

AMÉLIORER LES POLITIQUES NATIONALES DE PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE FAVORABLE À LA SANTÉ

Joana Ungureanu, Jean-François Toussaint, Éric Breton

S.F.S.P. « Santé Publique »
2018/2 Vol. 30 pages 157 à 167
ISSN 0995-3914
Article disponible en ligne à l'adresse :
https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-2-page-157.htm
Pour citer cet article :
Joana Ungureanu <i>et al.,</i> « Améliorer les politiques nationales de promotion de l'activité physique favorable à la santé <i>», Santé Publique</i> 2018/2 (Vol. 30), p. 157-167. DOI 10.3917/spub.182.0157

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P.. © S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Améliorer les politiques nationales de promotion de l'activité physique favorable à la santé

Improving national Health-Enhancing Physical Activity promotion policies

Joana Ungureanu¹, Jean-François Toussaint¹, Eric Breton²

□→ Résumé

Contexte: Afin d'appuyer les États dans l'élaboration de stratégies et politiques agissant sur l'ensemble des déterminants de la sédentarité et de la pratique de l'activité physique, l'OMS a mis en place un outil d'analyse des politiques, le *Health Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool* (HEPA PAT) qui permet d'évaluer la qualité des politiques nationales et de prendre en compte le maillage complexe de ces déterminants. Cet article vise un double objectif: d'une part présenter cet outil pour préciser sa nature et son utilité pour la définition des politiques nationales de promotion de l'activité physique et d'autre part offrir une illustration de son application aux politiques françaises.

Méthodes : Ayant d'abord identifié les politiques et les projets HEPA au niveau national, nous les avons ensuite analysés sur la base de l'HEPA PAT et de ses 17 critères de qualité, afin d'identifier des opportunités et de proposer des recommandations.

Résultats: La promotion de l'activité physique en France est encore un domaine récent et fragmenté. Son développement est plus visible au niveau local mais requiert une coordination nationale. Le problème fondamental semble être le manque d'une vision à long terme et d'une stratégie unifiée l'accompagnant. La mise en œuvre se trouve limitée aussi par des plans d'action insuffisamment définis ou privés de critères d'évaluation et de financements durables.

Conclusion : HEPA PAT offre un portrait clair et complet des efforts des États de promotion de l'activité physique. Cependant, seul un travail supplémentaire d'analyse des niveaux régional et local permettra de générer une vision globale des stratégies de promotion de l'activité physique au sein de la population.

Mots-clés: Politiques; Activité physique; Santé; Sport-santé; Prévention; France.

□→Abstract

Context: In order to help states to develop policies and strategies impacting on all determinants of physical activity, the WHO has set up a policy analysis tool, the HEPA PAT (Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool). This tool allows evaluation of national policies, while considering the complex network of determinants and influencing factors. This article has a double objective: firstly, to present this tool in order to define its specificity and utility in the development of HEPA national policies; secondly, to illustrate its application in the case of France.

Methods: The national HEPA policies and projects in France were identified and analysed using the HEPA PAT methodology and quality criteria to highlight the opportunities and to propose recommendations for improvement.

Results: HEPA promotion is a recent and fragmented process in France. Development is more intensive at the local level and needs stronger national support and coordination. The main problem seems to be the lack of long-term vision accompanied by a unified national strategy. Implementation is impaired by vaguely defined action plans, very often without any evaluation criteria or sustainable financing methods.

Conclusion: The use of HEPA PAT provides a clear and complete overview of the political structure in the field of physical activity promotion. Further analysis of regional policies and projects is recommended to complete this work.

Keywords: Policies; France; Health; Prevention; HEPA; Healthenhancing physical activity.

¹ Institut de Recherche bio-Médicale et d'Épidémiologie du sport – INSEP – 11 avenue du Tremblay – 75012 Paris – France.

² Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARÈNES – UMR 6051 – F-35000 Rennes – France.

Introduction

L'inactivité physique représente un des risques majeurs de morbidité et de mortalité associée au développement des maladies chroniques. Plusieurs études soulignent l'impact de l'inactivité physique: 6-10 % de la mortalité mondiale associée aux maladies non-transmissibles est liée à l'inactivité physique, avec un pourcentage encore plus important pour certaines pathologies [1, 2]. À l'inverse, l'activité physique régulière améliore la qualité de vie et diminue les effets de l'avancement en âge.

Pourtant, les résultats d'enquêtes réalisées dans de nombreux pays démontrent une tendance populationnelle généralisée de diminution du niveau d'activité physique. Par exemple, l'Eurobaromètre de 2014 [3] montre en France une baisse de 5 % de la pratique régulière de l'activité physique depuis 2009, et une augmentation de 8 % des personnes qui ne pratiquent jamais. On retrouve la même tendance dans plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest. Ces résultats sont confirmés par des études nationales [4-6], comme par exemple le 5° Baromètre Assureurs Prévention sur le niveau d'activité physique ou sportive de la population française réalisé en collaboration avec l'Institut de Recherche bio-Médicale et d'Épidémiologie du Sport [7].

Au vu des données alarmantes et de leurs implications pour la santé publique, les États membres de l'Union Européenne et de l'OMS Europe ont convenu de réduire la sédentarité de 10 % d'ici 2025, mettant en place la Stratégie d'activité physique 2016-2025 [8]. Celle-ci porte sur toutes les formes d'activité physique aux différents âges de la vie et appelle les États et leurs gouvernements à agir.

Cette stratégie repose sur un travail de longue durée effectué en amont par les deux organisations. Il faut mentionner les recommandations de 2008 de la Commission Européenne [9] et renforcées par celles du Conseil de l'Union Européenne en 2013 [10] et du Groupe Expert en 2015 d'encourager l'activité physique dès le plus jeune âge [11]. De plus, un travail continu de monitoring est développé à travers l'Eurobaromètre, qui analyse l'évolution de la pratique de la population des États-membres à des intervalles réguliers [3].

Dans le même esprit, au niveau mondial, l'ISPAH (Société Internationale pour l'Activité physique et la santé) une société composée de milliers d'experts, de chercheurs et de professionnels de l'activité physique en lien avec la santé a produit deux documents de consensus adoptés en conclusion de ses conférences mondiales. La « Charte de Toronto pour l'activité physique » [12], publiée en 2010, souligne

les bénéfices pour la santé, l'environnement et l'économie, et propose un cadre d'actions pour améliorer la pratique, basé sur les principaux déterminants de l'activité physique. La « Déclaration de Bangkok sur l'activité physique pour la santé mondiale et le développement durable » [13], adoptée en 2016, fait le lien entre les bénéfices de l'activité physique et l'atteinte de certains objectifs de développement durable. Elle insiste sur l'importance d'une approche multi sectorielle et d'une coordination nationale.

Au niveau national, des plans, stratégies ou politiques visant l'inactivité physique sont déjà en place depuis plusieurs années. Une enquête menée par l'OMS en 2010 a identifié ce type de politiques dans 73 % de ses Étatsmembres. Pourtant seuls 55 % de ces plans étaient encore actifs et 42 % seulement étaient actifs et financés [14].

Pour les États, l'action publique de promotion de l'activité physique est d'autant plus complexe qu'elle doit prendre en compte les multiples déterminants de la pratique de l'activité physique [15]:

- les facteurs individuels associés à la génétique, physiologie mais surtout aux connaissances, croyances et motivations personnelles,
- les facteurs interpersonnels tels le niveau de soutien social de la part de la famille, des amis ou des collègues, et aussi l'existence de normes et pratiques culturelles,
- les facteurs environnementaux comme la disponibilité des équipements/infrastructures sur les lieux de travail; l'aménagement des quartiers, l'offre de transports publics, qui facilitent la marche, la pratique du vélo et améliore la sécurité des piétons et des cyclistes,
- les facteurs macro: le développement économique, l'influence des médias, les pratiques de marketing, l'urbanisation.

On constate que devant cette multitude des déterminants, les premiers efforts pour augmenter le niveau d'activité physique se sont concentrés essentiellement sur le changement de comportement de l'individu [16], une tendance qui a pu également être observée dans les publications scientifiques décrivant ce type d'interventions [17]. En plus de soulever le risque de tomber dans une culpabilisation des victimes (c'est-à-dire d'attribuer l'échec de l'amélioration du niveau d'activité physique à la seule responsabilité des individus), ce ciblage exclusif des facteurs individuels fait généralement fi des interconnections entre ces déterminants et l'importance d'accompagner les comportements par des actions d'amélioration des environnements physiques, infrastructures nécessaires pour favoriser l'adoption de modes de vie plus actifs et faire tomber les barrières à une vie physiquement active.

Un simple coup d'œil sur la liste des déterminants de l'activité physique précités permet d'entrevoir que les leviers d'action pour promouvoir ce qui est désigné dans la littérature internationale « l'activité physique ayant des effets positifs sur la santé » (HEPA: Health Enhancing Physical Activity) relèvent d'un large spectre de ministères, agences et institutions gouvernementales ou territoriales, situation qui complexifie davantage la planification et la mise en œuvre de l'action publique sur le problème de santé publique qu'est la sédentarité. C'est pourquoi l'OMS a mis en place un outil d'analyse des politiques, le HEPA Policy Analysis Tool (HEPA PAT) [18], pour aider les États à évaluer la qualité de leurs politiques et prendre en compte ce maillage complexe de déterminants et de champs de responsabilités.

Dans cet article, nous visons donc un double objectif: d'une part présenter cet outil pour préciser sa nature et son utilité pour la définition des politiques nationales de promotion de l'activité physique et, d'autre part, offrir une illustration de son application aux politiques françaises. Nous terminerons ensuite par un commentaire sur la plusvalue de l'outil et les difficultés rencontrées.

L'outil HEPA PAT de l'OMS

L'OMS Europe soutient le réseau européen (HEPA Europe) pour la promotion de l'activité physique dans les politiques de santé et dans d'autres secteurs en Europe. Son réseau d'experts européens produit des outils, des lignes directrices et des études de cas, qui sont utilisés dans toute la région. Il participe également à des activités de recherche.

Ce réseau réunit différents groupes de travail qui visent à faciliter la diffusion d'informations sur les approches nationales de la promotion de l'activité physique.

Par exemple, un groupe de travail dirigé par l'Université de Zurich, en Suisse, collecte des études de cas sur le développement, le contenu, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales d'activité physique dans les pays européens. Pour aller plus loin, le Centre national pour l'activité physique et la santé de la Fondation britannique du cœur et l'Université de Zurich, ainsi que l'Université de l'Australie occidentale, ont mis au point un outil d'évaluation des politiques sur l'activité physique qui favorise la santé, le HEPA PAT.

Cet outil a été développé en 2011 sur la base de plusieurs études comparatives menées au niveau international sur la mise en œuvre des politiques promouvant l'activité physique. Il est structuré autour des attributs-clés identifiés comme essentiels pour une mise en œuvre effective des approches en population générale et se veut un outil standardisé au niveau international dans le déploiement de ces mesures.

Pendant la période 2009-2010, le groupe de travail « Approches nationales pour la promotion de l'activité physique » de HEPA Europe, a testé la faisabilité et l'applicabilité de l'outil dans sept pays : Finlande, Italie, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Slovénie et Suisse. Leur résultat initial a permis d'améliorer la première version et de la publier en 2011. En 2012, les données des sept pays pilotes ont permis d'identifier des axes d'amélioration, mises en œuvre en 2014 et testés ensuite en trois pays : Belgique, France et Angleterre.

L'outil est structuré en onze sections, groupées selon quatre axes : (1) la structure politique nationale et l'historique du développement des politiques d'activité physique, (2) le processus de développement des politiques et leur contenu, (3) l'expérience de la mise en œuvre. Au final, (4) le processus d'audit est aussi analysé : comment il a été initié, structuré et mené au bout.

Avec un portrait de la structure politique globale du pays, l'outil conduit à l'identification des autorités et partenariats en place, en charge de la promotion de l'activité physique et sportive. Il regarde ensuite les politiques existantes et le processus selon lequel elles ont été développées, pour analyser la façon dont elles ont été mises en œuvre. L'évaluation des résultats et celle des politiques, les méthodes de financement et la réalisation des objectifs sont aussi recherchées.

L'HEPA PAT déploie alors, sur la base des analyses précédentes, un ensemble de 17 critères qui donnent le cadre principal de l'analyse (encadré 1).

Finalement, l'outil permet de tester la mise en place concrète des politiques, afin de superposer la théorie à la situation du terrain. Il analyse ainsi les structures détenant la responsabilité de la mise en œuvre, le rôle concret du gouvernement, la déclinaison au niveau régional et local, des exemples concrets d'actions déployées avec succès mais aussi les actions problématiques. On s'intéresse aux questions qui ont montré le plus grand progrès, suite à la mise en place des politiques et aux principaux défis de la mise en œuvre.

Méthodes

La collecte de données a été réalisée aux mois de mai et juin 2016. Dans un premier temps, nous avons identifié, à partir du site web du gouvernement, les Ministères et

Encadré 1 : Les 17 critères de base de l'outil HEPA PAT dans le développement des politiques

17 critères de base dans le développement des politiques promouvant l'activité physique bienfaisante pour la santé

- Développement basé sur une approche consultative (toutes les parties concernées sont consultées et impliquées dans le processus)
- · Approche factuelle (les politiques sont développées sur la base des recherches et des pratiques déjà en place qui se sont montrés efficaces)
- Intégration à travers les secteurs et politiques (les politiques sont développées et intégrées dans une approche transversale multisectorielle)
- Recommandations nationales des niveaux d'activité physique (des recommandations sur le niveau d'APS nécessaires pour différents groupes d'âges et populations sont en place au niveau national)
- Objectifs nationaux (le pays a des objectifs clairement définis à court et long terme concernant le progrès du niveau de santé et pratique d'APS de ses citoyens)
- Plan d'implémentation avec des délais spécifiques (les actions prévues sont clairement définies, des responsables nommés et des délais fixés ; ceci est nécessaire pour un suivi précis de l'avancement de l'implémentation)
- Stratégies multiples (le développement de l'activité physique bienfaisante pour la santé a des approches multiples et variée afin de répondre aux problématiques dans leur globalité : développement des infrastructures, éducation du public, accompagnement de la pratique, etc.)
- Évaluation (des systèmes pour évaluer l'atteinte des objectifs et la mise en place du processus)
- Systèmes de monitoring et suivi de la santé (afin d'observer si les changements en pratique de l'activité physique ont un impact sur le niveau de santé de la population)
- Engagement politique (les pouvoirs politiques soutiennent et promeuvent les projets APS)
- Financement continu (disponibilité continue et suffisante des fonds)
- · Leadership et coordination (une entité nationale et unique coordonne toutes les démarches APS au niveau national)
- Travail en partenariat (développement des partenariats entre structures et domaines afin d'éviter le travail en silos, capitaliser les différentes expertises et optimiser les ressources)
- Liens entre la politique et la pratique (les corps politiques et les institutions responsables de la mise en place sur le terrain sont en échange permanent afin de nourrir les politiques des besoins concrets de la population et d'aider à l'implémentation des politiques)
- Stratégie de communication (afin de transmettre les informations nécessaires aux différents groupes de population d'une façon adaptée et ciblée)
- Identité marque, logo, slogan (une stratégie de communication efficiente a besoin d'une identité afin d'aider à la reconnaissance rapide des messages transmis et à la facilité de mémorisation)
- Réseaux de soutien pour les professionnels (les professionnels travaillant dans des projets APS ont accès au partage des ressources et des informations)

agences de l'État susceptibles d'être impliqués dans la promotion de l'activité physique. Ensuite, nous avons identifié les politiques et plans d'action associés à cette thématique que ces ministères et agences ont publiés.

La liste des politiques a été complétée/validée par l'entremise de consultations auprès d'experts du domaine (notamment à l'IRMES (Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport) et dans le cadre d'évènements sur le sujet tels les Assises Sport sur Ordonnance à Strasbourg, la conférence HEPA Europe, etc.), et la consultation de publications sur la problématique du sport et de l'activité physique identifiées à partir de la base de données de l'OMS dédiée à la promotion de l'activité physique [20] et du centre de documentation de l'IRMES.

Pour des raisons de faisabilité et d'accessibilité des informations, nous nous sommes uniquement centrés sur les politiques nationales publiées après 2008, visant la population générale ou les adultes entre 25 et 45 ans. Cette tranche d'âge représente plus d'un quart de la population française [19] avec une activité physique insuffisante [3], dans un contexte de prévention de maladies chroniques.

Dans un second temps, nous avons procédé à l'analyse de notre corpus de politiques et plans d'actions nationaux. Chacun des documents a été interrogé à partir de la grille de 17 critères de l'outil HEPA PAT et l'information extraite mise sous une forme matricielle. Dans plusieurs cas, il a été nécessaire de compléter l'information en retournant consulter les sites web des ministères et agences.

Résultats

Nous avons identifié trois ministères directement impliqués dans le développement de l'activité physique et dix politiques ou plans nationaux incluant des mesures HEPA (tableau I).

Le Ministère du Sport et celui de la Santé sont en France les acteurs principaux du développement de la politique nationale de promotion de l'activité physique et sportive. Le ministère de l'Environnement se concentre principa-

2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 Min. Stratégie Nationale de Transition Ecologique vers un Développement Durable du Sport - SNTEDDS Sports Plan National Sport Santé Bien-être PNSSB Min. LOI nº 2016-41 du 26 ianvier 2016 de Santé modernisation du système de santé Code de la santé publique - Article L1172-1 Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 3e Programme National Nutrition Santé - PNNS3 Plan Obésité - PO 3e Plan Cancer PC3 Plan d'actions national «accidents vasculaires cérébraux» Min. Loi Grenelle II Envir. 3e Plan National Santé Environnement - PNSE3 Plan d'Action Mobilités Actives - PAMA Plan Particules PP Anciennes versions de Politiques les plus récentes la même politique

Tableau I : Politiques de promotion de l'activité physique bienfaisante pour la santé en France

lement sur la mobilité active dans une préoccupation générale de diminution de la pollution avec un aménagement territorial favorable à la santé. Ses actions complètent le travail des deux autres ministères.

Même s'il a été publié en 2008, avant la période couverte par notre étude, il est utile de mentionner le Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive - PNAPS [21]. Il a été élaboré par la Commission Prévention, Sport et Santé à la demande du Ministère de la Santé et des Sports, avec l'objectif de mettre les bases d'une première stratégie nationale et de définir ses actions concrètes. Depuis, ce document reste une référence dans le développement des politiques, car les besoins et le développement préfigurés il y a déjà presque 10 ans, gardent toujours leur pertinence. De même, l'expertise collective publiée par l'INSERM en 2008 sur l'activité physique, ses contextes et effets sur la santé [22] représente une référence scientifique de base qui apporte un large corpus d'arguments concernant le rôle de l'activité physique dans notre société.

Notre analyse montre que les politiques ont été développées à partir des preuves scientifiques, et sur les contributions d'un nombre plus ou moins important de parties concernées et proposent des stratégies complexes et multisectorielles. Toutefois, leur mise en œuvre peut se trouver limitée en raison

de plans d'action insuffisamment définis ou de l'absence de critères d'évaluation et de financements durables, comme on peut l'observer dans la matrice suivante, construite sur la base des 17 critères détaillés précédemment.

Afin d'illustrer notre travail d'analyse, prenons pour exemple la Stratégie Nationale de Développement Durable du Sport (SNDDS) [23]. Elle a été mise en place par le Ministère des Sports en collaboration avec le Ministère de l'Écologie, comme une extension de la Stratégie Nationale du Développement Durable pour la période 2009-2013. Sur les neuf axes principaux, un était dédié à la santé (Santé et développement durable). Il faut pourtant mentionner que tout au long du document, seul le terme « sport » est utilisé et jamais celui d'activité physique, ce qui suggère une possible limitation aux pratiques strictement sportives et une perte de vue de l'activité physique comme un tout incluant les activités quotidiennes dont les minutes consacrées à la mobilité active (marche, vélo).

Parmi les actions prévues on retrouve : la promotion de l'activité sportive pour améliorer la santé et la qualité de vie, l'utilisation du sport comme élément thérapeutique non-médicamenteux, l'amélioration de la santé et la sûreté des athlètes et des spectateurs, l'amélioration des environnements de pratique, l'optimisation des bénéfices santé par

Tableau II: Matrice des politiques analysées en fonction des 17 critères de base de l'outil HEPA PAT

SNDDS	PNSSB	PNNS3	РО	PC3	PNAVC	PNSE3	PP
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		✓		(✓)	-		
10-34	# 3	✓	-	174			53-1 7
July 1	(✓)	47-07	(✓)	✓	✓	Market.	
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6-15	(✓)	11-11	(✓)	✓	✓	(✓)	(✓)
✓		✓	✓	✓	✓	✓	(✓)
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7-1	✓				✓	14	(✓)
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	(✓)	✓	(✓)	(✓)		(✓)	(✓)
✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Hij I
		✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓			√ √ √ √ √ √ √ √ √ √ - - √ √ √ - - √ √ √ - (√) - (√) √ - (√) - (√) √ - √ √ √ √ - √ √ √ √ - √ √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √ √ - (√) √ √	$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	$\begin{array}{cccccccccccccccccccccccccccccccccccc$

définition des niveaux de pratique optimale, l'amélioration de la collaboration avec les agences régionales de santé, et des directions régionales de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale, l'intégration du concept « sport-santé » dans toute l'éducation liée au sport, l'amélioration du lien entre sport et santé par la transformation des commissions médicales des fédérations sportives dans des commissions sport, santé et bien-être, l'intensification des coopérations entre le Ministère du Sport et celui de la Santé et l'adoption du niveau de pratique sportive comme indicateur de qualité de vie.

Afin de prolonger cette dynamique, les deux ministères ont développé par la suite une Stratégie Nationale de Transition Écologique vers un Développement Durable du Sport (SNTEDDS), lancée en 2015. Si le sport pour la santé avait reçu une place spécifique parmi les axes de développement du SNDDS, il semble avoir perdu dans le SNTEDDS toute importance et se retrouve mêlé aux ambitions beaucoup plus larges, mais plus floues, du développement durable [24].

Un autre exemple et un élément important est l'article L1172-1 [25] du Code de la santé publique, qui permet la prescription par le médecin traitant d'une activité physique adaptée dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée. À ceci s'ajoute le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 qui précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant [26].

Dans ce qui suit, nous examinons les différents critères de l'outil (soulignés en gras dans le texte) en les illustrant avec les exemples retrouvés dans les politiques identifiées.

Toutes les politiques analysées apparaissent construites sur une **approche consultative** et, dans le prolongement de leurs versions précédentes, intègrent l'expérience et les résultats acquis, ainsi que les dernières études scientifiques. Leur développement se fait à un **niveau multisectoriel**: santé, environnement, transport, urbanisme,

éducation et travail, et leurs axes de développement se complètent mutuellement. Afin de renforcer cette démarche, les comités de développement et de pilotage sont toujours des **équipes multisectorielles** qui intègrent tous les niveaux politiques : gouvernement, administrations locales, ONGs, associations et secteur privé. Par exemple, le PNNS 3 (Plan national nutrition santé) indique :

« PNNS et PO (Plan obésité) mobilisent pour l'atteinte des objectifs fixés les compétences et ressources d'autres secteurs, plans et programmes mis en œuvre sous le pilotage de plusieurs ministères, notamment le ministère chargé de l'alimentation (Programme national pour l'alimentation), mais aussi le ministère de l'éducation nationale (Programme éducation santé 2011-2015), le ministère chargé de la consommation, le ministère des sports, le ministère de la cohésion sociale ou encore le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. La coordination du PNNS et du PO est assurée par une mission d'appui interministériel au ministère chargé de la santé, pour une gouvernance globale nécessaire à la cohérence et l'efficience des actions menées pour atteindre les objectifs fixés. Le lien est assuré avec les autres programmes de santé publique mis en œuvre par le ministère chargé de la santé comme le plan cancer, le plan pour l'amélioration des conditions de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le plan santé des jeunes ou le plan national santé environnement. Le suivi de la mise en œuvre du PNNS et du PO est assuré par leurs présidents respectifs et associe au sein d'un comité, les ministères, agences, organismes contributeurs au PNNS ainsi que la société civile et des personnalités du monde scientifique ».

Dans la même optique, la Stratégie Nationale de Transition Écologique vers un Développement Durable du Sport (SNTEDDS) 2015-2020 énonce :

« Développer une approche partagée du sport durable – Le sport a montré qu'il pouvait être partie prenante pour lutter contre le changement climatique, pour économiser les ressources, pour préserver la biodiversité, pour diminuer les risques sanitaires et environnementaux et pour agir en faveur de notre cohésion sociale. Répondre efficacement à ce triple enjeu économique, social et environnemental nécessite que tous les acteurs du sport se concertent et se coordonnent. La stratégie permettra que chacun s'approprie une vision partagée du sport pour les années à venir et trouve toute sa place dans cette mobilisation collective ».

Les **recommandations nationales d'activité physique**, définies en 2010 par le Haut Conseil de Santé Publique, sont intégrées dans les objectifs du PNNS 3 (Plan National Nutrition Santé) « augmenter chez les adultes, en cinq ans,

la proportion de personnes située dans la classe d'activité physique : "élevée" de 20 % au moins chez les hommes et de 25 % au moins chez les femmes ; "moyenne" de 20 % au moins ».

En 2015, l'équipe du PNNS a demandé à l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) d'actualiser ses recommandations sur la base d'une analyse scientifique [27]. Les autres politiques analysées ne définissent pas d'objectifs concrets concernant le niveau d'activité physique.

La coordination et le suivi sont des éléments-clés pour une bonne mise en place des politiques. Dans le cas du Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSB), le rôle de surveillance est assumé au niveau national alors que la responsabilité de la mise en œuvre est transférée au niveau régional. Le Plan Obésité, même s'il se superpose dans sa mise en œuvre avec le PNNS, a défini une organisation responsable, des échéances et des indicateurs d'évaluation pour chaque action. Il est important de souligner que le PNNS 3 et le Plan Obésité ont été mis en œuvre dans le cadre d'une mission interministérielle, afin d'augmenter l'efficacité des démarches. À la lumière de la grille HEPA PAT, le Plan Cancer ressort favorablement en termes de gestion de projet : il a un plan de déploiement très précis et bien défini, avec des objectifs concrets, échéances et niveaux de finalisation. Moins précis, le PNSE 3 (Plan National Santé Environnement) et le Plan Particules ont aussi des indicateurs d'évaluation et de suivi.

Il ne semble pas y avoir de plans de déploiement, d'échéances ou d'évaluation pour les autres politiques. Pour exemple, on ne trouve encore aucune évaluation du Plan Obésité, conclu en 2013.

Un **système national de surveillance du niveau de pratique de l'activité physique** vient d'être mis en place en novembre 2015 porté par l'Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS). Celui-ci a comme mission la standardisation de la surveillance au niveau national, en relation étroite avec des partenaires internationaux. Il est notamment chargé de nourrir les statistiques OMS sur l'activité physique des Français.

La campagne de communication au niveau national pour encourager la pratique d'activité physique a été menée dans le cadre du PNNS, mise en place par le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, l'Assurance maladie et l'INPES. Cette campagne a été lancée en 2004. Elle a été déployée à travers des actions médias grand public: presse, TV, radio et des actions de proximité dans les transports en commun, dans les entreprises, auprès des collectivités locales et les professionnels de santé [28].

Plus récemment, dans le PNNS 3 on continue à développer la promotion de l'activité physique auprès de différents publics : « mise en place d'évènements grand public pour promouvoir l'APS comme facteur de santé et de bien-être, le développement de la communication en tenant compte des spécificités par public ainsi qu'en sensibilisant notamment les employeurs, les comités d'entreprise et les collectivités territoriales à l'intérêt de l'activité physique ; sensibilisation des professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation nationale, en contact avec les enfants et les adolescents, aux bénéfices santé de l'activité physique et sportive ».

Le Plan Obésité a intégré la campagne de communication du PNNS. De plus, il a mis en place deux actions de communication sur l'étiquetage des aliments et la stigmatisation des personnes obèses.

Un autre exemple, le site officiel (e-cancer.fr) du Plan Cancer donne accès à des brochures informatives sur l'activité physique et son rôle dans la prévention et la guérison de certains types de cancer [29, 30].

Pour le PNSE 3 et le PAMA (Plan national d'actions mobilités actives) qui ont parmi leurs objectifs la promotion de la mobilité active et ses effets positifs sur la santé, un plan de communication spécifique n'est pas disponible. Le Plan Particules prévoit seulement des mesures de communications liées à la mobilité et aux pics de pollution.

Le **financement des politiques** représente un fort indicateur du soutien politique et de succès de la mise en œuvre. Pourtant dans les sources d'information disponibles en ligne on ne retrouve presque aucune information, sauf pour le Plan Particules.

La **collaboration**, élément-clé du succès des politiques, est développée dans le cadre de plusieurs d'entre eux. Pourtant il n'existe pas une instance de coordination réunissant tous les acteurs et les modalités de rencontres varient d'une politique à l'autre.

Le PNNS 3 développe la coordination nationale des villes et des régions qui prennent part activement dans le programme, visant à harmoniser et construire des synergies entre les différents acteurs régionaux. Comme support pour les entreprises, il prévoit de créer une base de données d'échange et organiser une conférence tous les deux ans pour les représentants des « Entreprises actives PNNS » afin d'encourager les rencontres et les échanges. La SNDDS (Stratégie Nationale de Développement Durable du Sport) encourage la collaboration entre les ministères de la Santé et du Sport, ainsi qu'avec leurs responsables et partenaires au niveau national et international. Le Plan Obésité, par son action 36, avait comme objectif d'encourager les échanges internationaux en mettant en place un groupe de travail sur l'harmonisation des pratiques. Le Plan Cancer a la même ambition.

On peut donc voir sur la base des données disponibles, que les politiques françaises remplissent 9 des 17 critères définissant une politique nationale de promotion de l'activité physique. Il reste néanmoins encore beaucoup d'amélioration à apporter sur des éléments essentiels, comme la définition des objectifs nationaux à long terme, encadrés par des recommandations nationales des niveaux d'activité physique, la définition des plans de mise en œuvre, la mise à disposition d'un financement continu et transparent et les modalités d'évaluation à court et long termes.

Discussion

Les politiques françaises promouvant l'activité physique bienfaisante pour la santé

Les résultats de l'analyse démontrent une reconnaissance politique du rôle que joue l'HEPA dans la prévention des maladies chroniques en France. La multitude des politiques nationales favorisant l'activité physique, soutenues par des comités inter-ministères, souligne un intérêt fort pour cette thématique.

Comme le suggèrent les exemples présentés, les politiques se basent sur la contribution de nombreuses parties prenantes et proposent des stratégies complexes, multisectorielles, et visant le développement d'un environnement globalement favorable à la pratique de l'activité physique.

D'autres points forts sont la préoccupation affichée à l'égard des populations aux besoins spécifiques (personnes âgées, personnes souffrant de handicap ou de maladies chroniques) et la mise en place des réseaux d'échange et de conseil au niveau national et international. Une innovation importante est la récente possibilité de prescription d'une activité physique adaptée par le médecin traitant dans une démarche de prévention.

Toutefois, leur mise en œuvre peut se trouver limitée par le fait qu'il n'existe pas une stratégie de promotion de l'HEPA unique, mais plutôt une constellation de politiques qui concourent à cette ambition. Le cas de la France, semble indiquer une situation qui se caractérise par un niveau de coordination faible (fragmentation des efforts), et par des plans d'action qui, sur la base des sources de données consultées, apparaissent selon les cas insuffisamment définis, privés de critères d'évaluation et/ou de financements durables. À cet effet, l'attention que la grille de l'outil

HEPA PAT nous a amenée à porter sur le financement de l'action publique n'est pas anodine puisque les efforts qu'implique le renversement de la tendance populationnelle à la hausse de la sédentarité, exigent de se projeter sur plusieurs années et de construire l'expertise et la capacité d'action qui demanderont des ressources importantes.

Le problème fondamental semble pourtant être le manque d'une vision à long terme et d'une stratégie unifiée l'accompagnant. La plupart des plans sont développés pour une durée de 2-5 ans, ce qui les rend très vulnérables aux fluctuations politiques, comme on l'a vu concrètement lors du passage du SNDDS au SNTEDDS (Stratégie Nationale de Transition Écologique vers un Développement Durable).

Il existe plusieurs autres initiatives au niveau national. Les principales sont mises en œuvre par le Ministère des Sports, le CNOSF (comité national olympique et sportif français), les Fédérations Sportives et différentes associations. Ces projets sont alignés aux objectifs politiques mais sont encore loin de couvrir tous les besoins de la population.

Par exemple, créé en 2006, le CNDS (comité national pour le développement du sport) est un établissement public sous la tutelle du Ministère des sports dont une des missions est le développement de la pratique du sport par le plus grand nombre. Il intervient dans la distribution des subventions aux associations sportives et pour l'équipement en prenant en compte les inégalités d'accès à la pratique. Le CNDS a aussi initié un fonds de soutien à la diffusion audiovisuelle des pratiques sportives des personnes en situation de handicap et de la pratique féminine.

Le CNOSF et ses fédérations sportives soutiennent aussi la pratique du sport pour tous. Sa commission médicale a publié le Médicosport Santé, un dictionnaire à visée médicale des pratiques sportives qui a comme objectif d'aider les médecins dans la prescription d'une activité physique adaptée. Une grande partie des fédérations sportives ont ou sont en train de développer des pratiques « santé » adaptées aux tous niveaux de pratique : eg. Basket Santé, Tennis Sport Santé Bien-Être, etc.

Des associations comme CAMI Sport [31] et SielBleu [32] développent au niveau national des programmes adaptés aux populations spécifiques : malades souffrant de cancer, personnes âgées, employés, etc.

On retrouve aussi différents réseaux nationaux comme le réseau français des Villes Santé de l'OMS [33] dont une des thématiques est l'amélioration de la pratique de la marche et du vélo dans les villes [34], le Club des villes et des régions cyclables [35] et le Réseau PNNS de villes actives [36].

Un domaine où la France vient juste de démarrer est l'activité physique en entreprise et l'implication des assureurs santé dans la prise en charge et le développement de

la pratique. Ces éléments ont récemment commencé à attirer l'attention du secteur privé. Il faut aussi mentionner que le Ministère du Travail a développé une politique de santé et bien-être au travail, qui n'évoque pourtant pas la question de l'activité physique.

La communication au niveau national manque de spécificité et n'est pas assez présente, surtout pour présenter des solutions concrètes dans les populations spécifiques. Même si l'on détient des résultats scientifiques démontrant les méfaits de la sédentarité et les bénéfices d'une pratique d'activité physique régulière sur la santé et sur l'économie, ces informations sont encore peu distribuées auprès des décideurs publics ou privés, ni auprès de la population. Dans le cadre du nouvel amendement « sport sur ordonnance » émanant de la loi sur la modernisation du système de santé de 2016 [37], les professionnels de santé seront bientôt formés à la prescription d'une activité physique ou sportive. Un programme pilote « Sport-Santé-Formation » est déjà en place suite à la convention signée entre la conférence des doyens de médecine et la conférence des STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportives) le 26 octobre 2012 [38].

L'outil HEPA PAT

Appliqué au cas de la France, l'outil HEPA PAT s'est avéré utile pour faire ressortir un portrait global des efforts nationaux pour promouvoir l'activité physique.

La structure des questions permet de parcourir d'une façon très simple et logique le système politique national, facilitant la compréhension des problématiques et la mise en avant des résultats positifs.

Des analyses similaires en d'autres pays sur la base de l'HEPA PAT donnent la possibilité d'une comparaison facile, d'une visibilité des points forts et faibles de chaque pays, et si on le souhaite, des pistes pour poursuive la recherche et l'échange pour identifier les meilleures pratiques et développer des idées nouvelles. Chaque pays a ses spécificités et affronte des problématiques différentes et cet outil ouvre la porte à des échanges et des comparaisons enrichissants.

Par exemple, une analyse similaire réalisée en Allemagne a permis de faire ressortir que les politiques sont centralisées au niveau national par le Ministère de la Santé dans le plan appelé "InForm", que le sport-santé en entreprise est développé dans le cadre des programmes prévention, santé et bien-être au travail, que le sport sur ordonnance est déjà en place depuis plusieurs années et que l'implication des assureurs santé et des acteurs privés est beaucoup plus forte et réglementée [39].

Un autre exemple est le Royaume Uni, qui a construit une politique HEPA autour de l'héritage des Jeux Olympiques et Paralympiques de 2012 : « Moving More, Living More ». Cette politique soutient l'ambition du gouvernement britannique d'augmenter chaque année le nombre de personnes remplissant les recommandations OMS de pratique régulière et a été développée par un travail commun entre les Ministères de la Santé, du Digital, culture, média et sport, de l'Éducation et des Transports. Cette politique propose une approche personnalisée pour différents groupes socioéconomiques, d'âge et de régions différentes, avec des adaptations spécifiques pour chaque contexte et communauté.

Sport England est l'organisation qui coordonne le système sportif au niveau national et qui est en charge du déploiement des actions. Sport England a une approche basée sur les communautés et sur l'adaptation des actions en fonction du besoin de chaque groupe. Une thématique pour laquelle différentes institutions (travail, transports, éducation) démontrent un fort engagement, est le transport actif pour se rendre à l'école, au travail ou pour les déplacements de loisir [40].

Étant développé et validé au niveau international par l'OMS, l'HEPA PAT est un outil approfondi et fiable, et une référence de base dans un cadre international de plans et actions.

Il faut pourtant mentionner que l'outil est disponible seulement en langue anglaise, ce qui peut limiter son usage dans différents pays. Aussi, l'outil s'intéresse seulement d'une façon générale au progrès et aux défis rencontrés dans la promotion de l'activité physique et ne propose pas un critère de mesure concernant l'impact et efficience des politiques.

Finalement, les opportunités identifiées à l'aide de cet outil il y a plus d'un an, ainsi que les recommandations qui en ressortent s'avèrent aujourd'hui de grande actualité, comme l'activité physique bienfaisante pour la santé en entreprise, l'implication du secteur privé et des assureurs santé, ainsi que la recommandation de la pratique de l'activité physique pour le personnel médical. La structure claire de l'outil facilite la mise en évidence des points essentiels.

Il faut toutefois signaler les limites du portrait des politiques promotrices d'activités physiques que nous avons généré à travers cette étude. D'une part, en raison des ressources limitées que nous avons pu investir dans la collecte des données, nos analyses ont porté essentiellement sur un corpus documentaire accessible sur le web ou ayant fait l'objet de publications. Un accès à la littérature grise ainsi qu'aux témoignages de professionnels impliqués dans ces politiques nous aurait sans doute permis de

générer un portrait beaucoup plus riche des efforts nationaux et possiblement de rendre davantage justice aux niveaux de ressources investies ainsi qu'au travail d'interconnections entre les nombreuses initiatives. D'autre part, nos contraintes de ressources nous ont aussi forcé à limiter à la population générale et adulte notre recension des politiques.

Une vision globale de l'action publique pour promouvoir l'activité physique en France nécessiterait non seulement d'investir d'autres sources de données (ex. entretiens avec les décideurs politiques et les personnes impliquées dans la mise en place des projets) mais aussi d'élargir notre analyse pour inclure les actions en faveur des autres groupes populationnels et les politiques et les projets émanant des niveaux de gouvernance régional, départemental.

Conclusion

Ce travail nous a permis de tester l'utilisation de l'outil HEPA PAT dans le contexte politique français. L'outil s'est avéré utile pour mieux comprendre l'action publique française promouvant l'activité physique. L'analyse sur la base de cet outil a permis de dégager un portrait utile susceptible de guider l'élaboration d'une politique plus cohérente et de permettre aux États d'apprendre les uns et des autres.

L'activité physique bienfaisante pour la santé est en France, comme dans plusieurs pays, encore un domaine récent et fragmenté. Si on peut se réjouir de voir émerger de nombreuses initiatives locales notamment en matière de promotion de la mobilité active, il n'en demeure pas moins impératif que les États se dotent d'une stratégie intégrée et à long terme qui redonnera à la population la capacité de vivre une vie physiquement active.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Impact of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012;380(9838):219-29.
- 2. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks, 2009.

- 3. Commission Européenne. Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique, 2014.
- Techniker Krankenkasse, Beweg dich, Deutschland, TK-Bewegungsstudie, 2016.
- 5. Ipsos MRBI, Sport Ireland, Irish Sports Monitor Annual Report, 2015, cité le 21 septembre 2017, disponible au http://www.sportireland.ie/Research/Irish-Sports-Monitor-Annual-Report-2015/Irish-Sports-Monitor-Annual-Report-2015.pdf
- 6. Institut Scientifique de Santé Publique Belgique Enquête de santé 2013 – Rapport 2 : Comportements de santé, cité le 21 septembre 2017, disponible au https://his.wiv-isp.be/fr/ Documents%20partages/summ LS FR 2013.pdf
- 7. Assureurs Prévention. 5º Baromètre sur le niveau d'activité physique ou sportive de la population française, 2017.
- OMS Europe, Stratégie sur l'activité physique pour la région européenne de l'OMS 2016-2025, 2015.
- European Commission. EU Physical Activity Guidelines Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity, 2008.
- 10. European Commission. Council Recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sectors, 2013.
- 11. European Commission. Expert Group on Health-enhancing physical activity. Recommendations to encourage physical education in schools, including motor skills in early childhood, and to create valuable interactions with the sport sector, local authorities and the private sector, 2015.
- 12. GAPA & ISPAH. La Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action, 2010.
- 13. ISPAH. Déclaration de Bangkok sur l'activité physique pour la santé mondiale et le développement durable, présentée au 6° Congrès international de l'ISPAH sur l'activité physique et la santé publique, Thailande, 2016.
- 14. WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of NCDs: report of the 2010 global survey, 2012.
- Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells J, Loos RJF, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? Lancet. 2012;380(9838):294-305.
- Kohl HK, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, Kahlmeier S. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. Lancet. 2012;380(9838):294-305.
- 17. Richard L, Gauvin L, Raine, K. Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion Over Two Decades. Annual Review of Public Health. 2011;32(1):307-26. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101141
- 18. WHO. Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT) – version 2, 2015, cité le 30 janvier 2017, disponible au http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/ physical-activity/publications/2015/health-enhancing-physicalactivity-hepa-policy-audit-tool-pat-version-2-2015
- 19. INSEE. Pyramide des âges au 1er janvier 2016 France.
- 20. WHO. International inventory of documents on physical activity promotion, cité le 30 janvier 2017, disponible au http://data.euro.who.int/PhysicalActivity/

- Toussaint JF. PNAPS Plan National de prévention par l'Activité Physique ou Sportive. Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, 2008.
- 22. Inserm. Activité physique : contextes et effets sur la santé. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2008, XII 811 p. (Expertise collective). http://hdl.handle.net/10608/97
- 23. Ministère des Sports. La Stratégie Nationale de Développement Durable du sport, 2010.
- 24. Ministère de l'Écologie et Ministère du Sport. Stratégie Nationale de Transition Écologique vers un Développement Durable du Sport (SNTEDDS) 2015-2020, Ambitions, axes et priorités, 2015.
- 25. Code de la santé publique. Article L1172-1. Créé par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 art. 144, 2016.
- 26. 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 2016.
- 27. ANSES. Actualisation des repères du PNNS Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité, 2016.
- 28. INPES. Dossier de presse: L'activité physique au quotidien protège votre santé, cité le 19 septembre 2017, disponible au http://inpes. santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp040211.pdf
- 29. Institut National du Cancer. Activité Physique, cité le 30 janvier 2017, disponible au http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Activite-physique
- 30. Institut National du Cancer. Prévention des cancers : le rôle de l'activité physique, 2015, cité le 30 janvier 2017, disponible au http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Activite-physique/Prevention-des-cancers-le-role-de-l-activite-physique
- 31. Cami Sport et Cancer. Cité le 19 septembre 2017, disponible au https://www.sportetcancer.com/
- 32. Siel Bleu. Cité le 19 septembre 2017, disponible au http://www.sielbleu.org/
- 33. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Cité le 19 septembre 2017, disponible au www.villes-sante.com
- 34. RFVS OMS. Mobilités actives au quotidien Le rôle des collectivités, Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, Presses de l'EHESP, 2013.
- 35. Club des Villes et Territoires Cyclables. Cité le 19 septembre 2017, disponible au http://www.villes-cyclables.org/
- 36. Réseau Villes Actives PNNS. Cité le 19 septembre 2017, disponible au http://reseauvillesactivespnns.fr/
- 37. République Française. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Pub. L. No. n° 2016-41 (2016).
- 38. Formation Sport & santé, médecine, STAPS, pharmacie, cité le 30 janvier 2017, disponible au http://sportsanteformation.com/
- 39. WHO. Physical Activity Country Work, Germany, 2016, cité le 30 janvier 2017, disponible au http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/country-work
- 40. WHO. Physical Activity Country Work, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, 2016 cité le 30 janvier 2017, disponible au http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/country-work