

Activités physiques et sportives aux fins de santé

Plan régional 2018-2022

@drdjscsgrandest



grand-est.drdjcs.gov.fr



Préambule – historique

Le 10 octobre 2012, une allocution commune de Valérie Fourneyron et Marisol Touraine, respectivement ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative et ministre de la Santé, pose les actes fondateurs d'un plan d'action en faveur de l'activité physique comme facteur de santé.

Ce plan s'appuie sur les nombreuses études et recommandations des institutions, sociétés scientifiques et savantes, notamment l'Organisation mondiale pour la santé et l'académie de médecine, qui établissent ou rappellent les indications et le bénéfice secondaire d'une pratique régulière de l'activité physique et sportive pour la santé.

À cette occasion, la ministre de la Santé affirme la volonté interministérielle de faire de l'activité physique et sportive un outil majeur de santé publique en France : « le sport et l'activité physique ne sont pas un luxe, ce sont une nécessité pour préserver notre capital santé ».

Conformément à l'instruction n° DS/DSB2/SG DGS/DS DGCS/ 2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012, les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et les Agences régionales de santé ont coprésidé des comités de pilotage régionaux destinés à élaborer, mettre en œuvre et assurer le suivi de plans régionaux dédiés à l'activité physique et sportive à des fins de santé.

La Champagne-Ardenne, la Lorraine et l'Alsace, les régions qui composent le Grand Est depuis janvier 2016, ont chacune développé un plan régional fondé sur leur

existant, leurs besoins de santé et leur offre territoriale en matière d'activité physique et sportive (APS) (encadré 1).

Encadré 1 : axes stratégiques des anciens plans régionaux

En Champagne-Ardenne : Plan régional Sport-Santé Bien-être

1. Développer des actions auprès des professionnels : mobilisation, coordination et professionnalisation des acteurs, homogénéité des pratiques,
2. Développer des actions auprès de la population : soutien aux dynamiques locales, développement de projets globaux de proximité,
3. Structurer le dispositif sport santé : visibilité et inscription dans la durée.

En Lorraine : Plan régional Activités Physiques et Sportives à des fins de santé 2013-2017

1. Structurer et renforcer le réseau des acteurs lorrains de la santé et du sport,
2. Développer la pratique sportive et les APS afin de préserver et/ou d'améliorer le « capital santé » des Lorrains,
3. Développer la pratique des APS pour les publics à besoins particuliers notamment les personnes atteintes de maladies chroniques, les personnes en situation de handicap, les personnes avançant en âge...

En Alsace : Plan régional Activités Physiques Santé Bien-être 2013-2016

1. Développer, structurer et renforcer le réseau alsacien des acteurs de la santé et de l'activité physique et sportive, afin de garantir la mobilisation et la professionnalisation de tous les acteurs,
2. Permettre aux personnes (enfants et adultes) atteintes de maladies chroniques d'accéder à une activité physique et/ou sportive adaptée dans un cadre sécurisé,
3. Permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder à une activité physique et/ou sportive adaptée dans un cadre sécurisé,
4. Développer l'offre d'activité physique adaptée en direction des personnes âgées pour leur permettre de préserver ou de maintenir leur autonomie,
5. Développer l'activité physique et sportive et réduire la sédentarité des enfants dès le plus jeune âge en lien avec les acteurs de la petite enfance, de l'éducation nationale et du mouvement associatif et sportif,
6. Réduire les inégalités d'accès à la pratique sportive pour des publics en situation de précarité, notamment dans le cadre de la politique de la ville et des contrats locaux de santé existants ou à venir.



Les stratégies générales d'action de ces plans peuvent se résumer comme des interventions sur chacune des sphères satellites de la pratique physique et sportive (figure 1).

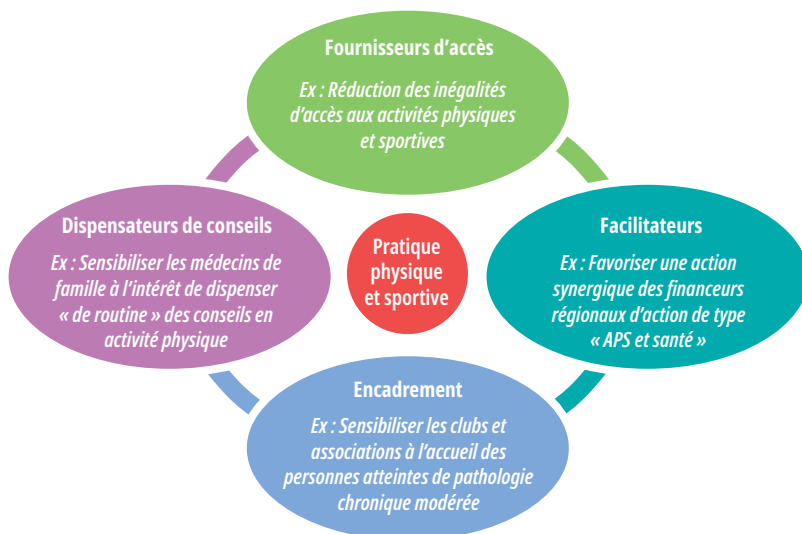


Figure 1 : Lieux généraux d'action pour le développement des APS aux fins de santé

Encadré 2 : Loi NOTRe, exemples de compétences territoriales dans le champ de la santé

L'État définit les objectifs de santé publique, les plans et programmes associés au niveau national et régional ; il prévient et gère les menaces sanitaires graves ; il lutte contre la toxicomanie, il protège la santé mentale, vaccine, dépiste les cancers et lutte contre la lèpre, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles dont le VIH.

Les régions définissent des objectifs particuliers de santé, ainsi que la détermination et la mise en œuvre des actions correspondantes ; elles participent aux différentes commissions exécutives des agences régionales de santé.

L'évaluation a montré que ces plans ont contribué au développement :

- de dispositifs de soutien et de développement, comme le réseau sport-santé-bien-être, le dispositif SAPHYR (Santé par l'Activité PHYSique Régulière) et le réseau maladies métaboliques,
- de partenariats entre collectivités territoriales, agence régionale de santé, assurance maladie, mutuelles et État, par exemple à travers des appels à projets communs centrés sur les APS aux fins de santé, ou encore l'introduction d'APS dans des contrats locaux de santé
- d'une pratique régulière et pérenne d'activité physique et sportive au sein d'établissements sanitaires ou médico-sociaux.
- de dynamiques territoriales permettant de réduire l'inégalité d'accès à une pratique d'APS aux fins de santé
- d'études pour approfondir les déterminants d'une pratique régulière d'APS dans certains environnements, comme les tout-petits ou les seniors en milieu rural.

Leur intérêt pour la population, atteinte ou non de pathologies chroniques, est donc capital.

À partir du 1^{er} janvier 2016, l'application des lois relatives à la décentralisation¹ modifie le paysage régional en constituant le Grand Est et en précisant les compétences de chaque collectivité territoriale (encadré 2).

¹ Loi n° 2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles, dite « loi MAPAM », vise à clarifier les compétences des collectivités territoriales en créant des organes de concertation entre les collectivités et en réorganisant le régime juridique des intercommunalités françaises les plus intégrées, les métropoles.

Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral. Elle procède notamment à un redécoupage des régions.

Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, dite « loi NOTRe » : confie de nouvelles compétences aux régions et redéfinit clairement les compétences attribuées à chaque collectivité territoriale.



La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réaffirme l'intérêt de l'activité physique pour des patients atteints de certaines pathologies chroniques. Ce texte, articulé autour de la prévention, de l'accès aux soins et de l'innovation, repose sur trois constats majeurs :

- L'allongement de la durée de la vie.
- La progression des maladies chroniques.
- La persistance des inégalités de santé. Ainsi, les enfants d'ouvriers ont dix fois plus de risque d'être obèses que les enfants de cadres, les cadres vivent 10 années de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle, les déserts médicaux se développent, etc.

Il réitère la possibilité, pour un médecin, de prescrire une activité physique :

« Art. L. 1172-1.-Dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret. »

Le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée établit une catégorisation des patients selon la sévérité de leur limitation fonctionnelle, ainsi que des intervenants selon leur formation².

Enfin, dans le but de favoriser la pratique des APS pour le plus grand nombre, la loi du 26 janvier 2016 simplifie les modalités de production d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive.

Les bénéfices liés aux trois premiers plans d'activité physique aux fins de santé justifient pleinement que la promotion des APS soit poursuivie. Les évolutions réglementaires et territoriales nécessitent une mutualisation des moyens.

Le présent plan concerne l'ensemble du Grand Est, de 2018 à 2022. Il est élaboré en lien avec le projet régional de santé de l'Agence régionale de santé, ainsi qu'avec les politiques de santé portées respectivement par le Conseil Régional Grand Est, la coordination de la Gestion des Risques Grand Est, le Régime Local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle, ainsi que les politiques sportives de la Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, et du Comité Régional Olympique et Sportif Grand Est.

Il sera décliné territorialement au vu des besoins, au plus proche des publics-cible et en s'appuyant, lorsqu'elles existent, sur les dynamiques territoriales (contrats locaux de santé, politique de la ville...).

² Son application est précisée par l'instruction n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.



Principaux bénéfices de l'APS régulière

Chez l'adulte

La pratique régulière d'une activité physique est associée à une diminution du taux de mortalité prématurée, toutes causes confondues, et à une moindre probabilité d'être atteint d'obésité et de certaines pathologies comme le diabète de type 2, les coronaropathies, l'ostéoporose et certains cancers dont celui du sein. Elle réduit certains facteurs de risque³, comme l'hypertension artérielle. Elle améliore l'espérance de vie et, sans doute, l'espérance de santé. En outre, elle augmente l'estime de soi, diminue l'anxiété et possède des effets antidépresseurs. Enfin, les scores de qualité de vie sont habituellement plus élevés chez les personnes physiquement actives.

Chez les personnes atteintes de pathologie chronique, de nombreuses données probantes⁴ montrent que l'activité physique constitue un adjuvant thérapeutique : elle prévient les complications, réduit le nombre d'hospitalisations et les coûts de prise en charge, voire permet de diminuer la posologie médicamenteuse.

³ Risque cardiovasculaire : probabilité de survenue chez une personne d'un événement cardiovasculaire majeur (décès cardiovasculaire, infarctus, AVC) sur une période donnée (à 5 ans, à 10 ans).

L'hypercholestérolémie, la dyslipidémie mixte, certaines hypertriglycéridémies, le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme constituent des facteurs de risque majeurs.

La sédentarité, une alimentation déséquilibrée, l'alcool ou le stress sont des facteurs de risque comportementaux. Ces facteurs sont souvent associés entre eux.

Chez l'adulte de 40 à 65 ans, le risque cardiovasculaire s'évalue en prévention primaire à l'aide, notamment, de l'outil SCORE (Systematic Coronary Risk Estimation).

(Haute Autorité de Santé. Fiche mémo – Evaluation du risque cardio-vasculaire. Février 2017)

⁴ Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015;25(suppl 3):1-72.

Chez le tout-petit

L'activité physique est indispensable au développement psychomoteur des tout-petits. Elle agit notamment sur la posture, la motricité ou encore la structuration dans l'espace et le temps. Ces fonctions, en retour, participent à la maturation des processus psychiques. Dans le domaine de la santé, l'activité physique joue un rôle fondamental en contribuant, par exemple, à la prévention du surpoids ou en prévenant certains facteurs de risques cardiovasculaires potentiellement présents chez les tout-petits. Enfin, l'activité physique du tout-petit pourrait constituer un déterminant de la pratique de l'adolescent.

Chez l'enfant et l'adolescent

En fonction de son âge, l'activité physique ou sportive a les mêmes vertus chez l'enfant ou l'adolescent que chez le tout-petit ou chez l'adulte.

De plus, une pratique régulière contribue à l'amélioration des performances académiques des élèves.

En effet, il a déjà été montré que l'activité physique pourrait agir sur les capacités intellectuelles en stimulant la neurogenèse et en élevant la concentration de certaines neurotrophines impliquées dans la survie des neurones au cours du développement, et dans leur plasticité. Les APS améliorent les fonctions cognitives, en particulier la concentration et la mémorisation, dont on connaît l'importance dans les processus d'apprentissage. Enfin, l'activité physique agit indirectement en améliorant l'estime de soi, dont l'influence positive sur le comportement en général et les résultats scolaires en particulier est établie de longue date.



Chez la femme enceinte

Chez la femme enceinte, dont la grossesse est normale, la pratique d'une activité physique régulière améliore la fonction cardiovasculaire, la masse musculaire et la force, la qualité du sommeil et la sensation de bien-être général. Elle contribue à réguler la prise de poids, prévient l'incontinence urinaire et la perte de densité osseuse, et elle diminue le risque de diabète gestationnel, de pré-éclampsie, et de douleurs lombaires. Enfin, elle limite l'anxiété et le sentiment de dépression.

Chez le futur bébé, l'activité physique de la mère réduit le risque d'hypotrophie ou de macrosomie, favorise le développement du système nerveux central et diminuerait le risque de prématurité.

Recommandations en matière d'activité physique ou sportive aux fins 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.

Enfants de moins de 5 ans ⁵

Pour favoriser une croissance et un développement sains, les nourrissons (âgés de moins d'un an) devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour, particulièrement par l'entremise de jeux interactifs au sol. Les enfants âgés de 1 à 2 ans et les enfants d'âge scolaire (âgés de 3 à 4 ans) devraient être physiquement actifs chaque jour, quelle que soit l'intensité, pendant au moins 180 min réparties sur toute la journée. Cela devrait comprendre une variété d'activités dans divers environnements à différentes intensités, des activités qui permettent de développer les habiletés motrices et une progression vers au moins 60 min de jeu actif à l'âge de 5 ans.

S'adonner chaque jour à encore plus d'activité physique entraîne plus de bienfaits.

Enfants et adolescents de 5 à 17 ans

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.

- Accumuler au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.
- La pratique d'une activité physique pendant plus de 60 minutes par jour apportera un bénéfice supplémentaire pour la santé.
- 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.



⁵ Directives canadiennes en matière d'activité physique pour la petite enfance (enfants âgés de 0 à 4 ans), 2012.

Adultes de 18 à 64 ans ⁶

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.

- 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.
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes
- 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.
- Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Seniors de 65 ans ou plus ⁶

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 recommandations sont identiques à celles pour l'adulte. Il est cependant précisé que :

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



⁶ Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Organisation mondiale pour la santé, Genève, 2010

Contexte de la grande région⁷

Démographie

En superficie, la région Grand Est représente 10,6 % de la France métropolitaine et, avec 5,6 millions d'habitants, 8,7 % de la population générale.

Il s'agit d'un territoire à faible densité de population, 97 habitants / km² (France : 118), dont une grande part vit en dehors des grandes aires urbaines : 20,0 % (France : 17,3 %). Cette part est la plus élevée en Haute-Marne (50,7 %), en Meuse (47,4 %) et dans les Vosges (44,2 %).

Le revenu médian par unité de consommation (2012) est de 19 560 euros, inférieur de 0,6 % à celui de la France métropolitaine (19 680 euros). Le taux de pauvreté monétaire est de 14 %, avec des disparités : 15,4 % dans l'ancienne Champagne-Ardenne, 14,6 % en Lorraine et 12,0 % en Alsace.

Le Grand Est comporte 200 934 étudiants (54 % de femmes), dont 90 % inscrits en établissements publics. Ils se répartissent en 40,9 % dans l'académie de Nancy-Metz, 21,7 % à Reims et 37,4 % à Strasbourg.

La part des enfants âgés de moins de 5 ans est de 5,7 %, et celle des 10-19 ans de 8,6 %.

La natalité est un peu moindre qu'en France métropolitaine. En 2013, pour 62 620 naissances, le taux de natalité est de 11,3/1 000 habitants (France : 12,2/1 000) et le taux de fécondité (femmes de 15 à 49 ans) : 51,5/1 000 (France : 55,2/1 000).

Si la part de personnes âgées de 65 ans ou plus est un peu moindre qu'en France métropolitaine (17,8 % versus 18,2 %), l'indice de vieillissement de la population est un peu plus élevé (2014, nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) : 74,9 (France : 74,5).

Santé

Le taux de mortalité (décès pour 1 000 habitants) est de 9,0 (France : 8,7). Les principales causes de décès sont les tumeurs (29 % des décès), les maladies circulatoires (24 % des décès) et les pathologies respiratoires (7 %)⁸.

L'analyse des taux comparatifs de mortalité prématurée (décès avant 65 ans pour 100 000 habitants) montre une grande diversité selon les départements et, dans certains cas, une surmortalité par rapport à la France métropolitaine. Par exemple, ce taux pour les tumeurs chez les hommes est de 112,8 dans la Marne et 81,3 dans le Bas-Rhin (France : 97,1) et chez les femmes, il est de 69,1 dans les Vosges, et 50,7 dans le Bas-Rhin (France : 57,6).

On observe dans le Grand Est une part de personnes obèses ou en surpoids plus élevée qu'en France métropolitaine, en particulier sur les territoires de la Champagne-Ardenne (20,9 %) et de l'Alsace (18,7 %) (France : 15 %).

⁷ Sources : INSEE, Statiss 2015, SRDS, Atlas régional des effectifs étudiants, Enquête Obépi-Roche 2012.

⁸ Source : CépidC, Nombre de décès tous âges, période 2012-2014 (exception faite des causes externes de blessures et des états morbides mal définis). Consultation du site www.cepidc.inserm.fr le 7 juillet 2017).



Activités physiques et sportives

Le Grand Est compte plus de 1,2 millions de licences sportives (dont 1 075 sportifs de haut niveau en 2016), pour 14 105 clubs et associations sportives. Le taux de licence sportive dans la région est de 23,2 %, ce qui correspond à la moyenne nationale, mais cache des disparités infrarégionales.

Son taux d'équipement sportif est de 50,1 pour 10 000 habitants (France : 41,3 / 10 000), un chiffre plus élevé en Haute-Marne (67,5). Il comporte 12,4 salles de pratique collective / 10 000 habitants (France : 10,0 / 10 000), et 9,2 terrains de grands jeux / 10 000 habitants (France : 6,6 / 10 000).

Des dispositifs associatifs, portés par le mouvement sportif ou par des collectivités territoriales contribuent à l'engagement de personnes atteintes de pathologies chroniques dans la pratique d'une activité physique ou sportive régulière.

Favoriser l'accès du plus grand nombre, dont le public en situation de précarité, à une pratique sportive encadrée sur tous les territoires est l'une des politiques prioritaires de la DRDJSCS, de l'ARS, du Conseil Régional Grand Est, du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle, de la Coordination de la Gestion des Risques, et du Comité Régional Olympique et Sportif du Grand Est.

Objectifs stratégiques et opérationnels 2018-2022

OS.1) Développer une politique régionale en faveur de la pratique d'une activité physique et sportive aux fins de santé sur la région Grand Est auprès des publics cibles suivants :

- ▶ Personnes atteintes de pathologies chroniques
 - ▶ Personnes présentant des facteurs de risques cardiovasculaires
 - ▶ Enfants et jeunes (0 – 29 ans)
 - ▶ Femmes enceintes
 - ▶ Personnes âgées de 65 ans ou plus
-
- OO.1.1) Fédérer, mobiliser tous les acteurs et organiser une structuration régionale.
 - OO.1.2) Promouvoir les bénéfices des APS comme adjuvant thérapeutique, ainsi que les dispositifs permettant le retour à l'activité physique, auprès de tous les acteurs (établissements de santé, Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, professionnels de santé, acteurs du sport, collectivités, usagers).
 - OO.1.3) Renforcer et structurer l'offre d'activité physique et sportive et proposer des créneaux sportifs adaptés à chaque public, y compris le public en situation de handicap.
 - OO.1.4) Spécialiser l'encadrement de la pratique d'activité physique et sportive proposée aux publics cibles.
 - OO.1.5) Développer la formation en activité physique ou sportive aux fins de santé en direction des ligues et comités régionaux, clubs et associations sportives.



- OO.1.6) Sensibiliser et informer sur le conseil en activité physique ou sportive aux fins de santé, ainsi que sur l'orientation vers les dispositifs permettant le retour à l'activité physique, (professionnels médicaux et paramédicaux, associations régionales de patients, collectivités).
- OO.1.7) Organiser une offre d'activité physique et sportive appropriée à chaque territoire.
- OO.1.8) Favoriser des lieux de pratiques sportives sécurisés, accessibles et adaptés (aménagements urbains agréables, propices et sécurisés).
- OO.1.9) Evaluer à l'aide d'indicateurs la mise en œuvre opérationnelle de ce plan régional.

OS.2) Développer et renforcer la pratique d'une activité physique ou sportive pour les personnes atteintes de pathologies chroniques : cancers, maladies cardionéuro-vasculaires, BPCO, maladies métaboliques (diabète et obésité)

- OO.2.1) Favoriser l'accès à un dispositif passerelle vers une APS encadrée pour les personnes atteintes de pathologie chronique ou de facteurs de risque cardiovasculaire éloignées de la pratique.
- OO.2.2) Promouvoir auprès des professionnels de la santé l'intérêt d'une pratique régulière d'APS comme adjuvant thérapeutique dans les pathologies chroniques ci-dessus, ainsi que les dispositifs permettant le retour à l'activité physique (établissements de santé, maisons de santé, officines pharmaceutiques).

OS.3) Favoriser la pratique d'une activité physique ou sportive régulière pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (0- 29 ans)

- OO.3.1) Contribuer à l'engagement dans une activité physique et motrice régulière des enfants âgés de six ans ou moins
- OO.3.2) Lutter contre le « décrochage sportif » aux changements de cycles scolaires⁹
- OO.3.3) Améliorer la pratique physique et sportive des étudiants⁷
- OO.3.4) Améliorer la pratique physique et sportive des lycéens, des apprentis et des autres jeunes en situation d'insertion sociale ou professionnelle.

OS.4) Promouvoir la pratique d'une activité physique ou sportive encadrée et sécurisée pour les femmes enceintes

- OO.4.1) Contribuer à l'information ou à la formation des professionnels de la santé (sages-femmes, médecins) prenant en charge des femmes enceintes ou des femmes en post-partum.
- OO.4.2) Contribuer à l'information ou la formation des acteurs du sport (éducateurs sportifs, entraîneurs) sur la pratique physique ou sportive des femmes enceintes dont la grossesse et normale.

OS.5) Développer la pratique régulière d'activité physique ou sportive pour les personnes âgées de 65 ans ou plus

- OO.5.1) Contribuer à l'engagement durable des personnes âgées de 65 ans ou plus dans la pratique régulière d'une activité physique ou sportive.



⁹ OO extrait du rapport au Premier Ministre « Promouvoir l'activité physique et sportive pour tous et tout au long de la vie », Deguilhem P, Juanico R. Septembre 2016.

Mise en œuvre et évaluation du plan régional

Le plan régional fera l'objet d'un document complémentaire, qui sera régulièrement actualisé. Il déterminera, en fonction des besoins, la nature des différentes actions à mener sur les territoires.

Des indicateurs pour le suivi et l'évaluation seront jointes à ces actions. Ils concerneront, notamment, la réduction des inégalités d'accès à la pratique physique et sportive. De plus, le plan régional sera évalué sur son impact direct ou indirect sur le mouvement associatif sportif.

L'ensemble des actions, quel que soit leur stade (élaboration, réalisation, évaluation, communication) et leurs maîtres d'ouvrage et d'œuvre, sera conduit dans le respect des attendus des :

- Label diversité, qui vise à prévenir les discriminations et à promouvoir la diversité dans les structures publiques et privées.
- Label égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Les signataires de ce plan, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale Grand Est, Conseil Régional Grand Est, Agence Régionale de Santé Grand Est, Régime Local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle, Coordination de la Gestion des Risques, et le Comité Régional Olympique et Sportif Grand Est mobiliseront leurs services (Santé, Sports, Jeunesse, Aménagement du territoire, Formation) pour une mise en œuvre cohérente et transversale de ce plan régional.



Glossaire

- APA : Pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires (Art. D. 1172-1 du Code de la santé publique)
- APS : Activités physiques et sportives
- ARS : Agence régionale de santé
- CDOS : Comité départemental olympique et sportif
- CNDS : Centre national pour le développement du sport
- CROS : Comité régional olympique et sportif
- DASEN : Direction académique des services de l'éducation nationale
- DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale
- DDCS-PP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
- DRDJSCS : Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- EPS : Education physique et sportive
- IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
- MSA : Mutualité sociale agricole
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ORSAS : Observatoire régional de la santé et des affaires sociales
- PAF : Programme académique de formation
- RLAM : Régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle
- SIUAPS : Service interuniversitaire d'activité physique et sportive
- SIUMP : Service interuniversitaire de médecine préventive
- URPS : Union régionale des professionnels de la santé

