60%)	10 (40%)	20 (44%)
Total	220	129 (59%)	81 (63%)	48 (37%)	91 (41%)

Ces réponses ont été classées en actifs/non actifs selon l'existence ou non d'une offre de pratique d'APS. Ces premiers résultats seront complétés par des recueils de données auprès des structures accueillant les populations ciblées dans ce plan.

VII. Argumentaire pour une action globale et nécessaire des différents partenaires



La promotion de l'activité physique ne peut être optimale que si l'on agit sur l'ensemble des facteurs d'une part et si l'action est inscrite dans la durée d'autre part. La disponibilité et l'accessibilité des lieux de pratique (espaces verts, zone de loisirs, chemins piétonniers, etc.) et des équipements sportifs, l'offre de loisirs encadrés, les politiques de transport urbain sont autant de facteurs susceptibles d'influencer la pratique d'APS. L'accessibilité doit être entendue ici dans ses différentes composantes : géographique, temporelles, organisationnelles, économiques, sociales et culturelles.

VIII. Plan d'action

1. Objectif général

Promouvoir les activités physiques et sportives (APS) comme facteur de santé et notamment en direction de publics dits « à besoins particuliers » : les personnes en situation de handicap, les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes avançant en âge, les personnes en situation de précarité.

2. Objectifs opérationnels transversaux

- ▶ Accroître la prescription des activités physiques et sportives comme thérapeutique non médicamenteuse.
- ▶ Pérenniser les actions existantes reconnues.
- ▶ Favoriser le développement de l'offre d'APS pour la santé par le milieu sportif.
- ▶ Favoriser la collaboration des acteurs régionaux.
- ▶ Organiser la mise en commun des moyens.
- ▶ Sensibiliser et former les professionnels de santé sur la recommandation des APS.
- ▶ Sensibiliser et former aux activités physiques adaptées les professionnels du sport et l'encadrement des structures sportives.
- ▶ Développer des actions de communication.

3. Lignes stratégiques (instruction du 24 décembre 2012)

1. Promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension, cancer...)
2. 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 quelque soit le degré de perte de leurs capacités
3. Généraliser et professionnaliser les activités physiques et sportives en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

4. 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
5. 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
6. Développer les dispositifs de collaboration des acteurs régionaux, et notamment les « réseaux régionaux sport-santé » afin de garantir la mobilisation de tous les acteurs

4. Mise en œuvre du plan «Sport Santé Bien Être» (SSBE) en Haute-Normandie

A. Dispositif de pilotage et d'évaluation du plan

Afin d'agir sur l'ensemble des facteurs influençant la pratique de l'activité physique, le comité de pilotage doit intégrer tous les partenaires concernés et impliqués sur cette thématique.

Une première réunion a été organisée le 14 mars 2013.

Composition du comité de pilotage :

ARS et DRJSCS (coordination)	DDCS 76
Association DECADE	FNARS
Association EMMA	IREPS
Association MARELIA	IRMS
CARSAT	MSA
CDOS 27	Mutualité Française
CDOS 76	Rectorat
CG 27	RSI
CG 76	STAPS
CISS	URPS (Kiné)
Conseil Régional	URPS (Médecins)
CPAM Eure	Représentant RLPS et ASV
CPAM Seine Maritime	Réseau Onco-Normand
CROS	URIOPSS
DDCS 27	

Une réunion plénière sera organisée une à deux fois par an pour assurer le suivi et proposer des adaptations du plan tenant compte de l'évolution du contexte.

Un comité de pilotage restreint regroupant l'ensemble des financeurs sera mis en place pour la réflexion autour de l'organisation des moyens.

Un bilan annuel sera fait le 31 janvier de l'année n+1.

B. Groupes de travail

Durant la première réunion du comité de pilotage, les groupes de travail vont être composés. Cinq groupes de travail seront mis en place, un par axe stratégique. Pour la formation et la communication, deux groupes de travail supplémentaires seront mis en place secondairement afin d'intégrer les attentes des groupes de travail thématiques. Ils élaboreront dans un second temps des propositions d'actions ou de stratégies en matière de formation et de communication.

Ces groupes de travail se réuniront trois fois maximum pour l'élaboration de fiches actions.

C. Déclinaison du plan sur 5 axes

1. APS et maladies chroniques
2. APS et personnes vieillissantes
3. APS et handicap
4. APS, politique de la ville, territoires et publics prioritaires du schéma régional de prévention
5. Développement de dispositifs de collaboration des acteurs

Axe 1 : APS en faveur des personnes atteintes de maladies Chroniques

Données de la littérature

Les bienfaits des APS sur la qualité de vie et dans la prise en charge thérapeutique des personnes atteintes de maladies chroniques ont été largement démontrées (cf. expertise collective de l'INSERM). Cependant, si les preuves scientifiques sont mieux connues, la prescription d'APS ne fait pas encore l'objet d'une pratique régulière. Les freins peuvent aussi bien être liés à un manque de pratique des professionnels et/ou de connaissances qu'à une méconnaissance de l'offre en activité physique adaptée. L'efficacité de l'AP a été prouvée sur différentes pathologies, avec une réduction significative des taux d'incidence.

Maladies cardiovasculaires

La pratique d'AP serait responsable de :

- ▶ La réduction de 15 à 39% d'incidence des coronaropathies ⁽¹⁾.
- ▶ La prévention des accidents cardiovasculaires et la réduction du risque d'accident cardiovasculaire cérébral de 25% ⁽²⁾.
- ▶ Un entraînement physique d'intensité modérée à raison de 5 séances par semaine permettrait de réduire l'hypertension artérielle de 12% ⁽³⁾.

Diabète

La réduction du risque de contracter le diabète de type 2 serait de 30% ⁽⁴⁾.

Maladies respiratoires

Une augmentation significative des volumes pulmonaires et des débits aériens aurait été démontrée chez des patients asthmatiques. Dans le cadre de la BPCO (Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive), il a été observé une diminution de l'hospitalisation et de la mortalité d'origine respiratoire jusqu'à 40% ⁽⁵⁾.

Cancer

La pratique d'AP diminuerait le risque de cancer du sein de 14%. Ce bénéfice est dépendant du volume d'activité physique ⁽⁷⁾.

La réduction du risque de cancer du côlon serait de 20 à 25% ⁽⁸⁾.

L'AP réduirait le risque de cancer du poumon de 20 à 60% selon l'intensité de la pratique ⁽⁹⁾.

D'autres effets bénéfiques de l'activité physique ont été démontrés, en particulier sur le surpoids et obésité ^(10, 11), les maladies musculo-squelettiques ^(12, 13), les maladies neurovégétatives ⁽¹⁵⁾, la démence ⁽¹⁶⁾, la dépression ⁽¹⁷⁾.

De nombreux articles mettent en avant les bienfaits des APS sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire des maladies chroniques (cf. expertise collective de l'INSERM 2008).

Bibliographies APS et maladies chroniques

- (1) Berlin JA, Colditz G. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *AJE*, 1990
- (2) Wendel-Vos et coll. Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. *IJE*, 2004.
- (3) Hager et coll. The role of exercise training in the treatment of hypertension. *SM*, 2000
- (4) Lindstrom et coll. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention : follow-up of the FDPS. *Lancet* 2006
- (5) Courteix et coll. Effect of intensive swimming training on lung volumes, airway resistance and on the maximal expiratory flow-volume relationship in prepubertal girls. *EJAP*, 1997
- (6) Garcia-Aymerich et coll. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease : a population based cohort study. *Thorax* 2006
- (7) Mac Tiernan et coll. Recreational physical activity and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *The Women's Health Initiative Cohort Study. JAMA* 2003
- (8) EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition)
- (9) Revue Lee (2003) sur 21 études menées aux Etats-Unis
- (10) Grundy SM et al. Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities. *MSSE*, 1999
- (11) Varo et coll. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the EU/IJE, 2003
- (12) Brill P et al. Muscular strength and physical function. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2000
- (13) Gregg E, Pereira M, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000 (14) *Proc Natl Acad Sci USA*, 2001
- (15) Chen H. et al. Physical activity and the risk of Parkinson disease. *Neurology*. 2005
- (16) Wang et coll. Performance-based physical function and future dementia in older people. *AIM* 2006
- (17) Landers et Arent, Physical activity and mental health. In : *The handbook of research in sport psychology*. 2001
- (18) Kemmler et coll. *AIM* 2004

Contexte et état des lieux en Haute-Normandie

D'après le diagnostic sanitaire et social des territoires de santé de Haute-Normandie, établi par l'Observatoire régional de la santé (ORS) en janvier 2011 :

- Entre 2006 et 2007, près de 35 620 admissions en affections de longue durée ont été recensées annuellement en Haute-Normandie. Les deux principaux motifs d'admissions sont les maladies cardio-vasculaires (32,5%) et les tumeurs (24,5%), mais il convient de noter la forte augmentation du diabète et des pathologies respiratoires.
- La moitié des admissions en affections de longue durée concernent des personnes âgées de 65 ans et plus. Les tumeurs constituent le premier motif d'admission en affections de longue durée entre 15 et 64 ans, suivies des maladies cardio-vasculaires et métaboliques. Toutefois, les hommes et les femmes présentent des situations différentes avec une prédominance des tumeurs chez ces dernières contre une prépondérance des maladies cardiovasculaires chez les hommes.

D'après les données régionales des 30 ALD de la CNAMTS, en termes de prévalence et d'incidence pour les assurés du régime général sur les années 2004 à 2008, il ressort que les pathologies les plus représentées sont: le diabète, les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les maladies psychiatriques, les pathologies respiratoires.

Dans l'enquête réalisée en 2013 par l'ARS, il ressort que plusieurs initiatives existent mais sont encore peu développées et loin d'être généralisées.

Exemples d'actions proposées par les réseaux :

Territoire de santé	Etablissement	Intitulé du projet	Résumé de l'action	Financeurs et partenaires
Haute Normandie	Maredia Réseau de Santé Diabète	Aide à la reprise et au maintien d'une AP chez les patients diabétiques.	Remobilisation du corps par des séances d'AP (diabet'action), marche.	ARS
Haute Normandie	REPOP-HN	Projet destiné aux enfants en surpoids (IMC > 97ème percentile) âgé 3-6 ans ou 7-14 ans et leurs parents.	Le Club Mini Ligne organise des séances d'APA pour enfants en surpoids, de 3 à 6 ans et de 7-14 ans. Réunions de sensibilisation et journée «vis ton challenge» : une après-midi festive d'APA.	ARS, CG 27, CG 76, DRJSCS
Eure	Résalis	Atelier d'aide à la reprise et au maintien d'une AP chez les patients atteints de BPCO	Gym douce de remobilisation du corps avec coordination du souffle/ marche.	ARS
Le Havre	Réseau diabète estuaire	Remise et éducation à l'APA des patients diabétiques de type 2.	Mise en place d'ateliers de remise à l'APA, animés par des éducateurs du comité départemental EPMM Sport pour tous.	ARS, CODAH, patients, CDEPMM
Seine-Maritime	Réseau Asthme 76	Sensibilisation, promotion et formation afin d'améliorer la prise en charge des enfants et jeunes asthmatiques.	Formation des professeurs EPS afin d'améliorer la prise en charge des élèves asthmatiques lors de la pratique du sport. Informations chez les étudiants universitaires, chez les parents aux crèches et pendant la Journée Mondiale de l'Asthme. Formation des MG et des pharmaciens.	ARS

Par ailleurs la prescription d'APS ne fait pas encore l'objet d'une pratique régulière. Les freins peuvent aussi bien être liés à un manque de pratique des professionnels et/ou de connaissances qu'à une méconnaissance de l'offre en activité physique adaptée.

Offre du mouvement sportif

Des ligues, comités ou clubs sportifs sont déjà engagés dans des actions spécifiques vers ces publics.

Exemples :

Ligues ou clubs	Intitulé du projet	Public ou pathologie
Canoé Kayack (club Belbeuf)	Dragon boat et cancer du sein	Cancer du sein
Entraînement physique dans le Monde Moderne	Diabétaction : Promotion de l'activité physique auprès des diabétiques	Diabétiques
Athlétisme	«Coach athlé santé» : label fédéral donné à des éducateurs employés dans des clubs d'athlétisme et formés à la prise en charge de maladies chroniques (partenariat avec fédération de pneumologie pour la prise en charge de BPCO ou asthme)	4 coaches « athlé-santé » dans la région
Escrime	Escrime et cancer du sein	Cancer du sein - Début en 2013
Comité départemental 76 CAMI Sport et cancer	Promouvoir, développer et organiser la pratique de l'Activité Sportive à destination des patients atteints ou ayant été atteints de cancer.	Cancer
Autres structures	Intitulé du projet	Public cible
Fédération de cardiologie	Clubs Cœur et santé: activité physique pratiquée en groupe et encadrée en phase 3 (après la phase de réadaptation cardiaque)	Cardiaques
Institut régional de médecine du sport	Sport et cancer: promotion activité physique, prescription et réalisation d'APA en structure intermédiaire avec relais vers association sportive	Patients avec cancer suivi par le centre régional d'oncologie Becquerel du CHU
REPOPHN (Réseau de prise en charge pédiatrique de l'obésité)	APAES (Activité physique adaptée des enfants en surpoids)	Enfants obèses

Au vu de ces différents éléments (importance grandissante des maladies chroniques, bénéfices de l'activité physique indiscutable, une offre régionale insuffisante mais un réel potentiel de mise en place), il nous a semblé important de mettre en priorité l'objectif suivant :

Objectif : promouvoir et développer la pratique des APS par les personnes atteintes de maladies chroniques (notamment cancer, diabète, cardiovasculaires, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), obésité)

Pour décliner cet objectif, plusieurs actions sont retenues :

- ▶ **Action 1** : recenser les types d'APS adaptées proposées et constituer un annuaire des structures identifiées
- ▶ **Action 2** : repérer les actions ; soutenir et développer les actions plus pertinentes
- ▶ **Action 3** : développer et organiser l'activité physique adaptée dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), dans les filières de soins et les réseaux de santé (mutualiser l'offre entre les programmes)
- ▶ **Action 4** : développer les compétences professionnelles de l'encadrement sportif, médical, paramédical et social à travers des actions d'information, de sensibilisation et de formation

4 «fiches action» sont ci-après proposées.

Axe 1 : « APS et maladies chroniques »

Objectif 1 : promouvoir et développer la pratique de APS par les personnes atteintes de maladies chroniques et notamment : maladies cardiovasculaires, diabète, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer, obésité.

Objectif opérationnel	Action 1 : recenser les types d'APS adaptées proposées et constituer un annuaire des structures identifiées	
Modalités d'actions et calendrier	2013 - 2014	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'un annuaire à partir d'une enquête déclarative auprès des clubs répertoriés par les conseils généraux - Appui du mouvement sportif pour solliciter les structures non répertoriées et les inciter à se faire référencer - Organisation de la mise à jour et du suivi de l'annuaire - Label SSBE : Définition de critères de labellisation
Pilotage de l'action	ARS, DRJSCS, CG 27 et 76	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes atteintes des maladies chroniques	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	CDOS, DDCS, CROS, conseil régional, réseaux.	
Indicateurs d'évaluation	Finalisation du répertoire, critères de labellisation définis	

Axe 1 : « APS et maladies chroniques »

Objectif 1 : promouvoir et développer la pratique de APS par les personnes atteintes de maladies chroniques et notamment : maladies cardiovasculaires, diabète, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer, obésité.

Objectif opérationnel

Action 2 : repérer les actions de promotion de l'APS, soutenir et développer les actions les plus pertinentes

Modalités d'actions et calendrier

2013 -
2014

- Etat des lieux et repérage des actions
- Choisir quelques actions les plus pertinentes et favoriser la pérennisation des actions repérées
- Favoriser le développement de liens entre les différentes actions (mutualisation)

Pilotage de l'action

ARS, DRJSCS

Territoires ciblés

Région

Public(s) visé(s)

Personnes atteintes des maladies chroniques

Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre

Membres du groupe de travail

Indicateurs d'évaluation

Nombre d'actions soutenues et développées annuellement, taux de couverture de la région

Axe 1 : « APS et maladies chroniques »

Objectif 1 : promouvoir et développer la pratique de APS par les personnes atteintes de maladies chroniques et notamment : maladies cardiovasculaires, diabète, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer, obésité.

Objectif opérationnel	Action 3 : développer et organiser l'AP adaptée dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), dans les filières de soins et les réseaux de santé	
Modalités d'actions et calendrier	2014 et durée du plan	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer une fiche synthétique ce qu'est un programme d'ETP - Auprès des patients : promouvoir les programmes existant (ALD initiale ou renouvellement) - Auprès des médecins généralistes (via les actions DAM)
Pilotage de l'action	ARS, CARSAT, CPAM, DCGDR	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes atteintes des maladies chroniques	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Réseaux de santé, représentants de coordinateurs ETP, STAPS	
Indicateurs d'évaluation	Nombre de programmes intégrant les APS	

Axe 1 : « APS et maladies chroniques »

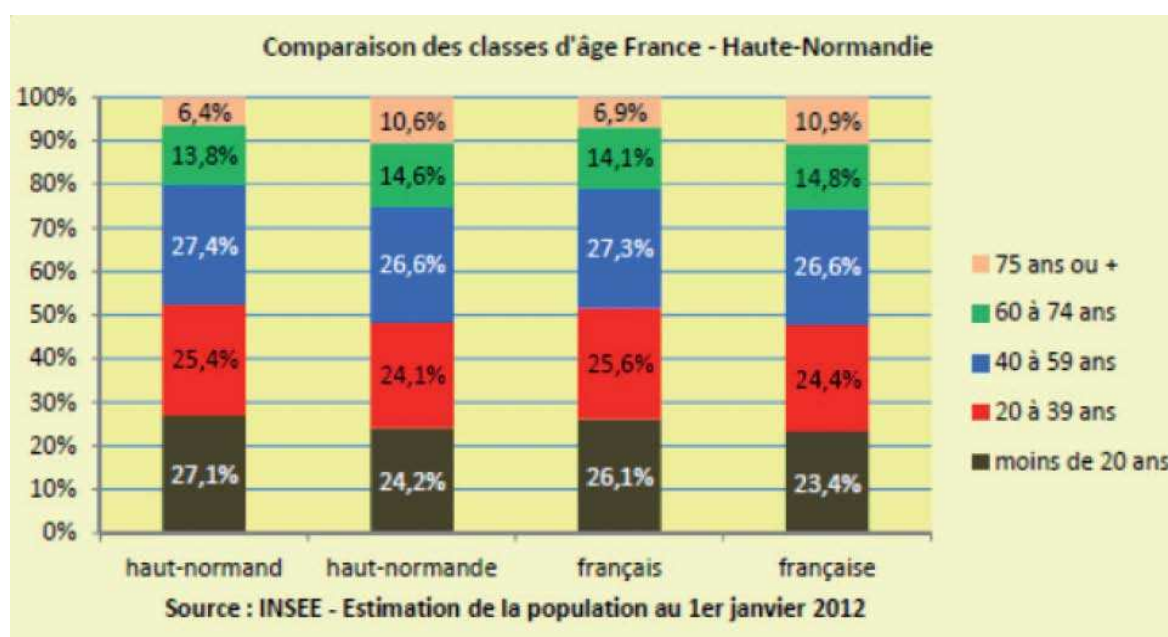
Objectif 1 : promouvoir et développer la pratique de APS par les personnes atteintes de maladies chroniques et notamment : maladies cardiovasculaires, diabète, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), cancer, obésité.

Objectif opérationnel	Action 4 : développer les compétences professionnelles de l'encadrement sportif, médical, paramédical et social à travers des actions d'information, de sensibilisation et de formation.	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	<ul style="list-style-type: none"> - Formations spécifiques des encadrants sportifs sur les spécificités des maladies chroniques - Multiplier les rencontres du monde médical et du monde sportif - Organiser des sessions de formation par pathologie en région - Passer par le souhait de labellisation pour proposer des formations
Pilotage de l'action	ARS, DRJSCS, Conseil régional	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes atteintes de maladies chroniques	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	URPS, STAPS, IREPS, IRMS, mouvement sportif olympique, fédérations et ligues impliquées, CPAM	
Indicateurs d'évaluation	Nombre de formations proposées, nombre de professionnels formés par catégorie professionnelle	

Axe 2 : APS et personnes vieillissantes

Données démographiques en Haute Normandie (voir INSEE)

Plus de 16 % de la population en Haute Normandie a 65 ans ou plus. L'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) montre un vieillissement moins prononcé en Haute Normandie comparativement à la France. Le territoire de santé de Dieppe se distingue cependant par un indice supérieur à la France.



Inversement le territoire de santé d'Evreux Vernon comprend une population moins vieillissante. Les projections laissent prévoir à l'horizon 2040 une augmentation des plus de 65 ans (+ 76 %) qui représenteront 25 % de la population (16,5 % aujourd'hui).

D'ici 2015, le nombre de personnes âgées de 60 à 69 ans et de plus de 75 ans augmentera. A l'inverse, les personnes âgées nées pendant la guerre qui auront entre 70 et 74 ans en 2015 seront moins nombreuses.

Une étude menée en Seine-Maritime* envisage des évolutions de la structure de la population et de ses conditions de vie d'ici 2020 :

- le nombre de personnes âgées dépendantes connaîtra une hausse plus modérée (18,5%) que celui de la population totale, grâce au recul de l'âge d'entrée en dépendance,
- les plus de 85 ans représenteraient plus de la moitié de la population dépendante contre 44% en 2005,
- la part des personnes dépendantes augmenterait avec l'âge pour atteindre 35% des plus de 90 ans,

- les personnes âgées dépendantes vivant seules à domicile représenteraient 21,5% de la population dépendante en 2020 contre 18,5 % en 2005,
- 32 % des personnes dépendantes résideraient en institution en 2020, contre 35 % en 2005, du fait du recul du nombre de personnes âgées dépendantes vivant en institution chez les 75-84 ans en lien avec le recul de la dépendance par âge.

* Source : Aval – n°80 – Juin 2009 – Les personnes âgées dépendantes en Seine-Maritime – Une augmentation potentielle de 18% entre 2005 et 2020.

Dans de nombreux cas, les effets du vieillissement se conjuguent aux maladies chroniques. L'enjeu sera de retarder au maximum la survenue de la perte d'autonomie et des pathologies liées à l'âge tout en préservant la qualité de vie. Un programme régulier d'activités physiques à visée cardiovasculaire mais aussi de préservation de la force musculaire va aider non seulement à prévenir ou retarder l'apparition des effets négatifs du vieillissement mais aussi à apporter du lien social.

Etablissement	Contactés	Réponse	Réponse		Pas de réponse
			Actifs	Non actifs	
EHPAD 76	97	54 (56%)	43 (80%)	11 (20%)	43 (44%)
EHPAD 27	45	25 (56%)	15 (60%)	10 (40%)	20 (44%)

Contexte et état des lieux

Les résultats de l'enquête réalisée en 2013 par l'ARS auprès des structures de prise en charge montrent que plusieurs initiatives sont déjà mises en place principalement au niveau des EHPAD. Différents types d'APS y sont proposés.

Voici quelques exemples d'actions de programmes d'AP destinés aux personnes âgées porteuses de handicap :

Territoire de santé	Etablissement	Intitulé du projet	Résumé de l'action	Financeurs et partenaires
Dieppe (76)	EHPAD de l'HL du Grand Large Foyer de Vie Saint Valéry en Caux	Ateliers d'athlétisme et randonnée pour adultes handicapés.	Athlétisme 2 fois par semaine Randonnée une fois par mois	
Rouen-Elbeuf (76 et 27)	EHPAD du CHI Elbeuf-Louviers-Val de Reuil	Projet cible pour résidents valides, dépendants et personnes à mobilité réduite.	Gym douce, randonnée, jeux d'adresse et de mémoire.	Autofinancement

Rouen-Elbeuf (76)	EHPAD Foyer Saint Joseph	Pratique d'exercices doux et adaptés pour personnes âgées et à mobilité réduite.	Vélo et pédalage assisté, gymnastique sur chaise.	Autofinancement
Rouen-Elbeuf (27)	EHPAD Korian l'Ermitage	Favoriser l'éveil corporel par l'APA chez les personnes âgées y compris en fauteuil	Gym douce et initiation à l'escrime	Autofinancement et FF Escrime
Rouen-Elbeuf (27)	EHPAD de Pont de l'Arche	AP chez patients âgés avec ou sans troubles cognitifs afin de maintenir l'autonomie physique et le contact social.	Séance de gym douce : exercices d'amplitudes, de souplesse, de résistance et de tonicité sur chaises ou fauteuils roulants avec ballons en mousse, bâtons, foulards, 2 fois par semaine.	Autofinancement

Les données concernant l'offre d'activité physique pour les personnes âgées à domicile sont cependant moins connues. De nombreuses communes, souvent via le CCAS, proposent une offre importante d'activités. De nombreux organismes, notamment la CARSAT, la MSA et la Mutualité Française, soutiennent des programmes spécifiques (gym douce, prévention des chutes...).

Des actions de promotion de la santé sont menées en région par des fédérations sportives comme la Fédération française de l'EPGV ou celle de l'EPMM qui font des actions de prévention de chutes ou en direction des malades d'Alzheimer. Les fédérations Unisport s'impliquent de plus en plus dans la mise en place d'activités pour les seniors (gymnastique, athlétisme, escrime,...).

Sur cet axe « APS et personnes vieillissantes », les objectifs et actions suivantes ont été retenus :

Objectif 1 : promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes vieillissantes quel que soit le lieu de vie (domicile ou institution)

- **Action 1** : identifier les ressources et l'offre existante
- **Action 2** : promouvoir les APS auprès des personnes vieillissantes

Objectif 2 : généraliser et professionnaliser les APS en EHPAD

3 «fiches action» sont ci-après proposées.

Axe 2 : « APS et personnes vieillissantes »

Objectif 1 : promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes vieillissantes quel que soit le lieu de vie (domicile ou institution)

Objectif opérationnel	Action 1 : identifier les ressources et l'offre existante	
Modalités d'actions et calendrier	2013-2014	<ul style="list-style-type: none"> - Enquête régionale commune à tous les axes du plan SSBE auprès des clubs et associations - Construction du questionnaire en ligne avec possibilité d'actualisation annuelle - Elaboration d'un annuaire - Etat des lieux en institution par questionnaire envoyé dans les EHPAD
Pilotage de l'action	Conseils généraux, ARS, DRJSCS	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes vieillissantes de 64 ans et plus	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Membres du groupe de travail	
Indicateurs d'évaluation	Finalisation de l'annuaire	

Axe 2 : « APS et personnes vieillissantes »

Objectif 1 : promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) pour les personnes vieillissantes quel que soit le lieu de vie (domicile ou institution)

Objectif opérationnel	Action 1 : promouvoir les APS auprès des personnes vieillissantes	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	<ul style="list-style-type: none"> - Développement d'un programme de communication - Mise en place d'un groupe technique activité physique et personnes vieillissantes pour accompagner le développement de cette promotion des APS - Répertorier tous les dispositifs de facilité d'accès existants et améliorer leur lisibilité
Pilotage de l'action	ARS et conseils généraux	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes vieillissantes de 64 ans et plus	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Membres du groupe de travail	
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de réunions du groupe technique - Répertoire de l'offre existante 	

Axe 2 : « APS et personnes vieillissantes »

Objectif 2 : généraliser et professionnaliser les APS en EHPAD

Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan (à partir de 2014)	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les compétences professionnelles pour la pratique des APS en EHPAD - Développer des actions construites autour du projet de vie de la PA - Sensibilisation et formation d'intervenants en EHPAD
Pilotage de l'action	ARS, conseils généraux, conseil régional	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes vieillissantes de 64 ans et plus	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	URIOPSS, APSJ 76, APSL 27, organismes de formation, FNEAD, FEHAP	
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre de professionnels formés intervenant en EHPAD et nombre d'EHPAD bénéficiant de professionnels formés selon leur localisation</p> <p>Nombre de projets d'animation intégrant de l'APS</p>	

Axe 3 : APS et personnes en situation de handicap

Contexte et état des lieux

Définition du handicap selon la loi 2005-102 du 11 février 2005 :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Le champ du handicap est un secteur complexe en raison de la diversité et la répartition des compétences par le législateur et de la diversité des déficiences.

Il n'existe pas, à ce jour de données régionales exhaustives sur la population en situation de handicap (nombre, déficiences, parcours...) du fait de la complexité du champ qu'il recouvre.

Un des axes prioritaires du SROMS (schéma régional de l'offre médico sociale) est donc de construire un dispositif d'observation partagé : observatoire régional du handicap. La mise en place d'un observatoire en Haute-Normandie doit permettre d'améliorer la connaissance du profil des publics et de leurs besoins. Il s'agira également d'avoir une vision territorialisée de ces données.

Dans le cadre du Schéma régional de prévention, une étude permettant de mieux adapter l'offre de prévention et de promotion de la santé en faveur des personnes en situation de handicap en Haute-Normandie a été réalisée. L'objectif est de déployer des actions dès 2013. La promotion des APS devra en faire partie.

Sport et handicap

En France, deux fédérations développent, coordonnent et contrôlent la pratique des APS par des personnes en situation de handicap :

- La fédération handisport : handicapés visuels, tétraplégiques et paraplégiques, séquelles neurologiques assimilables, amputés et assimilés, infirmes moteurs cérébraux
- La fédération du sport adapté : handicap mental ou psychique

En Haute-Normandie, 200 associations accueillent plus de 2000 licenciés pour une trentaine de disciplines sportives. L'ensemble de ces clubs sont labellisés en Seine Maritime et signent une charte dans l'Eure. Tous ces clubs sont répertoriés sur le site www.handiguide.sports.gouv.fr

L'organisation territoriale (voir détail en annexe 3) :

- ▶ Un pôle ressources régional « sport & handicap »
- ▶ Une équipe technique et pédagogique régionale
- ▶ Deux commissions départementales
- ▶ Des projets déjà impulsés :
 - Un site internet <http://www.sporthandicap76.fr/> présentant l'ensemble de l'activité en faveur du sport & handicaps dans le département,
 - Une plaquette de promotion « sport – handicap : pour une pratique partagée ».
 - La mise en place, en matière de formation, d'un Certificat de Spécialisation (CS) « Accompagnement et intégration des personnes en situation de handicap »
 - Soutien à un projet emblématique, mis en œuvre par la commission départementale de l'Eure : « Sur la route des Jeux - Londres 2012 »
 - Dispositifs HandipassSport financés à parité par le CNDS et les Conseils Généraux. (aide à la licenciation)

Première région de France en 2011, quant au volume de sa participation au « sport handicap » sur l'enveloppe CNDS, la Haute-Normandie a continué son effort en mobilisant en 2012, 7.2% de la part territoriale CNDS à cette thématique soit : 235 871€.

Il conviendra de compléter l'état des lieux avec les actions menées par les établissements et services médico- sociaux accueillant des personnes handicapées (cf étude en cours)

Sur cet axe « APS et handicap », les objectifs et actions suivantes ont été retenus :

Objectif 1 : renforcer l'offre de pratique de loisir pour les personnes en situation de handicap

- ▶ **Action 1** : identifier les ressources et l'offre existante (en et hors établissements)
- ▶ **Action 2** : favoriser la connaissance et l'accès à l'offre d'APS pour l'ensemble du public porteur d'un handicap

Objectif 2 : intégrer les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements

3 «fiches action» sont ci-après proposées.

Axe 3 : « APS et handicap »

Objectif 1 : renforcer l'offre de pratique de loisir pour les personnes en situation de handicap

Objectif opérationnel	Action 1 : identifier les ressources et l'offre existante (en et hors établissements)	
Modalités d'actions et calendrier	2013-2014	<p>- Hors établissement :</p> <p>Pole ressources : collaboration et harmonisation 27 et 76 pour élaborer un document unique identifiant les ressources de la région</p> <p>- En établissement : état des lieux</p>
Pilotage de l'action	ARS et conseils généraux, équipe technique pédagogique régionale (ETPR) du pôle ressources sport et handicap	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes en situation de handicap	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	MDPH, comité handisport et sport adapté, CDOS 27 et 76	
Indicateurs d'évaluation	Etat des lieux exhaustif	

Axe 3 : « APS et handicap »

Objectif 1 : renforcer l'offre de pratique de loisir pour les personnes en situation de handicap

Objectif opérationnel	Action 2 : favoriser la connaissance et l'accès à l'offre d'APS pour l'ensemble du public porteur d'un handicap	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser la diffusion de l'information commune par l'ensemble des partenaires - Création d'un outil régional (plaquette) - Organiser des rencontres territorialisées entre les acteurs professionnels et les acteurs associatifs
Pilotage de l'action	ARS et conseils généraux, équipe technique pédagogique régionale (ETPR) du pôle ressources sport et handicap	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes en situation de handicap	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	MDPH, comité handisport et sport adapté, CDOS 27 et 76	
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'actions de communication conduites	

Axe 3 : « APS et handicap »

Objectif 2 : intégrer les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements

Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les établissements pour que l'APS soit partie intégrante du projet individuel de prise en charge (élaboration, évaluation, révision) - Information des usagers par les MDPH
Pilotage de l'action	ARS et conseils généraux, MDPH	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Personnes en situation de handicap	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre		
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'établissements sensibilisés	

Axe 4 : APS, politique de la ville, territoires et publics prioritaires du schéma régional de prévention.

Contexte et état des lieux

Plusieurs axes sont développés dans ce contexte. Des initiatives sont déjà en cours grâce à différents moyens que sont les contrats locaux de santé, la politique de la ville. Par ailleurs des initiatives particulières sont menées en faveur des publics précaires, notamment hébergés à l'initiative des DDCS.

Contrats locaux de santé (CLS)

Les CLS négociés entre l'ARS et les collectivités sont des leviers puissants et concrets de mobilisation des acteurs. Le contrat local de santé doit permettre de fédérer les acteurs d'un territoire pour mener une action de santé publique concertée en faveur des populations : son périmètre est à établir en fonction des priorités locales mais intègre forcément une action sur les déterminants de santé et doit viser la réduction des inégalités sociales de santé. Il engage les signataires (ARS et collectivité) mais doit aussi mobiliser l'ensemble des partenaires concernés, en valorisant et coordonnant des actions qui existent déjà ou en portant des actions nouvelles.

Quatre contrats ont déjà été signés dans la région et certains ont déjà pris en compte la promotion de l'activité physique comme un élément important de l'amélioration de l'état de santé de la population.

Le contrat local de santé de Saint-Etienne-du-Rouvray intègre cette thématique sur deux axes (semaine du sport et du bien-être, maintenir une activité physique pour les personnes âgées).

Le contrat local de santé de la CODAH a également mis en avant des actions de promotion de l'activité physique, plutôt dans une approche généraliste (« Ta santé, ta planète : à toi d'agir » : action pédibus en faveur des enfants scolarisés, axe nutrition – activité physique porté par Seine-Estuaire : actions de communication, les actions Mouv'Eat portées par Montivilliers, Gonfreville et Harfleur).

Dans le contrat local de santé ARS / Communauté d'agglomération du Havre une action spécifique en faveur des publics fragilisés est à souligner :

► Portée par la DDCS 76

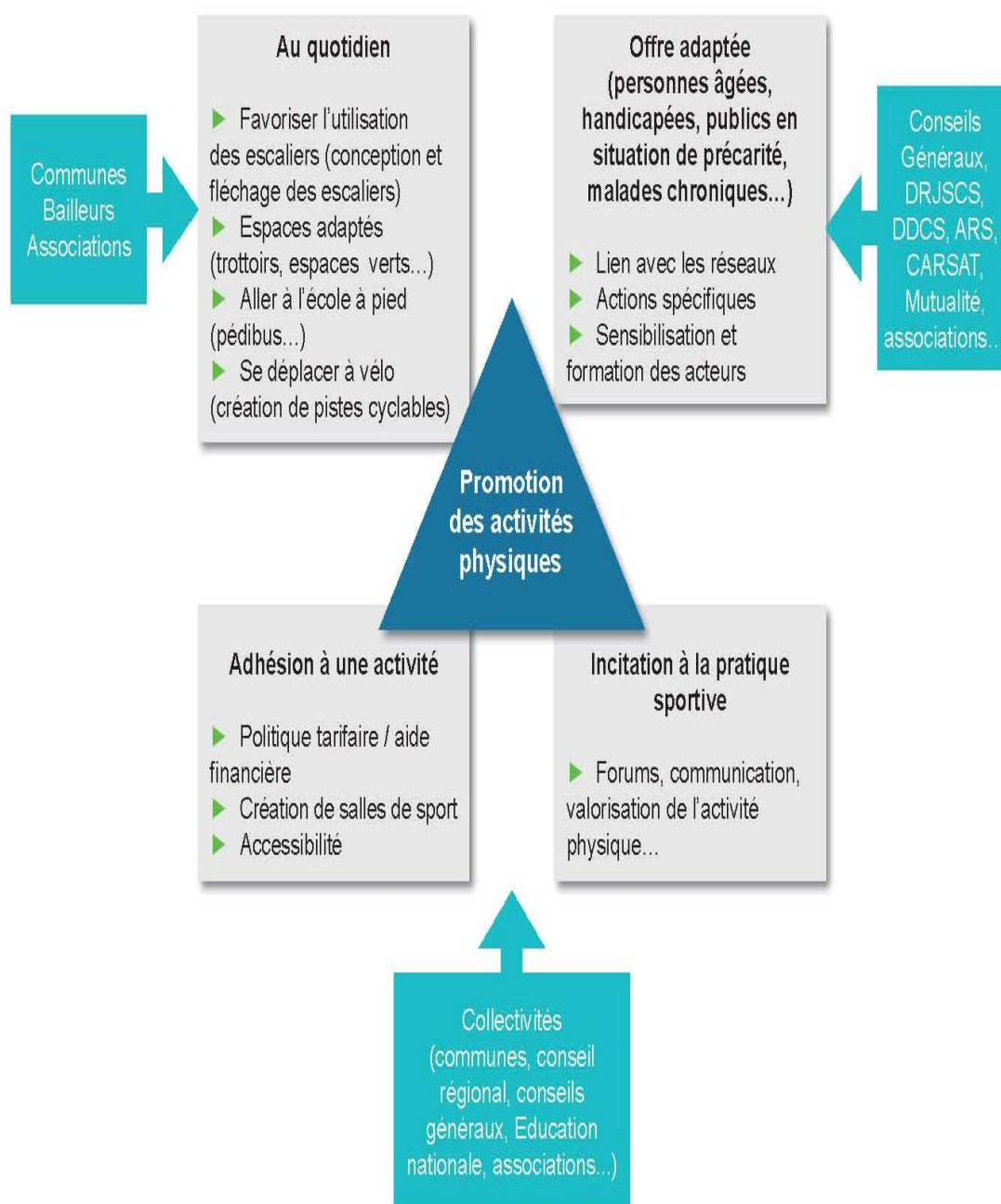
► L'objectif est de prévenir les problèmes de santé, d'hygiène de vie, d'hygiène corporelle. C'est également la possibilité de travailler avec un public en grande difficulté (manifestant des signes de vieillissement précoce) via la pratique d'activités physiques.

- Il s'agit, à titre expérimental, d'amener le public des pensions de familles - puis à terme le public des résidences sociales - sédentaire, à pratiquer du sport. L'activité physique étant alors utilisée comme un vecteur de messages santé généralistes et individualisés. Il sera introduit des interventions pédagogiques qui portent sur l'hygiène, les modes de vie, la santé qui ont été développées par les fédérations sportives.
- Un comité de pilotage composé des partenaires cités ci-dessous auxquels s'ajoutent la DDSCS et l'ARS est en charge de suivre ce projet.
- Les partenaires sollicités sont : Ville du Havre, associations (Habitat et humanisme et l'AHAPS), les mouvements sportifs, les comités départementaux (Fédération Française pour l'Entraînement Physique dans le Monde Moderne (FFEPMM) Sport pour tous, Fédération Française de gymnastique comité 76 et pétanque)

Enfin, le contrat local de santé de Dieppe a inscrit des actions permettant de favoriser l'activité physique des jeunes avec le souci de prioriser les quartiers les plus en difficulté (animations sportives inter-quartiers pendant les vacances, « en forme dans nos quartiers » : activité physique dans les écoles ZEP, « les ados ont du PEPS » : sorties, découverte accompagnée de nouveaux sports...).

D'autres négociations de contrats locaux sont inscrites à partir de 2013 (Pont-Audemer, Rouen, Bernay, Evreux, Fécamp...) : autant d'occasions d'amorcer une réflexion commune aux acteurs locaux pour mobiliser encore plus efficacement sur cet axe. De nombreuses actions peuvent être portées au contrat local, par exemple :

AXE 4 : APS, politique de la ville, territoires et publics prioritaires du schéma régional de prévention



Population des quartiers politique de la ville

Les 89 quartiers des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) regroupent 14% de la population régionale.

Les ateliers santé ville (ASV) sont des outils de mobilisation des acteurs et de la population pour développer des actions de prévention et de promotion de la santé dans les quartiers.

Dans le cadre du comité de pilotage (la DRJSCS, les DDSCS, l'ARS, la CARSAT, la CREA, l'IREPS, la CPAM RED, la CAF de Seine-Maritime, les CG) chargé de mettre en œuvre la rencontre " santé et politique de la ville " en Haute-Normandie le 23 octobre 2012 des actions expérimentales permettant de poursuivre cette articulation entre ces deux thématiques ont été proposées, dont une action permettant de faire travailler ensemble les différents types de coordination Santé qui existent sur un territoire « politique de la ville » dans le domaine « Santé/sport ».

APS en faveur des publics en situation de précarité

Ces publics rencontrent des problèmes d'accessibilité aux APS pour des raisons multifactorielles (financières, culturelles, ...). Le protocole ARS/DRJSCS/DDSCS 27 et 76 a retenu dans son plan d'action la promotion de l'activité physique auprès des populations en situation de précarité :

Objectifs :

- ▶ Favoriser l'accès aux équipements sportifs des populations en situation de précarité ;
- ▶ Faciliter l'accès des personnes en situation de handicap aux APS.

Modalités de fonctionnement à envisager dans la collaboration :

- ▶ Collaboration avec le pôle prévention de l'ARS dans le cadre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire impliquant l'activité physique (AP): AP et lutte contre l'obésité, AP et les Séniors, AP et maladies chroniques ;
- ▶ Articulation des différents dispositifs en place ;
- ▶ Collaboration étroite avec l'ARS pour l'organisation des manifestations «sport santé bien être » ;
- ▶ Sensibilisation des animateurs de clubs de loisirs ou sportifs à une alimentation plus équilibrée : appel à projets et cofinancements, afin d'orienter les jeunes sportifs vers une alimentation adaptée à leur activité physique. ;
- ▶ Identification d'un référent sport/handicap au sein de l'ARS à l'instar de la démarche initiée par le Ministère des sports avec la désignation de référents régionaux « sport et handicap » en application de l'instruction 2005/225.

Exemple : action pension de famille DDCCS 76. Il s'agit, à titre expérimental, d'amener le public des pensions de familles, sédentaire, à pratiquer du sport, l'activité physique étant alors utilisée comme un vecteur de messages santé généralistes et individualisés.

Intitulé du projet	Rythme		Territoire		Public cible	Financeurs principaux
	Action ponctuelle	Action pérenne	Territoire de santé	Territoire d'intervention		
« Sport et publics fragilisés » en résidence sociale et pension de famille »		Action expérimentale 2012	Rouen	Grand Quevilly	Résidence sociale et pension de famille.	CNDS
			Le Havre	Le Havre		CNDS

Sur cet axe, les objectifs et actions suivants ont été retenus :

Objectif 1 : renforcer la prise en compte de la promotion des APS comme facteur de santé au sein des territoires prioritaires (CLS et politique de la ville)

- **Action 1** : promouvoir l'APS dans tous les nouveaux CLS
- **Action 2** : fiches actions à mettre en place lors du suivi des CLS déjà signés
- **Action 3** : actions coordonnées au sein des ASV

Objectif 2 : renforcer la prise en compte de la promotion des APS comme facteur de santé en faveur des publics prioritaires

- **Action 1** : actions coordonnées au sein des structures sociales

4 «fiches action» sont ci-après proposées.

<p>Axe 4 : «APS, politique de la ville et territoires prioritaires du schéma régional de prévention»</p>		
<p>Objectif : renforcer la prise en compte de la promotion des APS comme facteur de santé au sein des territoires prioritaires (CLS et politique de la ville)</p>		
<p>Objectif opérationnel</p>	<p>Action 1 : promouvoir l'APS dans tous les CLS</p>	
<p>Modalités d'actions et calendrier</p>	<p>Durée du plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inscrire l'AP dans les thématiques couvertes par les CLS signés et nouveaux - Présenter l'organisation du mouvement sportif aux coordonnateurs CLS et RLPS/ASV et les informer des aides institutionnelles et faire connaître les CLS au mouvement sportif
<p>Pilotage de l'action</p>	<p>DDCS, ARS</p>	
<p>Territoires ciblés</p>	<p>Territoires prioritaires du SRP</p>	
<p>Public(s) visé(s)</p>	<p>Publics des quartiers « politique de la ville » et des territoires prioritaires du SRP</p>	
<p>Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre</p>	<p>Ateliers santé ville (ASV), réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS), mouvement sportif olympique, collectivités territoriales, DRJSCS</p>	
<p>Indicateurs d'évaluation</p>	<p>Nombre d'actions spécifiques « Sport santé » conduites sur les territoires politiques de la ville et autres territoires prioritaires; nombre de personnes touchées par ces actions ; typologie du public ; nombre de partenaires mobilisés</p>	

Axe 4 : «APS, politique de la ville et territoires prioritaires du schéma régional de prévention»

Objectif 1: renforcer la prise en compte de la promotion des APS comme facteur de santé au sein des territoires prioritaires (CLS et politique de la ville)

Objectif opérationnel	Action 2 : Actions coordonnées au sein des ASV	
Modalités d'actions et calendrier	Fin 2013	Mise en place du projet expérimental dans l'Eure
	Durée du plan	Déclinaison et/ou projets innovants sur l'ensemble du territoire haut-normand
	Durée du plan	Sensibilisation des adultes-relais et des personnes encadrant les structures sociales
Pilotage de l'action	DDCS, ARS, DRJSCS	
Territoires ciblés	Quartiers prioritaires « politique de la ville »	
Public(s) visé(s)	Publics des quartiers « politique de la ville » et des territoires prioritaires du SRP	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Ateliers santé ville (ASV), réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS), mouvement olympique, collectivités territoriales	
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'actions spécifiques « Sport santé » conduites sur les territoires politiques de la ville et autres territoires prioritaires; nombre de personnes touchées par ces actions ; typologie du public ; nombre de partenaires mobilisés ; nombre de séances de sensibilisation organisées ; nombre de professionnels touchés	

Axe 4 : «APS, politique de la ville et territoires prioritaires du schéma régional de prévention»

Objectif 2: renforcer la prise en compte de la promotion des APS comme facteur de santé en faveur des publics prioritaires

Objectif opérationnel	Action 1 : Actions coordonnées au sein des structures sociales	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	<p>Recenser l'existant au niveau des :</p> <ul style="list-style-type: none"> - centres sociaux - CHRS, - pensions de famille - associations d'insertion sociale - CCAS <p>Définir des préconisations à l'issue de l'état des lieux</p> <p>Sensibiliser et coordonner les actions</p>
Pilotage de l'action	DDCS, ARS	
Territoires ciblés	Territoire haut-normand (état des lieux)	
Public(s) visé(s)	Publics prioritaires	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Ateliers santé ville (ASV), réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS), mouvement olympique, collectivités territoriales, DRJSCS	
Indicateurs d'évaluation	<p>Nombre d'actions spécifiques « Sport santé » conduites à destination des publics prioritaires ; nombre d'actions spécifiques « Sport santé » associant le coordonnateur de RLPS/ASV ; nombre de personnes touchées par ces actions ; typologie du public ; continuité et assiduité de la pratique</p>	

Axe 5 : Développer des dispositifs de collaboration des acteurs régionaux

La pratique de l'activité physique est influencée par différents facteurs, actionnés par différents partenaires. Afin de gagner en efficacité et pour permettre un changement des comportements, une action coordonnée et commune est primordiale.

La faisabilité de la création d'un réseau régional de promotion de l'APS sera étudiée. Ce dispositif pourrait être un excellent moyen pour :

- ▶ Permettre au milieu de la santé et au milieu du sport de parler le même langage
- ▶ Identifier de façon très précise les besoins
- ▶ Construire une offre de qualité pour répondre à ces besoins
- ▶ Former si besoin à la fois le personnel médical et sportif
- ▶ Evaluer et améliorer en permanence le dispositif
- ▶ Communiquer régulièrement sur les bienfaits de l'activité physique

Le développement d'une collaboration du monde de la santé et du monde sportif est primordial pour mettre en place une organisation et d'un fonctionnement commun.

Ce dispositif pourrait être calqué sur l'organisation des réseaux avec une plateforme régionale de coordination et des représentations territoriales pour une meilleure efficacité et proximité.

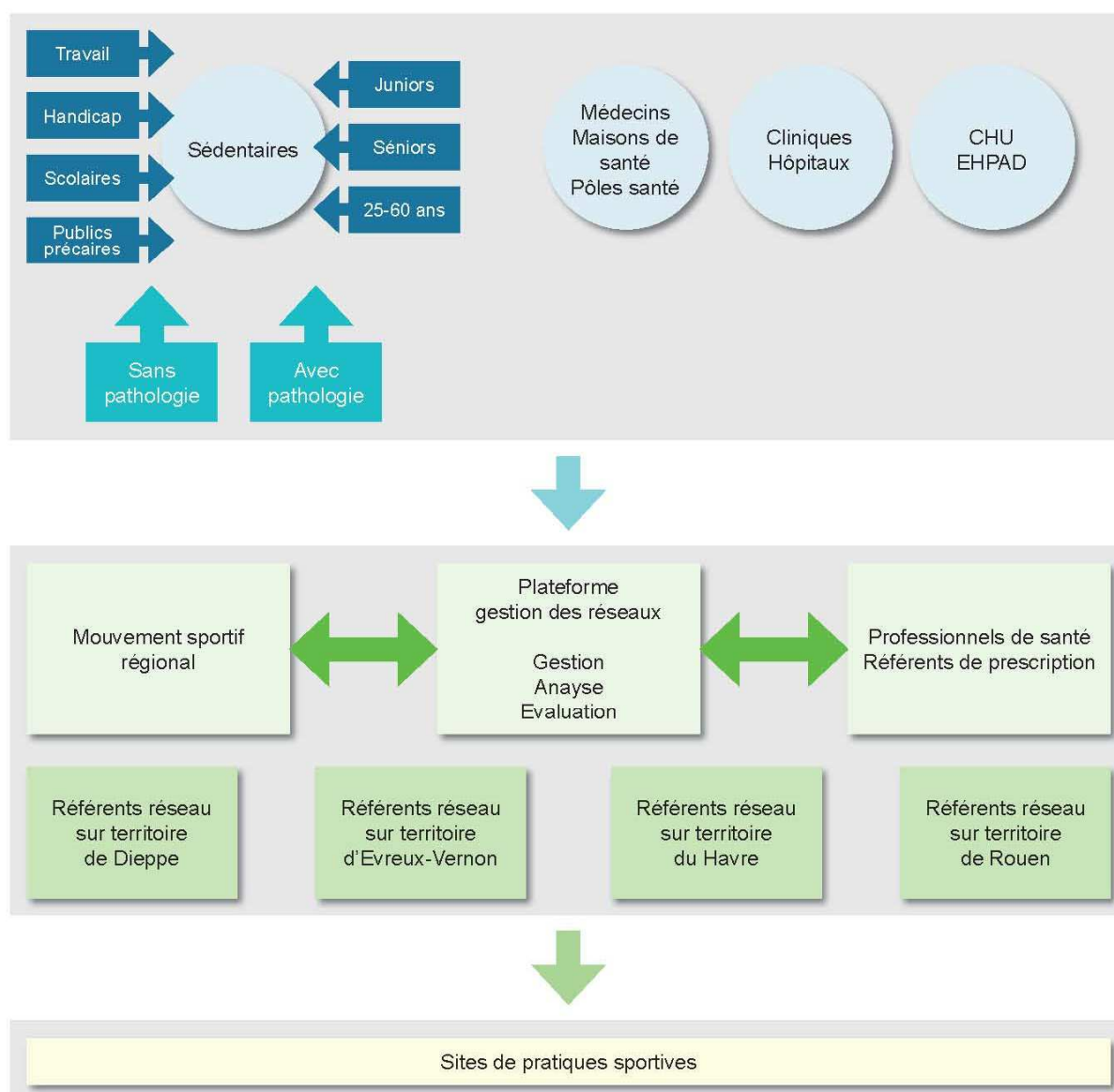
Le réseau permettrait également une plus grande collaboration entre les professionnels de santé et le monde sportif avec comme corollaire une réponse adaptée à la demande.

Sur cet axe, les actions suivantes ont été retenues :

- ▶ **Action 1** : mise en place du comité de pilotage du plan SSBE pour la période du plan articulé avec le PRS 2012-2017
- ▶ **Action 2** : organiser la mise en cohérence des moyens
- ▶ **Action 3** : développer un réseau régional sport santé bien-être de promotion des APS comme facteur de santé
- ▶ **Action 4** : développer des actions de communication en direction des publics et des professionnels concernés

4 «fiches action» sont ci-après proposées.

AXE 5 : Développer des dispositifs de collaboration des acteurs régionaux



Axe 5 : «développer des dispositifs de collaboration des acteurs»

	Action 1 : mise en place du comité de pilotage du plan SSBE pour la période du plan articulé avec le PRS 2012 - 2017	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion 1 fois par an (2 si nécessaire) - Suivi du plan
Pilotage de l'action	ARS, DRJSCS	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Populations ciblées par le plan	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Membres du comité de pilotage	
Indicateurs d'évaluation	Installation du comité de pilotage, nombre de réunions, rédaction d'un bilan annuel du plan	

Axe 5 : «développer des dispositifs de collaboration des acteurs»

	Action 2 : organiser la mise en cohérence des moyens	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un comité de pilotage restreint constitué des financeurs - Rédaction d'un cahier des charges SSBE servant de base commune - Organiser les cofinancements
Pilotage de l'action	ARS, DRJSCS	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Populations ciblées par le plan	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	CARSAT, Mutualités Françaises, CPAM, MSA, RSI, conseils généraux, conseil régional, DDCS 27, DDCS 76	
Indicateurs d'évaluation	Nombre d'actions cofinancées	

Axe 5 : «développer des dispositifs de collaboration des acteurs»



	Action 3 : développer un réseau régional SSBE de promotion des APS comme facteur de santé	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	Pérenniser la collaboration des acteurs par la poursuite de groupes de travail techniques qui vont accompagner la mise en place des actions
Pilotage de l'action	ARS, DRJSCS	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)	Populations ciblées par le plan	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Membres du comité de pilotage	
Indicateurs d'évaluation		












Axe 5 : «développer des dispositifs de collaboration des acteurs»









Objectif opérationnel	Action 4 : développer des actions de communication en direction des publics et des professionnels concernés	
Modalités d'actions et calendrier	Durée du plan	Mise en place d'un plan de communication
Pilotage de l'action	ARS, DRJSCS (chargés de communication)	
Territoires ciblés	Région	
Public(s) visé(s)		
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	DDCS, IREPS, chargés de communication des organismes membres du comité de pilotage, CROS	
Indicateurs d'évaluation	Nombres d'actions de communications conduites	

Annexe 1

Exemples d'actions (site de l'institut national du cancer)

Collectivité/ Territoire (Région, Département, Commune, Communauté d'agglomération)	Sport Loisirs Artistique Municipal (SLAM)	Résumé de l'action
	Sport Loisirs Artistique Municipal (SLAM)	Découverte et initiation d'activités physiques à l'année ou ponctuelles
	Activité physique pour adultes en situation d'obésité	Programme d'éducation thérapeutique : créneau d'activités régulier et encadré de manière adaptée afin d'inciter la personne en surpoids ou obèse à pratiquer une activité physique régulière
	Vélocité	Prêt gratuit de vélo
	Dimanches sportifs	Pratique d'activités physiques pour tous sous forme de découverte dans un lieu public
	Programme de lutte contre le surpoids et l'obésité par l'activité physique	Activité physique pour enfants et adolescents présentant un surpoids ou une obésité
	Vital'été	Manifestations sportives durant l'été
	Fitness sur les quais	Séances de fitness en plein air
	Accessibilité à l'apprentissage de la natation aux enfants déficients mentaux	Apprentissage de la natation pour des enfants déficients mentaux

	Ecole Municipale des sports adaptés	Séances d'éducation physique et sportive adaptées aux enfants porteurs de déficiences mentale, motrice ou intellectuelle, scolarisés en Classe d'Intégration Scolaire (C.L.I.S) avec la possibilité d'intégrer une Ecole Municipale des Sports Adaptés (E.M.S.A).
	Femmes Moselle Energies	Modules de 10 séances d'activités physiques pour les femmes bénéficiaires d'un suivi d'insertion sociale.
	Pédaler pour nager	Des élèves de 6ème se rendent à la piscine à vélo
	Découverte des sentes et La rue est à nous	Fermeture de la circulation dans une partie de la ville le dimanche matin et découverte des sentes et ruelles de la ville
	Activités sportives des centres d'animation de quartier	Découverte et pratique d'une discipline sportive au sein d'un club de la commune pour les enfants de 6 à 15 ans fréquentant les centres d'animation de quartier
	Vivons le sport ensemble	Favoriser l'accès des personnes handicapées aux activités sportives
	Au fil de l'eau	Offrir un maillage d'activités aquatiques, permettant de développer la pratique sportive adaptée à tout public.
	Force sud	Cohésion par le sport pour des jeunes de ZUS (zone urbaine sensible)
	Sportiv'été	Animation sportive durant l'été : Terrain de sable ouvert à tous, tous les jours durant la 1ère quinzaine de juillet
	Bouge ta vie, préserve ta santé	Animation inter-générationnelle
	Prospermi	Améliorer l'état de santé des bénéficiaires du RSA des plus de 57 ans avec notamment la pratique de sports et loisirs

	Du sport dans ton quartier	Découverte et initiation en plein air à des activités sportives proposées par les associations sportives dans les différents quartiers de la ville
	Fitness gratuit	Fitness gratuit chaque dimanche matin
	La maison du vélo du Grand Nancy	Création d'un lieu de rencontres et d'échanges pour favoriser la pratique du vélo en milieu urbain
	Projet 4 S (Saint Roch, Sport, Santé, Seniors)	Offrir aux seniors un parcours urbain réaménagé pour favoriser la marche.
	Bien manger, bouger plus	Réduire l'obésité et le surpoids des enfants par des actions sur la nutrition et l'activité physique
	Orléans Vous Coach	Découverte de différentes activités sportives à l'année
	Canton d'été	Manifestation sportive durant les deux premières semaines de juillet
	Sport pour tous	Séances de fitness
	Réseau d'offre sportive adaptée aux seniors (ROSAS)	Permettre l'accès à une pratique d'activités physiques adaptées aux seniors.
	Sport animation jeunesse	Animations sportives au sein des quartiers, avec une priorité donnée vers le public des ZUS (Zone Urbaine Sensible)
	Ecole municipale des sports de pleine nature	Activité physique de pleine nature pour enfants
	Pass'sport santé	Intégration des enfants en surpoids ou obèses dans une pratique régulière d'activités physiques

ANNEXE 2

L'ORGANISATION DU SPORT EN FRANCE

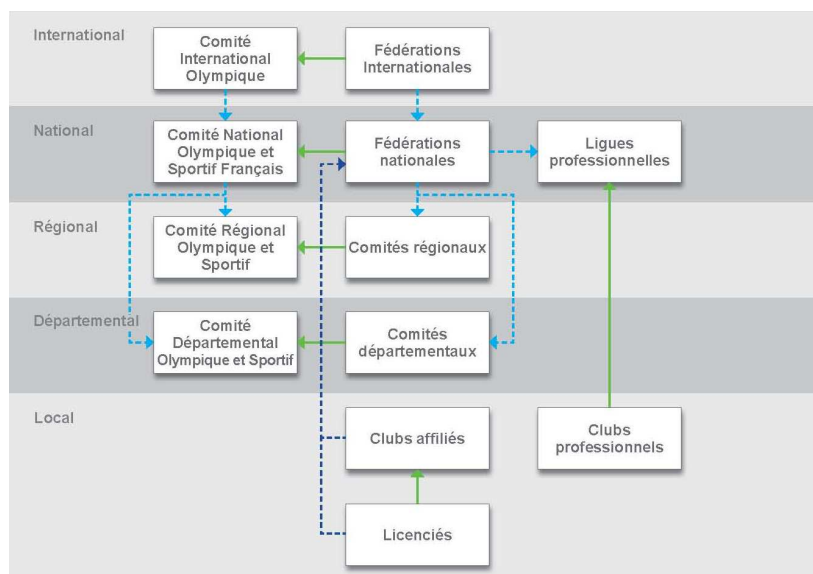
Le sport est un phénomène sociétal majeur : 71% des Français de 15 ans ou plus déclarent pratiquer régulièrement une activité sportive, soit 34 millions de personnes. Au plan économique, le sport représente dans notre pays un volume annuel de 33 milliards d'euros.

Dispositif unique en Europe, la singularité du modèle sportif français fonctionne sur des raisons de pratiques évidentes, l'État ne pouvant pas se charger lui-même de tout ce qu'implique la notion de sport (la diversité des pratiques, des publics, des intervenants, des sites, des situations...), il dispose d'un socle juridique quant à la disposition de l'article L100-1 du code du sport, selon laquelle le développement des activités physiques et sportives est un objectif d'intérêt général, reposant sur la contribution de quatre familles d'acteurs que sont d'une part l'Etat et les collectivités territoriales, au titre de personnes publiques et d'autre part le mouvement sportif et les entreprises privées, au titre des personnes de droit privé

C'est en application de ce principe législatif que l'Etat délègue aux fédérations sportives l'organisation de la pratique sportive, en conférant à certaines d'entre elles des prérogatives de puissance publique. Ces acteurs associatifs, régis par la loi du 1er juillet de 1901 « relative au contrat d'association », représentent le mouvement sportif qui rassemble 15,1 millions de licenciés, 2 millions de bénévoles et 167.600 associations sportives affiliées aux fédérations sportives, elles-mêmes regroupées au sein du Comité national olympique et sportif français (CNOSF).

LE MOUVEMENT SPORTIF

Le mouvement sportif, composé du mouvement olympique, du mouvement fédéral amateur et des ligues professionnelles, concourent à l'organisation du sport en France, aux côtés des entreprises privées qui interviennent en tant qu'investisseurs, annonceurs ou mécènes.



A - Le mouvement Olympique et Sportif

1. Comité National Olympique et Sportif Français- CNOSF

Le Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) promeut les principes fondamentaux et les valeurs de l'Olympisme. Il organise et dirige la délégation française aux Jeux olympiques et aux compétitions patronnées par le CIO. Il désigne par ailleurs les villes françaises candidates à l'organisation de l'événement olympique. Représentant l'ensemble du mouvement sportif sur le territoire, le CNOSF réunit en son sein les 96 fédérations sportives nationales et les 175 000 associations sportives françaises. Denis Massegia est le président du CNOSF depuis le 19 mai 2009. Il s'appuie sur un bureau exécutif composé de sept membres, tandis que le conseil d'administration est élu pour une olympiade et compte 45 membres, et que l'assemblée générale se réunit tous les ans.

2. Comité Régional Olympique et Sportif – CROS

Le CROS est le représentant du Comité National Olympique et Sportif à l'échelle de la région, il a pour principales missions :

- ▶ de contribuer à la défense et au développement du patrimoine sportif régional ;
- ▶ de représenter le sport pour toutes les questions d'intérêt régional notamment auprès des Pouvoirs Publics et des organismes officiels régionaux ;
- ▶ de participer à la gestion de tous les organismes régionaux qui concourent au développement du sport et des activités physiques et de plein air ;
- ▶ de participer à la Commission Territoriale du CNDS dont le Président assure, avec le Préfet de Région, la coprésidence ;
- ▶ le CROS développe ses actions par l'intermédiaire d'un Comité Directeur et de Commissions en charge de domaines spécifiques comme : la formation de dirigeants, le haut niveau, les actions « femmes et sport », les activités de nature, les sports nautiques, la communication.

3. Comité Départemental Olympique et Sportif – CDOS

Les Comités Départementaux Olympiques et Sportifs (CDOS) sont les représentants du Comité National Olympique et Sportif Français (CNOSF) à l'échelle du département.

Les CDOS ont pour mission de promouvoir et de favoriser le développement de la pratique sportive dans le respect des valeurs du sport, transmises par l'idéal olympique.

Les CDOS sont à l'écoute et aux services des acteurs du sport dans les départements (comités, clubs, communes...) pour les aider à développer leurs projets.

Les CDOS participent à l'échange et à la concertation entre les dirigeants des Comités Départementaux qui élaborent ensemble des projets débouchant sur des actions concrètes au service du mouvement sportif.

Les CDOS sont les interlocuteurs privilégiés des collectivités territoriales et des institutions publiques. Ils siègent dans de nombreuses instances et comités de pilotage pour porter les préoccupations et les projets du mouvement sportif départemental.

B - Le mouvement fédéral

1. Les fédérations

La direction des sports entretient des relations étroites avec les 120 fédérations sportives qui regroupent les associations et les sociétés sportives. Ces fédérations promeuvent et organisent la pratique d'une ou plusieurs disciplines sportives sous la tutelle de l'Etat. Personnes morales de droit privé, ces organismes peuvent bénéficier d'un agrément de l'Etat délivré par le Ministre des Sports et ensuite de l'aide de l'Etat. Pour certaines d'entre elles, l'Etat accorde une délégation de pouvoir qui vaut « prérogative de puissance publique » pour l'organisation de leur pratique sportive.

2. Les ligues et les comités départementaux

Les fédérations peuvent déconcentrer à des organes internes une partie de leurs attributions dans la limite de la compétence territoriale de ces derniers.

Ces structures associatives, 71 ligues au niveau régional et 113 comités départementaux pour les niveaux départementaux (60 CD76 et 53 CD27), représentent 71 fédérations au niveau local et sont les interlocuteurs privilégiés des collectivités territoriales.

Pour concourir au développement de la pratique sportive régionale et du sport de haut niveau, certaines ligues disposent de cadres d'Etat (Conseillers Techniques Sportifs).

En Haute-Normandie ces CTS sont au nombre de 16 pour 12 disciplines, répartis comme suit :

Athlétisme	Baseball	Basket-ball	Canoë-kayak	Escrime	Football	Golf	Gymnastique	Handball	Judo	Natation	Tennis de table
2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1

La Haute-Normandie compte 343 athlètes inscrits sur les listes ministérielles haut niveau ou espoirs :

Elite	Séniors	Jeunes	Espoirs	Partenaires	Reconversion
11	67	80	175	08	02
343 athlètes					

3. Les ligues professionnelles

Les fédérations délégataires peuvent créer une ligue professionnelle, pour la représentation, la gestion et la coordination des activités sportives à caractère professionnel des associations qui leur sont affiliées et des sociétés qu'elles ont constituées. La Haute-Normandie compte 8 clubs professionnels. 6 d'entre eux se sont constitués en sociétés sportives, conformément aux dispositions du code du sport, et 8 centres de formation sont agréés.

Annexe 3

Le sport et handicap en Haute-Normandie

Un contexte national

La loi « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005 apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées. En 2005, on recensait plus de cinq millions de personnes handicapées en France, soit près de 10% de la population. Soucieux d'offrir les moyens d'une réelle citoyenneté aux personnes handicapées, Jacques Chirac annonce en 2002, la décision de faire de l'insertion des personnes handicapées, l'un des « trois grands chantiers » de son quinquennat. Une ambition qui s'inscrit dans une volonté de « renforcer notre cohésion nationale pour davantage de justice et donc davantage d'attention aux plus vulnérables ». L'adoption de la loi traduit la volonté de sensibiliser la société civile ainsi que les employeurs à cette problématique. « Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation nationale, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous citoyens... » Le sport qui en soi doit être garant d'une certaine éthique sportive, n'est pas l'abri quelque fois de comportements de rejet liés au handicap. L'adoption de la loi traduit la volonté de sensibiliser la société civile à la problématique du handicap. En Haute Normandie 200 associations accueillent plus de 2000 licenciés pour une trentaine de disciplines sportives. L'ensemble de ces clubs sont labellisés en Seine Maritime et signent une charte dans l'Eure. Tous ces clubs sont répertoriés sur le site www.handiguide.sports.gouv.fr.

L'organisation territoriale en Haute-Normandie

1. Un Pôle ressources régional « Sport & handicap »

Emanation du Pôle ressources national créé en septembre 2003 par le Ministère des Sports et dont la mission est d'accompagner et de soutenir les projets en direction des personnes handicapées, cette structure régionale est chargée de la coordination et du soutien financier des projets présentés par les comités régionaux et est représenté au niveau régional par une commission territoriale composée des membres de l'Etat, du conseil régional, des conseils généraux et du comité régional sport adapté et des comités départementaux sport adapté et handisport.

Le Pôle ressource régional a pour principales missions :

- ▶ De servir de relais au pôle ressource national,
- ▶ De proposer des actions de formation et de communication,

- D'accompagner les actions régionales des projets visant à développer l'accessibilité des activités sportives aux personnes en situation de handicap en Haute-Normandie,
- D'accompagner les actions de formation relatives à la connaissance du public handicapé destinées aux professionnels bénévoles de l'animation sportive (diplômes d'Etat Jeunesse et Sport, formations fédérales, sensibilisations),
- D'apporter un avis d'expertise sur les demandes de subventions visant l'acquisition de matériel relatif au FRDAMS,
- Et également, de soutenir, informer, valoriser, animer, mobiliser, mais aussi faire connaître les expériences exemplaires, mutualiser les compétences, contribuer à l'expertise des réseaux. Cette instance réunit les différents partenaires concernés par la mise en œuvre d'une politique sportive concertée favorisant l'intégration des personnes en situation de handicap.

2. Une équipe technique et pédagogique régionale

Organe technique du pôle ressource régional, cette ETPR est composée des référents des services déconcentrés de l'Etat : le correspondant régional, le correspondant de la DDCS de l'Eure et celui de la DDCS de Seine-Maritime.

Cette commission, par un travail conjoint des fonctionnaires de chaque DDCS et du coordonateur de la DRJSCS, a comme principale mission de faire remonter les projets, de préparer le travail de la commission territoriale, afin que celle-ci valide les financements demandés et d'élaborer le plan régional d'action.

3. Deux commissions départementales

Les DDCS, 76 et 27, avec l'appui des conseils généraux de la Seine-Maritime et de l'Eure ont impulsé un travail de mutualisation et de coopération avec les comités départementaux sport adapté et handisport, par la mise en place de commissions départementales « sport et handicaps » dont l'enjeu est de favoriser l'accès du plus grand nombre à une pratique d'activités physiques et sportives, et de contribuer au développement du sport pour les personnes handicapées afin que celui-ci soit non seulement un outil de promotion individuelle, mais aussi un moyen d'insertion sociale et professionnelle.

Cette accessibilité ne se résume pas uniquement à une mise aux normes techniques des équipements, car il s'agit de faire du sport un facteur de cohésion sociale. Son développement est « un service public qui doit notamment garantir l'égal accès aux pratiques, sans discriminations sociale, physique ou de sexe. La prise en compte du handicap est essentielle, car la pratique sportive est une source d'épanouissement pour tous et un creuset de solidarités irremplaçables ».

L'approche en termes d'offre, si elle est condition nécessaire à l'exercice du droit à faire du sport pour les personnes handicapées, n'est pas cependant suffisante. Il convient aussi de s'attacher à susciter la demande d'activités des personnes handicapées elles-mêmes, pour leur donner le goût de la pratique et leur « montrer le chemin » du club ou de l'association.

4. Des projets déjà impulsés

Dans le département de la Seine-Maritime

- Un site internet <http://www.sporthandicap76.fr> présentant l'ensemble de l'activité en faveur du sport & handicaps dans le département,
- Une plaquette de promotion « sport – handicap : pour une pratique partagée ».
- La 1ère cérémonie réalisée le 6 décembre 2011, et qui a permis la labellisation de 57 clubs de Seine-Maritime.
- La mise en place, en matière de formation, d'un Certificat de Spécialisation (CS) « Accompagnement et intégration des personnes en situation de handicap » qui a commencé en novembre 2012 (mis en œuvre par l'organisme de formation l'APSJ 76)
- 1 service civique qui démarre sa mission début 2013, sur le thème de la « lutte contre les discriminations dans le sport » et sur le « Sport & handicaps ».

Dans le département de l'Eure

- Travail avec le pôle ressources régional sport et handicaps : par l'encouragement à une pratique de proximité et la mobilisation des associations sportives vers une pratique en mixité (« handicapés- valides ») et la mise en place de formations pour les acteurs sportifs souhaitant travailler ou travaillant déjà dans le champ du handicap, afin d'optimiser l'accueil de ce public particulier et mise en place d'une aide financière à la prise de licence sportive,
- Soutien à un projet emblématique, mis en œuvre par la commission départementale de l'Eure : « Sur la route des JO Londres 2012 »,
- Sessions de sensibilisation des scolaires à la pratique du sport en situation de handicap.

5. Des évolutions pour 2013

Dans le département de la Seine-Maritime

L'installation en Seine-Maritime d'une sous-commission développement de la pratique en direction du public handicapé.

L'objectif est :

- de travailler sur l'ensemble des questions liées à la promotion et au développement des activités physiques et sportives, en s'appuyant sur les partenaires comme la MDPH, les experts des centres spécialisés, le mouvement sportif spécifique (sport adapté et handisport), sans oublier le mouvement sportif valide (comité départemental olympique et sportif),
- de sensibiliser l'ensemble du mouvement sportif seinomarin sur la nécessité d'accueillir les personnes en situation de handicap,
- de centraliser et de diffuser l'information sur les initiatives existantes (offre de pratiques adaptées, associations accueillant des personnes en situation de handicap),
- d'assurer un appui technique aux structures ou collectivités engagées ou désirant s'engager dans le développement de l'offre d'accueil de personnes en situation de handicap (analyse des besoins, appui technique à la mise en œuvre des dispositifs, aide à la recherche de financements...),

- de recenser et diffuser les bonnes pratiques (projets innovants, démarches qualité, dispositifs de financement, formation des personnels...).

Dans le département de l'Eure

- Viser la signature de la charte d'accueil par 25 associations sportives euroises de plus
- Maintenir les 2 formations spécifiques gratuites à l'attention des bénévoles
- Repérer des référents départementaux « sport et handicap », afin de développer le panel d'activités sportives et multiplier le nombre d'Associations « valides » s'ouvrant au champ du handicap
- Préparer le 5ème forum 2013 et organiser un colloque « Sport et Handicap » en 2014.

6. Les financements au titre du CNDS

Première région de France en 2011, quant au volume de sa participation au « sport handicaps » sur l'enveloppe CNDS, la Haute Normandie a continué son effort en mobilisant en 2012, 7.2% de la part territoriale CNDS à cette thématique soit : 235 871€.

CNDS EVOLUTION DE LA PART TERRITORIALE			
	2009	2010	2011
Montant total des subventions destinées au public en situation de handicap	114 554€	198 442€	248 208€
Pourcentage da la part territoriale consacrée au handicap	3.6%	6%	7.6%

CNDS 2012 SPORT HANDICAP EN HAUTE NORMANDIE		
REGIONAL	FRDAMS COMITES REGIONAUX POLE RESSOURCE	37 382,50€
DEPARTEMENT 76	CNDS Part territoriale 87 789€	127 139€
DEPARTEMENT 27	16 comités départementaux 41 250€	71 350€
TOTAL		235 871.50€

Total part territoriale HAUTE NORMANDIE 2012 = 3 254 000€ Soit 7.2 % de part CNDS POUR LE SPORT HANDICAP

**Document préparé par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
de Haute-Normandie et par l'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie**

Février 2014