



HAL
open science

Promotion de la santé par l'activité physique sur le territoire Azuréen : Identification des facteurs politiques et des processus de développement

Antoine Noël Racine

► To cite this version:

Antoine Noël Racine. Promotion de la santé par l'activité physique sur le territoire Azuréen : Identification des facteurs politiques et des processus de développement. Science politique. Université Côte d'Azur, 2020. Français. NNT : 2020COAZ4093 . tel-03198061

HAL Id: tel-03198061

<https://theses.hal.science/tel-03198061>

Submitted on 14 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE DE DOCTORAT

Promotion de la santé par l'activité physique sur le territoire Azuréen

Identification des facteurs politiques et des processus de développement

Antoine NOËL RACINE

Laboratoire Motricité Humaine Expertise Sport Santé – EA 6312

Présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en STAPS
d'Université Côte d'Azur

Dirigée par : Anne Vuillemin
Co-dirigé par : Bernard Massiera
Soutenue le : 17 décembre 2020

Devant le jury, composé de :

Lise Gauvin, PR, Université de Montréal, rapportrice

Emmanuel Rush, PU-PH, Université de Tours, rapporteur

Aurélié Van Hoyer, MCF HDR, Université de Lorraine, examinatrice

Patrick Castel, CR, Sciences PO, examinateur

Julien Bois, PR, Université de Pau et des Pays de l'Adour, examinateur

Alain Fuch, MD, Sécurité Sociale, invité

Anne Vuillemin, PR, Université Côte d'Azur, Directrice de thèse

Bernard Massiera, MCF HDR, Université Côte d'Azur, co-directeur de thèse

Promotion de la santé par l'activité physique sur le territoire Azuréen :
Identification des facteurs politiques et des processus de développement

Jury :

Rapporteurs

Lise Gauvin, Professeure titulaire, Université de Montréal

Emmanuel Rush, Professeur des universités-Praticien Hospitalier, Université de Tours

Examineurs

Julien Bois, Professeur des universités, Université de Pau et des Pays d'Adour

Aurélié Van Hoye, Maître de Conférence HDR, Université de Lorraine

Patrick Castel, Chargé de Recherche-HDR, Sciences PO

Invité

Alain Fuch, Médecin Conseil, Sécurité Sociale, Président d'Azur Sport Santé

Promotion de la santé par l'activité physique sur le territoire azuréen : *Identification des facteurs politiques et des processus de développement*

Résumé

La politique constitue un des déterminants clés qui influence le niveau d'activité physique de la population en agissant structurellement et durablement sur les organisations, ainsi que sur les environnements dans lesquels les individus vivent, travaillent, se déplacent et se divertissent (Bauman *et al.*, 2012, Golden *et al.*, 2015). Des politiques de promotion de la santé par l'activité physique efficaces nécessitent d'être développées de façon systémique et intersectorielle tout en s'intégrant dans les écosystèmes locaux (De Leeuw *et al.*, 2014, WHO, 2018, Rutter *et al.*, 2020). Cependant, la littérature fait état d'un manque de données probantes pour informer et accompagner les décideurs locaux dans le processus de développement de ces politiques (Bull, 2018). Au regard de l'état de la littérature, l'objectif de ce travail est de contribuer au développement des connaissances sur les politiques locales de promotion de la santé par l'activité physique. Cette thèse pose l'hypothèse qu'il existe des facteurs, ainsi que des processus, qui influencent et conditionnent le développement de ces politiques sur le territoire Azuréen (i.e., Alpes-Maritimes et le Var).

Dans cette perspective, ce travail a fourni un aperçu de la littérature émergente sur ce sujet au moyen d'une revue exploratoire de la littérature (étude 1). Cette étude a également permis de montrer, qu'à ce jour, il n'existait pas de méthode standardisée permettant d'étudier les politiques de promotion de la santé par l'activité physique au niveau local. Ainsi, un Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité Physiques-Santé (CAPLA-Santé) a été développé (étude 2) afin de recueillir et d'étudier des données empiriques issues d'une dizaine de municipalités de taille moyenne du territoire Azuréen. L'utilisation du CAPLA-Santé a permis de donner un aperçu du développement des politiques de promotion de la santé par l'activité physique dans ces municipalités. L'analyse de ces politiques a permis de mettre en évidence des obstacles, des leviers, ainsi que des perspectives afin de favoriser leur développement, et améliorer leur efficacité (étude 3). Au sein de ce même échantillon de municipalités, des données empiriques ont été recueillies, sur les perceptions des élus et des responsables de service, issus de différents secteurs sur le développement de politiques de promotion de la santé par l'activité physique (étude 4). L'analyse de ces données a contribué à identifier des barrières et des leviers au développement de ces politiques. Les résultats de cette étude suggèrent également que ces différentes perceptions pourraient affecter les collaborations intersectorielles influençant ainsi le développement et l'efficacité de ces politiques. Enfin, à partir des données empiriques issues des études 3 et 4, ainsi que d'éléments théoriques des sciences politiques, un cadre conceptuel a été développé afin de mieux comprendre l'ensemble du processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'activité physique (étude 5). L'ensemble des résultats de ce travail doctoral permet ainsi de mieux appréhender les facteurs qui influencent ou qui conditionnent le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'activité physique.

Mots clés : *promotion de la santé ; activité physique ; politique ; collectivité territoriale*

The promotion of health through physical activity activity in the French Riviera: *Identification of policy factors and the development process*

Abstract

Policies are one of the key determinants which influence physical activity of the populations and act structurally and sustainably within organizations, as well as environments where people live, work, move and play (Bauman *et al.*, 2012, Golden *et al.*, 2015). Effective Health-enhancing physical activity (HEPA) policies need to be developed in systemic and intersectoral ways while being embedded into local ecosystems (De Leeuw *et al.*, 2014, WHO, 2018, Rutter *et al.*, 2020). However, most literature reports lack solid evidence on the development of HEPA policies to inform and support local policymakers (Bull, 2018). Regarding the state of the literature, this thesis aims to contribute to knowledge on the development of local HEPA policies. Thus, this thesis hypothesizes that there are some factors and processes which influence and shape the development of HEPA policies in the French Riviera (i.e. Alpes-Maritimes and le Var).

From this perspective, this thesis provided an overview of the emerging literature on the topic beginning with a scoping review (study 1). The first study revealed that, currently, no standardized method to study HEPA policies at the local level exists. Thus, a local HEPA framework analysis (i.e., CAPLA-Santé) was developed (study 2) to collect and study empirical data from 10 mid-sized municipalities in the French Riviera. The use of CAPLA-Santé with these municipalities provided an overview of the development of local HEPA policies in the French Riviera territory. Analysis of these policies made it possible to identify barriers, facilitators and opportunities to enhance their development and their effectiveness (study 3). In the same municipality samples, empirical data on the perceptions of local HEPA policies from elected officials and departments heads from various sectors was collected (study 4). This data analysis contributed to the identification of barriers and facilitators of local HEPA policy development. Results from this study also suggest that different perceptions could affect intersectoral collaborations, thus influencing the development and effectiveness of the local HEPA policies. Lastly, a conceptual framework was developed from the empirical data collected from studies 3 and 4 as well as from theories of political science in order to improve the understanding of the local HEPA policy development process (study 5). Together, the results of this thesis provide a better understanding of factors which influence and guide the development of local policies to promote health through physical activity in the French Riviera.

Keywords: *health promotion; physical activity; policy; local government*

Remerciements

J'ai vécu cette thèse comme un marathon avec des hauts et des bas. Je n'aurais jamais pu franchir la ligne d'arrivée sans le soutien de nombreuses personnes. Il me tient à cœur de remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à mon projet de thèse.

Mes premiers remerciements vont à mes directeurs de thèse : Anne Vuillemin et Bernard Massiera. Anne, je te suis vraiment reconnaissant pour ta patience et ta bienveillance à mon égard. Tes qualités humaines et tes compétences scientifiques m'auront permis de franchir de nombreux obstacles. Bernard, merci d'avoir été toujours à mon écoute et disponible pour moi. Cela aura été un réel plaisir de travailler à tes côtés. Je souhaite également remercier vivement Jean-Marie Garbarino. Au-delà du fait que tu as joué un rôle décisif dans mon parcours, j'ai toujours particulièrement apprécié la personne que tu es.

Aux membres du jury, c'est un grand honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury de thèse.

Je remercie tous mes collègues du LAMHESS pour leurs précieux conseils et pour les bons moments passés ensemble. J'ai une pensée particulière pour Remi Radel, une personne admirable.

Je tiens également à remercier le Conseil Régional de la Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Association Azur Sport Santé pour avoir cru en mon projet de thèse et pour l'avoir co-financé.

Un grand merci à Odile Diagana et Alain Fuch pour votre soutien et pour votre accompagnement dans mon projet de thèse. J'ai énormément appris à vos côtés, tant sur le plan humain que sur le plan intellectuel. Mon aventure avec Azur Sport Santé aura été une formidable expérience. Dans cette aventure, des collègues sont devenus des amis. Je remercie chaleureusement toute la belle équipe d'Azur Sport Santé.

Je souhaite remercier mes collègues de l'Institut de Santé Publique de Rio de Janeiro (IESC, UFRJ), ainsi que tous mes amis brésiliens pour ces sept magnifiques mois passés à leurs côtés. Pra Claudia, Paulo e Junia, agradeço sinceramente por tudo. Pra minha galera, saudades de vocês.

Merci à tous mes amis. Votre soutien aura été vraiment précieux.

À mes parents, à ma sœur et à toute ma famille, merci pour tout... Je vous aime tout simplement.

Sommaire

Liste des publications et des communications liées à la thèse	3
Autres publications et communications	5
Liste des tables	6
Liste des figures	7
Liste des abréviations	8
INTRODUCTION GENERALE	9
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE.....	14
1. Concepts, théories, modèles et approches en promotion de la santé.....	14
1.1 Définition de la santé	14
1.2 Définition de la santé publique	15
1.3 Les déterminants de la santé	15
1.4 Le concept de promotion de la santé	18
1.5 Théories, modèles et approches associés en promotion de la santé	22
1.5.1 Au niveau individuel et interpersonnel	22
1.5.2 Au niveau communautaire.....	23
1.5.3 A de multiples niveaux.....	27
Synthèse.....	30
2 Promotion de la santé par l'activité physique	31
2.1 Définitions : activité physique, inactivité physique et sédentarité	31
2.2 Les déterminants de l'activité physique	31
2.3 Activité physique et santé : les recommandations.....	34
2.3.1 Niveau d'activité physique.....	34
2.3.2 Stratégies	35
2.4 Les approches intégrées et systémiques en promotion de l'AP.....	36
2.4.1 L'exemple des communautés et des villes vies actives.....	39
2.4.2 L'exemple de la ville saine.....	40
Synthèse.....	43
3 Politiques de promotion de la santé par l'activité physique	44
3.1 Définition.....	44
3.2 Etat d'avancement des connaissances sur les politiques de promotion de la santé par l'AP.....	45

3.3	Cadres de recherche, d'évaluation et outil d'analyse des politiques en promotion de la santé	47
3.3.1	Le RE-AIM framework	47
3.3.2	Le cadre de recherche sur les politiques d'activité physique	48
3.3.3	Le HEPA PAT.....	50
3.3.4	Le CAPPa framework	50
3.4	L'apport des sciences politiques dans l'analyse des politiques de promotion de la santé par l'activité physique	52
	Synthèse.....	55
	Synthèse générale et questions de recherches	56
	CHAPITRE 2 : CONTRIBUTIONS PERSONNELLES	58
	Etude 1 : A scoping review of published research on local government policies promoting health- enhancing physical activity	60
	Etude 2 : Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé	79
	Etude 3 : Analysis of the local health-enhancing physical activity policies in the French Riviera	91
	Etude 4 : Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities.....	114
	Etude 5 : Applying policy science theories to model the development of local Health Enhancing Physical Activity policies	127
	CHAPITRE 3 : DISCUSSION GENERALE.....	149
	Références bibliographiques	169
	Liste des annexes.....	194
	Annexe 1 : CAPLA-Santé	195
	Annexe 2 : Guide d'accompagnement du CAPLA-Santé	223
	Annexe 3 : Guide d'entretien du CAPLA-Santé	262
	Annexe 4 : Récapitulatif des documents de cadrage (CAPLA-Santé)	278
	Annexe 5 : Récapitulatif des sources de financement	287
	Annexe 6 : Récapitulatif des sources de données	291
	Annexe 7 : Supplément 1 de l'étude 4.....	295

Liste des publications et des communications liées à la thèse

Publications dans des revues internationales à comité de lecture

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A. (2020). Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé. *Health Promotion Practice*. <https://doi.org/10.1177/1524839920916462>

Noël Racine, A., Garbarino, JM., Corrion, K., D'Arripe-Longueville, F., Massiera, B., Vuillemin, A. (2020). Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities. *Health Research Policy and Systems*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00575-z>

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Boyd, A., Jackson, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Kahlmeier, S., Sandu, P., Vuillemin, A. (2020). A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/19406940.2020.1816561>

Communications orales lors de congrès internationaux

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Boyd, A., Jackson, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Kahlmeier, S., Sandu, P., Vuillemin, A. « Local governments' involvement in Health-Enhancing-Physical Activity promotion policies: a scoping review ». In: *Congrès HEPA Europe « Modern approaches to physical activity promotion and measurement »*. 15-17 November 2017, Zagreb, Croatia.

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A. « Pilot-study on developing a HEPA Policy Audit Tool for the sub-national level ». In: *HEPA Europe working group on Approaches to physical activity promotion, 7th International Society for Physical Activity and Health Congress*. 15-17 October 2018, London, England.

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A. « Développement d'un Cadre d'Analyse des Politiques Locale Activité Physique Santé (CAPLA-Santé) ». *Congrès CAPAS-Cité*. 15 février 2019, Tarbes, France.

Noël Racine, A., Garbarino, JM., Corrion, K., D'Arripe-Longueville, F., Massiera, B., Vuillemin, A. « Perceptions of barriers and levers to health-enhancing physical activity policies in French cities ». In: *Congrès HEPA Europe*. 28-30 August 2019, Odense, Denmark.

Communications affichées lors de congrès internationaux

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A. « Development of a local HEPA policy analysis tool (CAPLA-Santé) in France ». In: *7th International Society for Physical Activity and Health Congress*. 15-17 October 2018, London, England.

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A. « Development of a local HEPA policy analysis tool (CAPLA-Santé) in France ». In: *11th European Public Health Conference*. 28 November - 1 december 2018, Ljubljana, Slovenia.

Noël Racine, A., Garbarino, JM., Corrion, K., D'Arripe-Longueville, F., Massiera, B., Vuillemin, A. « Perceptions of barriers and levers to health-enhancing physical activity policies in French cities ». In: *12th European Public Health Conference*. 20-23 November 2019, Marseille, France.

Noël Racine, A., Garbarino, JM., Massiera, B., Vuillemin, A. « Analysis of the local health-enhancing physical activity policies in the French Riviera » In: *16th World Congress in Public Health*. 12-16 October 2020, Rome, Italy.

Autres publications et communications

Publications dans des revues internationales à comité de lecture

Morales, V., **Noel Racine, A.**, Garbarino, J. M., Massiera, B., Bailly, L., & Pradier, C. (2017). Configuration sociale du réseau sport santé bien-être en région Provence-Alpes Côte d'Azur : le rôle prépondérant du médecin prescripteur. *Science & Sports*, 32(3), 129-134. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2017.02.002>

Morales, V., Schuft, L., Fournier, M., **Noel Racine, A.**, Fuch, A., & Vuillemin, A. (2018). Motifs d'adhésion à une activité physique adaptée chez des seniors en ALD. *Gerontologie et societe*, 40(2), 143-159. <https://doi.org/10.3917/gsl.156.0143>

Ferré, N., **Noel Racine, A.**, Fuente, D., Pjevac, D., Fuch, A., Garbarino, J. M., & Pradier, C. (2019). Retour d'expérience sur la mise en œuvre d'une action départementale d'activité physique pour les seniors. *Sante Publique*, 31(1), 53-60. <https://doi.org/10.3917/spub.191.0053>

Communications affichées lors de congrès internationaux

Ferre, N., **Noël Racine, A.**, Fuente D, Pjevac D, Fuch A, Garbarino, J.M, & Pradier C. « A community-based physical activity intervention for elderly, jointly developed with local stakeholders: The Prevention Active Senior (PAS) Experience. » In: *7th International Society for Physical Activity and Health Congress*. 15-17 October 2018, London, England.

Liste des tables

Etude 3. Table 1. Characteristics of the municipalities and key informants.....	106
Etude 3. Table 2. Overview of HEPA stakeholders in the local government area.....	108
Etude 3. Table 3. Policy contents.....	109
Etude 3. Table 4. Synthesis of Section 6: progress achieved and future challenges.....	110
Etude 5. Table 1. Main characteristics of mid-size municipalities included in the analysis.	142
Etude 5. Table 2. Characteristic of key informants according the mid-size municipality...	143
Etude 5. Table 3. Summary of core political sciences theories applied in health promotion.....	145

Liste des figures

Figure 1. Déterminants de la santé (Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec, 2010).....	16
Figure 2. Estimation de l’impact des déterminants sur l’état de santé de la population (Canadian Institute for Advanced Research, 2002).....	17
Figure 3. Modélisation des déterminants structurels, sociaux et individuels des inégalités de santé (Solar and Irwin, 2010).....	18
Figure 4. Documents fondateurs en promotion de la santé.....	18
Figure 5. Domaines d’actions prioritaires en promotion de la santé selon la charte d’Ottawa (OMS, 1986).....	20
Figure 6. Modèle de Shafer <i>et al</i> (2000).....	24
Figure 7. Modèle d’action de santé communautaire (Racher and Annis, 2008).....	25
Figure 8. Modèle socio-écologique selon McLeroy <i>et al</i> (1988).....	27
Figure 9. Modèle socio-écologique inversé (Golden <i>et al.</i> , 2015).....	28
Figure 10. Déterminants de l’AP (Bauman <i>et al.</i> , 2012).....	32
Figure 11. Co-bénéfices des actions politiques de promotion de l’AP selon les objectifs de développement durable (SDG) de l’ONU (WHO, 2018).....	38
Figure 12. Modèle écologique de vie active (Sallis <i>et al.</i> , 2006).....	40
Figure 13. Roue de la participation selon Dooris et Heritage (2013).....	41
Figure 14. Modèle RE-AIM de Glasgow <i>et al</i> (1999) (<i>RE-AIM.org</i>).....	47
Figure 15. Cadre de recherche sur les politiques de promotion de la santé par l’AP (Schmid <i>et al</i> , 2006).....	49
Figure 16. Structure du CAPPa framework (Klepac Pogrmilovic <i>et al.</i> , 2019).....	51
Figure 17. Modèle Multiple Streams de Kingdon selon (Howlett <i>et al</i> , 2015).....	53
Figure 18. Schéma illustrant les étapes et les axes de recherche de ce travail doctoral.....	58

Liste des abréviations

Activité Physique (AP)

Agence Régionale de Santé (ARS)

Azur Sport Santé (A2S)

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité Physique-Santé (CAPLA-Santé)

Comprehensive Analysis of Policy on Physical Activity (CAPPA)

Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)

Global Observatory for Physical Activity (Go-PA)

Observatoire Régional de Santé (ORS)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)

Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSBE)

Programme National Nutrition Santé (PNNS)

World Health Organization (WHO)

INTRODUCTION GENERALE

Dans le monde, environ 27,5 % de la population n'atteint pas le niveau d'activité physique (AP) recommandé par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) (Guthold *et al.*, 2018). Cette prévalence fait qu'aujourd'hui l'inactivité physique est considérée comme une pandémie mondiale dont les conséquences sanitaires, sociales et économiques impactent considérablement la société (Kohl *et al.*, 2012). L'inactivité physique est considérée comme la quatrième cause de décès prématurés dans le monde (Kohl *et al.*, 2012), et pourrait imputer chaque année plus de 67 milliards de dollars américain de dépenses de santé (Ding *et al.*, 2016). En France, selon la tranche d'âge et le sexe, entre 31% à 81% de la population est considérée comme insuffisamment active selon les recommandations de l'OMS (Guthold *et al.*, 2018; 2020). Selon l'Observatoire Mondial de l'Activité Physique (Global Observatory for Physical Activity - Go-PA), chaque année environ 8,7 % des décès en France seraient dus à l'inactivité physique (Lee *et al.*, 2012). Par ailleurs, Ding *et al.* (2016) ont estimé le coût sanitaire direct et indirect attribuable à l'inactivité physique en France à 1,39 milliard de dollars américains par an (soit l'équivalent de 1,185 milliards d'euros).

Les effets bénéfiques d'une pratique régulière d'Activité Physique (AP) sur la santé ont été étudiés depuis les années 1950 et sont désormais bien établis tant en prévention primaire, secondaire que tertiaire, à tous les âges de la vie. (Morris *et al.*, 1953; Bauman and Craig, 2005; Bize *et al.*, 2007; INSERM, 2008, 2016; Varela *et al.*, 2018). De nombreux travaux ont aussi mis en évidence qu'un niveau d'AP insuffisant et des comportements sédentaires ont des conséquences majeures sur la santé telles que : un risque accru de développer une maladie chronique non transmissible (e.g., maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, cancers etc...), une baisse de la qualité de vie et une moins bonne santé mentale (Bize, Johnson and Plotnikoff, 2007; Kohl *et al.*, 2012; Lee *et al.*, 2012).

Dans ce contexte, la promotion de la santé par l'AP est devenue un enjeu majeur de santé publique (Blair, 2009; Kohl *et al.*, 2012). Parmi les réponses à apporter face à cet enjeu, des réponses politiques fortes sont indispensables (Reis *et al.*, 2016; Ding *et al.*, 2019; WHO, 2016, 2018). La politique constitue un des facteurs clés qui influence le niveau d'AP de la population (Bauman *et al.*, 2012; Pratt *et al.*, 2015; Golden *et al.*, 2015; Ding *et al.*, 2019).

Au niveau international, une première réponse politique a été formulée en 2004 par l'OMS qui avait été mandatée par les États membres afin de formuler une stratégie globale de promotion de la nutrition et de l'AP à des fins de santé (WHO, 2004). Cette stratégie avait pour

objectif de réduire la mortalité et la morbidité dans le monde notamment en encourageant les nations à élaborer, renforcer et mettre en œuvre des politiques intersectorielles de promotion de la santé par l'AP (WHO, 2004). Depuis, le rôle de la promotion de l'AP dans les politiques de santé publique de l'OMS n'a cessé de prendre de l'importance, en étant au cœur des stratégies de lutte contre le développement des maladies chroniques et des décès prématurés (WHO, 2010, 2013). Ainsi, des stratégies plus précises et ambitieuses ont été élaborées afin d'accompagner au mieux les nations dans le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP (WHO, 2016, 2018). En Europe, la plupart des nations ont développé des politiques de promotion de la santé par l'AP (Daugbjerg *et al.*, 2009; Christiansen *et al.*, 2014; Bull *et al.*, 2015; Breda *et al.*, 2018a; Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018).

En France, la thématique de la promotion de la santé par l'AP a commencé à être inscrite à l'agenda politique à partir des années 2000, en étant intégrée au Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2001-2005 (Hercberg *et al.*, 2008). Ce programme développé par le ministère des Solidarités et de la Santé avait pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition et l'AP. Les objectifs en termes d'AP du PNNS ont été repris par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la santé publique¹. Depuis le PNNS a été renouvelé (PNNS 2006-2010, 2011-2015 et 2019-2023), actualisant les recommandations afin de permettre à l'ensemble de la population d'atteindre le niveau d'AP préconisé (ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). La promotion de la santé par l'AP a été également inscrite dans d'autres plans ou programmes gouvernementaux d'autres secteurs tels que l'environnement (e.g., Plan National de Santé Environnementale 2015-2019), ou encore le secteur des transports (e.g., Plan d'Actions pour les Mobilités Actives 2) (Prévot-Ledrich *et al.*, 2016, Van Hoya *et al.*, 2019). Des politiques de santé spécifiques à des populations ont également été développées, concernant par exemple les personnes âgées (i.e., Plan Bien vieillir 2003-2005, 2007-2009 ; Plan d'Action de la Prévention de la Perte d'Autonomie 2015), les personnes obèses (i.e., Plan Obésité 2008-2013), les personnes touchées ou susceptibles d'être touchées par le cancer (i.e. Plan Cancer 2014-2019), ou encore les personnes victimes d'accidents cardiovasculaires (i.e., Plan d'Actions National Accidents Vasculaires Cérébraux 2010-2014) (Prévot-Ledrich *et al.*, 2016). Cependant, ce n'est vraiment qu'en 2012 qu'une politique globale de promotion de la santé par l'AP a été développée avec le Plan National Sport Santé Bien-Être (PNSSBE) (ministère chargé des Sports, 2012). Ce plan interministériel (i.e., impliquant le ministère chargé des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/2020-09-29/>

associative, ministère des Affaires sociales et de la Santé) avait pour objectifs de promouvoir et de développer les activités physiques et sportives auprès de l'ensemble de la population tout au long de la vie. Le PNSSBE ciblait plus particulièrement des publics spécifiques tels que les personnes touchées par une maladie chronique non transmissible, les personnes avançant en âge, ainsi que les personnes en situation de handicap (ministère chargé des Sports, 2012). Suite à une circulaire ¹, la mise en œuvre du PNSSBE a été décliné dans chaque région, sous la responsabilité et la gouvernance des Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et des Agences Régionales de Santé (ARS), avec l'appui de multiples acteurs territoriaux dont les municipalités (Illivi and Honta, 2019).

En région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur (Sud PACA) dans le Sud-Est de la France, un Plan Régional Sport Santé Bien-Être a ainsi été impulsé sous l'égide de la DRJSCS, ainsi que l'ARS (DRJSCS PACA, 2013). C'est dans ce contexte qu'un centre de ressources, d'expertise et de promotion du sport-santé des Alpes-Maritimes et du Var, Azur Sport Santé (A2S), a été créé en 2015. Reconnue par les instances régionales, cette association a pour mission de promouvoir l'AP comme outil de santé tout au long de la vie dans un territoire où la population est particulièrement vieillissante (i.e., environ 30 % de la population est âgée de plus de 60 ans) et où le nombre de personnes en affection de longue durée est important (i.e., environ 17 % de la population) (ORS PACA, 2017). Dans le cadre de ses missions, A2S a ainsi cherché à renforcer la capacité des territoires à promouvoir une AP bénéfique pour la santé sur la base de connaissances scientifiques relative au développement de politiques locales. C'est dans cette perspective qu'elle a co-financé le présent travail doctoral, dans le cadre d'une bourse jeune doctorant du Conseil Régional Sud PACA, dans le but d'identifier les facteurs qui influencent et conditionnent le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP sur le territoire Azuréen (i.e., Alpes-Maritimes et du Var).

Dans le même temps, de nouvelles politiques de promotion de la santé par l'AP se sont développées à l'échelle nationale. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (Art. L. 1172-1)² a donné la possibilité au médecin traitant, de prescrire une AP adaptée aux patients atteints d'une affection de longue durée dans le cadre du parcours de soins. Complétée par un décret ³, la loi de modernisation du système de santé reconnaissait pour la première fois au plan légal, la prescription d'une d'AP. Dans cette dynamique, la promotion de l'AP a été incluse dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 (ministère des Solidarités et

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/36363>

² https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913897

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036341354/>

de la Santé, 2018), en intégrant également une stratégie nationale du sport santé 2019-2014 (ministère chargé des Sports, 2019), renforçant ainsi la politique nationale de promotion de la santé par l'AP.

Les politiques de promotion de la santé par l'AP se sont considérablement développées à l'échelle nationale ces dernières années. Plusieurs études centrées sur ces politiques nationales soulignent la nécessité de les compléter par des politiques locales, afin d'adapter au plus près le développement d'une offre de pratique quotidienne, dans les organisations et les environnements où les individus vivent, travaillent, se déplacent et se divertissent (Vuori *et al.*, 2004; Prévot-Ledrich *et al.*, 2016; Reis *et al.*, 2016; Breda *et al.*, 2018a; Ding *et al.*, 2019). Plusieurs rapports publics d'évaluation des politiques nationales soulignent aussi ce rôle essentiel des acteurs locaux et des politiques locales (Pôle Ressources National Sport Santé Bien-être, 2015; Inspection Générale des Affaires Sociales, 2018), ainsi que l'OMS (Wilkinson, 2006; OMS Europe, 2016; OMS, 2018).

En France, notamment depuis le processus de décentralisation qui a transféré certaines des compétences légales obligatoires et optionnelles (i.e., facultatives selon la loi) de l'état aux collectivités locales (Halpern *et al.*, 2018). les gouvernements locaux, telles que les collectivités territoriales, peuvent agir sur de nombreux déterminants de la santé et de l'AP tels que les facteurs urbains, environnementaux, sociaux, sportifs et de santé (Wilkinson, 2006). Parmi ces gouvernements locaux, les municipalités semblent particulièrement à même d'agir sur les conditions et les environnements de vie des personnes dans le but de promouvoir un mode de vie actif et sain (Takano and Nakamura, 2001; de Leeuw *et al.*, 2009, 2014).

Cependant, malgré ce besoin, plusieurs fois souligné, de développer des politiques locales destinées à promouvoir la santé par l'AP, les données probantes sur le sujet restent encore peu nombreuses (Bull, 2018; Ding *et al.*, 2020; Pratt *et al.*, 2020). Dans ce contexte, l'objectif de ce travail doctoral sera en conséquence de contribuer à l'évolution des connaissances relatives au développement de ces politiques locales de promotion de la santé par l'AP. La première partie du manuscrit sera consacrée à la présentation des fondements théoriques et empiriques de la promotion de la santé par l'AP, et de l'état d'avancement de la littérature scientifiques sur les politiques locales de promotion de la santé par l'AP. La deuxième partie présente les 5 études menées dans le cadre de ce travail doctoral qui aura permis de contribuer aux connaissances sur le sujet : en identifiant dans la littérature les principaux résultats, limites et perspectives de recherche sur les politiques locales de promotion de la santé par l'AP ; en collectant et analysant des données empiriques sur le processus de développement de ce type de politique sur le territoire Azuréen ; et en modélisant son processus de développement. Enfin,

partant des résultats de ces études, la troisième partie proposera une discussion des apports et des limites de ce travail, ainsi que des perspectives de recherche et de santé publique qui en découlent.

CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE

L'objectif de cette partie est de présenter les concepts clés en promotion de la santé, ainsi que les principales théories, modèles et approches associés.

1. Concepts, théories, modèles et approches en promotion de la santé

Un concept se définit comme une représentation rationnelle comprenant les attributs essentiels d'une classe de phénomènes ou d'objets (Grawitz and Pinto, 2001). Une théorie est un ensemble de concepts, de définitions et de propositions interdépendants qui présentent une vue systématique d'événements ou de situations en spécifiant des relations entre des variables, afin d'expliquer et de prédire les événements ou les situations (Glanz, 2015). Un modèle permet d'aider à comprendre un problème spécifique dans un cadre ou un contexte spécifique en s'appuyant sur un certain nombre de théories et de résultats empiriques (Glanz, 2015) ; tandis qu'une approche théorique permet de décrire et, ou guider le processus de traduction de la théorie, ou du modèle en pratique (Nilsen, 2015).

1.1 Définition de la santé

L'introduction du concept de promotion de la santé nécessite au préalable de définir la notion de santé et de comprendre les déterminants qui la conditionnent. De par sa complexité, la notion de santé a évolué au fil des années. Celle-ci a longtemps été définie comme une simple absence de maladie ou de douleur (Canguilhem, 2013). A partir du milieu du 20^{ème} siècle, l'OMS propose une définition plus holistique de la santé : « *un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1948). Bien que la santé soit ici prise en compte dans sa globalité et à travers ses multiples dimensions, cette définition a été critiquée pour son caractère utopique, ainsi que son aspect figé dans un état. Ainsi lors de la rédaction de la charte d'Ottawa par l'OMS en 1986, un nouveau consensus a émergé afin d'enrichir la définition de la santé afin que celle-ci soit perçue comme « *une ressource quotidienne et non comme un but en soi* » (OMS, 1986). La santé est devenu alors un concept positif où les ressources sociales, personnelles et les capacités physiques de l'individu doivent lui permettre « *d'identifier et de réaliser ses ambitions, de satisfaire ses besoins et d'évoluer avec son milieu ou s'y adapter* » (OMS, 1986). La santé se présente donc ici comme une richesse essentielle tout au long de la vie.

1.2 Définition de la santé publique

A l'image de la notion de santé, la définition de la santé publique a également évolué au fil des années. Au début du 20^{ième} siècle, la santé publique était définie comme « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé physique et l'efficacité, par le biais d'efforts collectifs organisés, et visant la salubrité de l'environnement, le contrôle des infections communautaires, l'éducation des individus à l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et la prévention de la maladie et le développement de l'infrastructure sociale qui assurera à chaque individu de la communauté un standard de vie adéquat pour se maintenir en santé* » (Winslow, 1920). Cette définition sera reprise en partie par l'OMS au milieu du 21^{ième} siècle (OMS, 1952), avant d'évoluer vers cette définition plus large de la santé publique au début du 20^{ième} siècle : « *l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour améliorer, promouvoir, protéger, et restaurer la santé de la population, grâce à une action collective* » (OMS, 2002). Ces efforts se matérialisa notamment par les actions politiques qui jouent un rôle primordial en santé publique (OMS, 2002).

1.3 Les déterminants de la santé

La santé est influencée par des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux appelés déterminants de la santé (OMS, 1998). Ces facteurs interagissent les uns avec les autres de manière dynamique et complexe à plusieurs niveaux (Glanz, 2015). La figure 1 représente une liste non exhaustive de facteurs qui peuvent déterminer la santé d'une population. Les déterminants de la santé incluent d'une part les caractéristiques individuelles comme le sexe, l'âge et la génétique, mais également les habitudes liées au mode de vie telles que l'AP, la nutrition, le sommeil ; ainsi que les circonstances et les différents types d'environnements (i.e., sociaux, naturels, construits, organisationnels) dans lesquels les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour prévenir et faire face aux maladies. Ces circonstances et ces environnements sont également appelés des déterminants sociaux de la santé (Marmot, 2017). Ces circonstances et ces environnements ont une importance prépondérante sur la santé des populations,

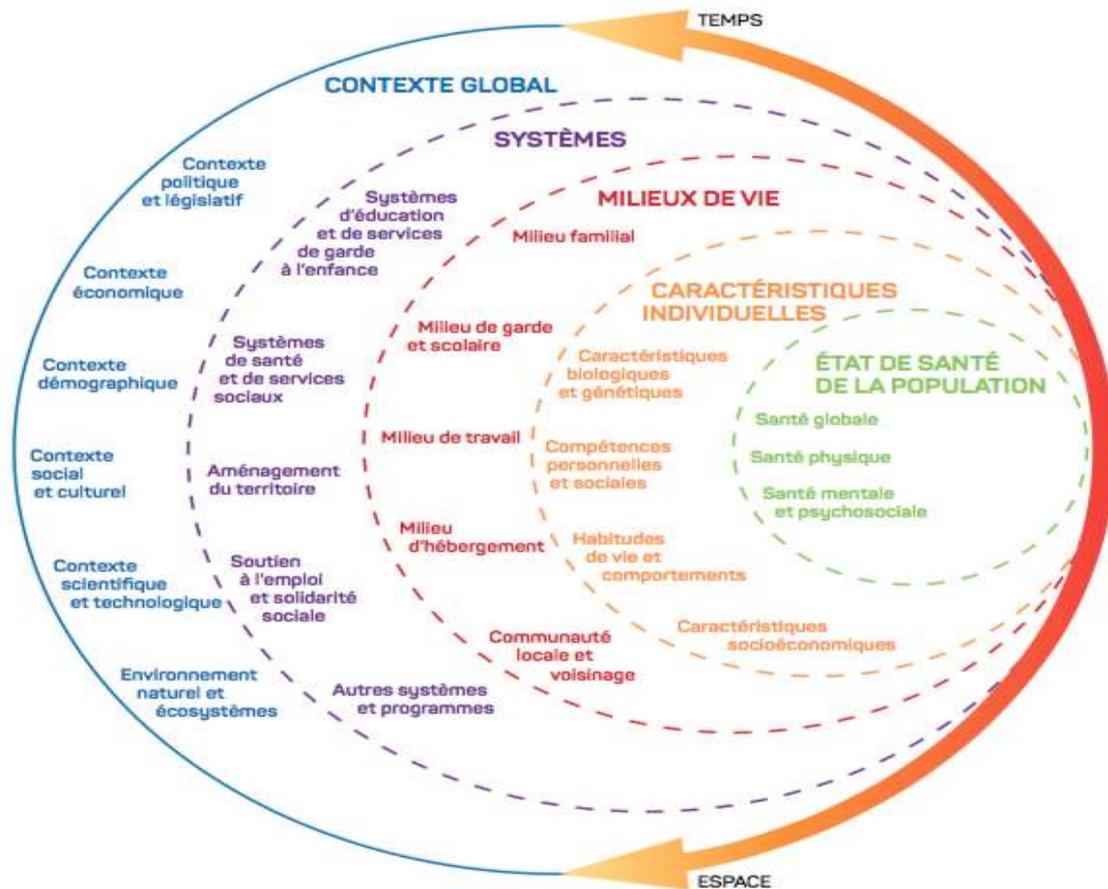


Figure 1. Déterminants de la santé (Ministère de la santé et des services sociaux du Gouvernement du Québec, 2010).

puisqu'elles conditionnent les habitudes liées au mode de vie telles que la pratique d'une AP (Corti and Donovan, 2002; Marmot, 2017). Ainsi tout au long de la vie des individus, les déterminants sociaux de santé vont déterminer leur état de santé et leur qualité de vie. Selon les estimations de l'Institut Canadien des Recherches Avancées et les données de Statistiques de Santé Canada (2002), les déterminants sociaux de santé auraient un impact très important sur l'état de la santé de la population contrairement aux caractéristiques biologiques et génétiques individuelles (figure 2). Cette tendance a été confirmée par des études scientifiques longitudinales qui ont souligné le poids de l'environnement social et économique dans la santé (Marmot *et al.*, 1987; Berthelot, *et al.*, 2001).

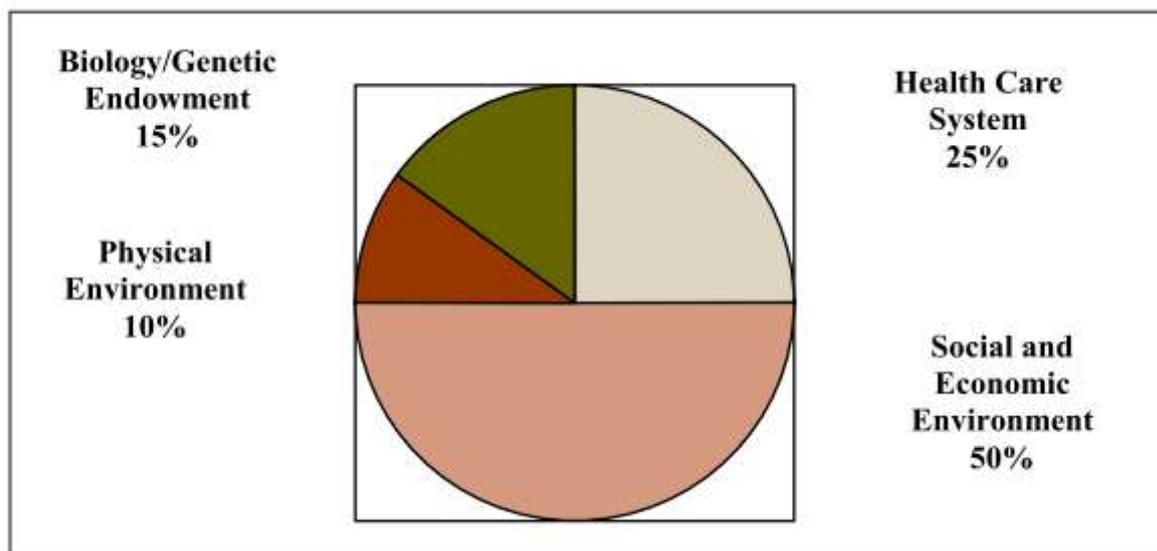


Figure 2. Estimation de l'impact des déterminants sur l'état de santé de la population (Canadian Institute for Advanced Research, 2002).

Les déterminants sociaux de santé sont notamment influencés dans le temps par les normes sociétales, culturelles, ainsi que par les forces politiques : économiques, sociales et environnementales aux échelles locales, nationales et internationales (Graham, 2004, 2009; Marmot *et al.*, 2008, 2012; Deeming, 2013). Par conséquent comme l'indique la déclaration d'Adelaïde (OMS, 2010), la plupart des déterminants de la santé sont en dehors de ce secteur. Les déterminants sociaux de santé peuvent être des sources d'inégalités sociales de santé comme le modélise Solar et Irwin (2010) dans la figure 3. Les inégalités sociales de santé se caractérisent par des « *causes inévitables et évitables de problèmes de santé face auxquelles les populations, à l'intérieur d'un pays ou de différents pays, ne sont pas sur un pied d'égalité* » (OMS, 2008). Le contexte politique, économique et social, ainsi que la position socio-économique occupée, vont conditionner les circonstances matérielles et environnementales dans lesquelles vivent les individus, en impactant leur état de santé (Solar and Irwin, 2010). Ainsi, les inégalités sociales de santé sont observées partout dans le monde où les populations plus socialement vulnérables sont les plus exposées à une mauvaise santé impactant ainsi leur qualité et leur espérance de vie (Marmot *et al.*, 2012). Ce phénomène définit le concept de gradient social (Marmot *et al.*, 2012). Les inégalités sociales de santé sont également observées au niveau territorial, où selon les contextes locaux, on peut observer des différences significatives de l'état de santé entre les populations (Vigneron, 2013).

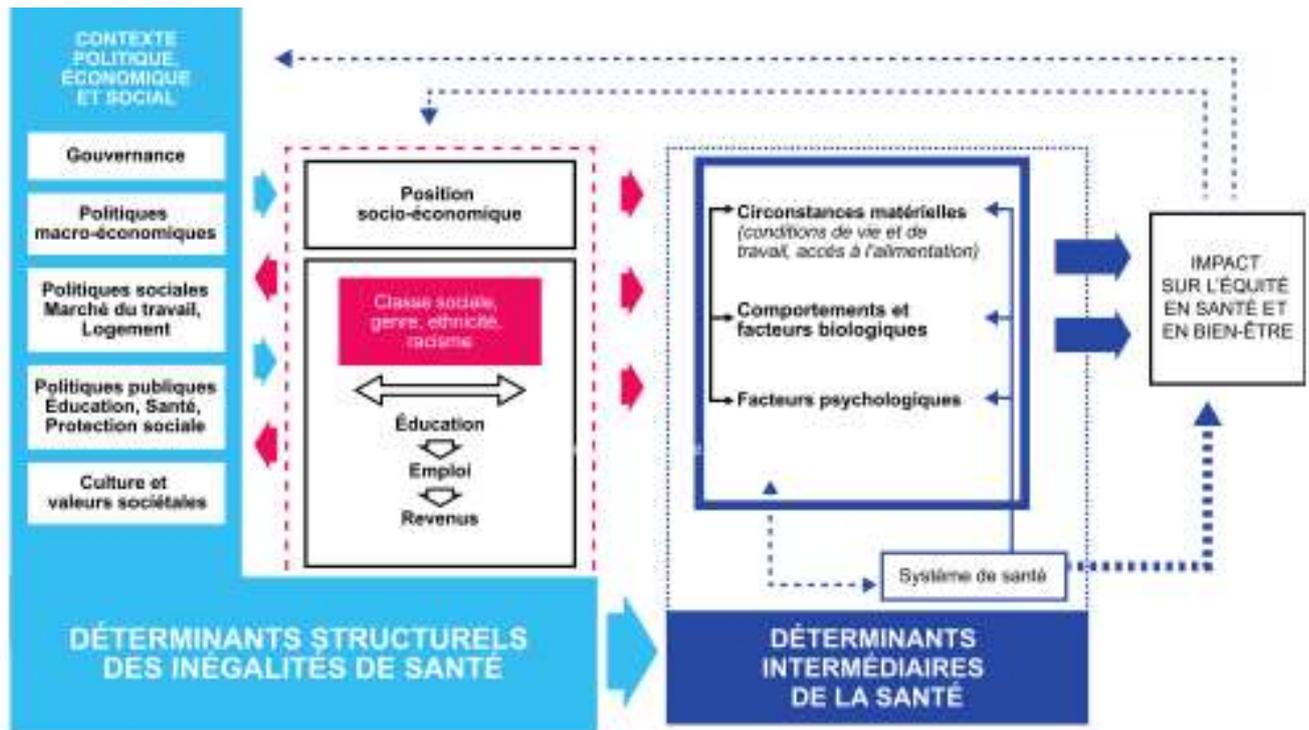


Figure 3. Modélisation des déterminants structurels, sociaux et individuels des inégalités de santé (Solar and Irwin, 2010).

1.4 Le concept de promotion de la santé

Le concept de promotion de la santé a été formalisé au travers plusieurs documents fondateurs (figure 4).

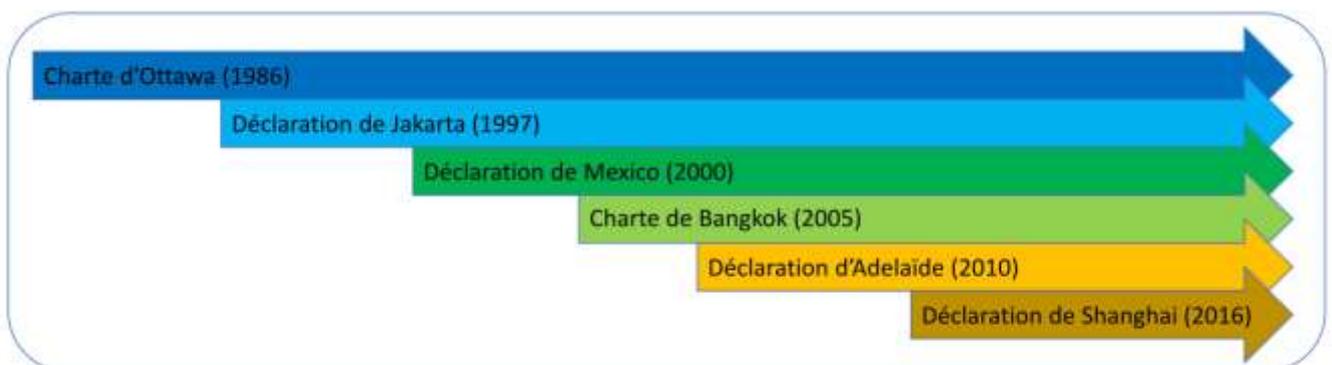


Figure 4. Documents fondateurs en promotion de la santé.

Les bases du concept de promotion de la santé ont été élaborées à partir d'une charte lors de la première conférence internationale de la promotion de la santé à Ottawa en 1986. La promotion de la santé est « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986). Au sens de la charte d'Ottawa, la santé promue doit permettre à « un groupe ou un individu de réaliser ses

ambitions et satisfaire ses besoins et d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. » (OMS, 1986). Ainsi, la promotion de la santé doit d'une part permettre de renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part, leur permettre de mieux maîtriser les déterminants sociaux de santé afin de favoriser l'amélioration de leur santé. Selon la charte d'Ottawa (1986), cette maîtrise nécessite notamment un processus social et des mesures politiques globales visant à changer la situation sociale, environnementale et économique. Cette vision de la promotion de la santé marque un changement de paradigme, où les stratégies et les actions ne se limitent plus à agir à seulement l'échelle de l'individu.

De manière concrète, le charte d'Ottawa (1986) a défini cinq domaines d'actions prioritaires afin de promouvoir la santé (figure 5). Parmi celles-ci, l'élaboration de politiques publiques saines occupent une place centrale. Afin de les établir, il est conseillé d'inscrire la santé dans l'agenda politique des responsables de secteurs divers. Toute décision politique agissant sur les déterminants sociaux de santé peut avoir des conséquences significatives sur la santé des individus ou d'un groupe d'individus, y compris en dehors du secteur de la santé. Il devient ainsi nécessaire de sensibiliser et de responsabiliser l'ensemble des décideurs politiques sur le sujet de la santé. Une politique de promotion de la santé nécessite de combiner de multiples mesures, de façon complémentaire et coordonnée. La coopération intersectorielle est alors une action indissociable d'une politique de promotion de la santé plus rationnelle et plus efficace (OMS, 2010 ; Rantala *et al.*, 2014). L'OMS soulignera à nouveau l'importance de l'intersectorialité lors de la déclaration d'Adélaïde en 2010 sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (i.e., *Health in All Policies*) (WHO, 2010). Dans cette perspective, elle précise la nécessité d'une gouvernance à tous les niveaux (local, national et international) et d'un leadership partagé englobant l'ensemble des secteurs (WHO, 2010). L'élaboration de politiques de promotion de la santé suppose d'identifier les freins limitant l'adoption de ces politiques dans et en dehors du secteur de la santé, ainsi que les leviers favorisant des solutions (OMS, 1986).

Autre action prioritaire plaidé par l'OMS (1986), la création de milieux favorables à la santé. Les individus vivent et évoluent au quotidien au sein d'écosystèmes complexes auxquelles ils sont interreliés. La promotion de la santé doit ainsi favoriser « *des conditions de vie et de travail, ainsi que des environnements sûres, stimulantes, plaisantes et agréables* » (OMS, 1986). Parmi ces environnements, la protection des ressources et des milieux naturels doivent constituer une stratégie essentielle dans la promotion de la santé, de par leur influence majeure sur la santé des individus (OMS, 1986). Cette vision socio-écologique de la santé constitue un pilier de la promotion de la santé.



Figure 5. Domaines d'actions prioritaires en promotion de la santé selon la charte d'Ottawa (OMS, 1986).

La charte d'Ottawa recommande également le renforcement de l'action communautaire. Les stratégies de promotion de la santé sont plus efficaces lorsqu'elles incluent la participation de la population dans la fixation des priorités, la prise de décision et la planification (OMS, 1986). La communauté doit avoir un accès permanent et illimité aux informations sur la santé. La charte d'Ottawa préconise aussi de favoriser l'acquisition d'aptitudes individuelles afin de soutenir le développement social et individuel tout au long de la vie (OMS, 1986). Cela nécessite d'offrir des informations sur la santé et d'assurer une éducation à la santé de façon à ce que les individus soient en mesure de faire des choix favorables à leur santé. Enfin la charte d'Ottawa préconise de réorienter les services de santé en adoptant une politique sanitaire intersectorielle afin de répondre à l'ensemble des besoins de de l'individu (OMS, 1986). L'ensemble des actions prioritaires, mises en avant dans la charte requiert au préalable des conditions et des ressources indispensables à la population telles que : un revenu minimum, la possibilité de se loger dans de bonnes conditions et de se nourrir convenablement. Ces conditions et ces ressources reflètent des choix politiques aux l'échelles internationales, nationales et locales qui déterminent les circonstances économiques et sociales dans lesquelles vivent les individus (Marmot *et al.*, 2012).

En 1997, la déclaration de Jakarta la promotion de la santé propose une vision et une orientation pour la promotion de la santé au 21^{ème} siècle (WHO, 1997). Selon celle-ci, l'enjeu clé dans les années à venir est de s'attaquer le plus largement possible pour aux déterminants de la santé. Dans cette perspective, la responsabilité sociale en faveur de la santé de tous les

acteurs doit être promue, y compris de ceux du secteur privé ; les investissements dans le secteur de la santé doivent s'accroître, les partenariats pour la santé doivent être renforcés et élargis à tous les secteurs ; la capacité des individus et des communautés doit être renforcé, des infrastructures de promotion de la santé doivent être mises en place à l'échelle locale et nationale (WHO, 1997)

En 2000, la déclaration de Mexico reconnaît que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre est un bien précieux pour profiter pleinement de la vie et qu'elle est nécessaire pour le développement économique et social et l'équité* » (OMS, 2000). De plus, selon la déclaration de Mexico, il est considéré que « *la promotion de la santé et du développement social est un devoir et une responsabilité essentielle des gouvernements, que partagent tous les autres secteurs de la société* » (OMS, 2000). Dans cette perspective, les collaborations pour la promotion de la santé dans tous les secteurs et à tous les niveaux de la société doivent s'imposer (OMS, 2000).

En 2005, l'OMS a étayé les grands principes de promotion de la santé au travers de la charte de Bangkok pour notamment faire face à l'augmentation des maladies chroniques, dans un contexte où la situation de santé dans le monde a évolué : une mondialisation creusant les inégalités sociales de santé, d'une urbanisation s'accéléralant et d'une dégradation de l'environnement (WHO, 2005). Sur la base de la littérature scientifique et d'un consensus entre les experts de la promotion de la santé, l'OMS détermine alors de nouvelles orientations pour mieux agir sur les déterminants sociaux de santé afin de renforcer l'efficacité des actions de promotion de la santé. La promotion de la santé doit occuper une place centrale dans l'agenda politique dans tous les secteurs clés et à toutes les échelles. Il devient nécessaire de défendre la cause de la santé sur la base des droits de l'homme et de la solidarité (WHO, 2005). La santé doit être perçue comme une responsabilité essentielle en politique, nécessitant des investissements importants et durables dans le temps afin d'agir sur les déterminants sociaux de santé (WHO, 2005). Compte tenu du fait que ces déterminants relèvent de la responsabilité d'un vaste ensemble de secteurs et d'acteurs, l'OMS recommande d'établir des partenariats et des alliances avec le secteur public, le secteur privé, les organisations non gouvernementales et internationales et la société civile (WHO, 2005). L'OMS recommande également d'améliorer et de renforcer la capacité à développer des politiques de promotion de la santé, en s'appuyant notamment sur la production, le transfert et l'accès aux connaissances sur le sujet (WHO, 2005). La charte de Bangkok précise que ces politiques de promotion de la santé doivent être développées afin « *d'assurer un niveau élevé de protection et d'assurer l'égalité des chances en matière de santé et de bien-être pour tous les individus* » (OMS, 2005). Ceci dans le contexte

de sociétés mondialisées, où les inégalités sociales de santé apparaissent de plus en plus importantes au fil des années (Marmot, 2005; OMS, 2005; Marmot *et al.*, 2008; Graham, 2009).

En 2016, la déclaration de Shanghai a permis de formaliser l'intégration de la promotion de la santé dans des problématiques de développement durable (OMS, 2016). Ainsi la promotion de la santé et le bien-être sont reconnus comme essentielle pour parvenir au développement durable (OMS, 2016). Par conséquent, investir dans la santé et sa promotion est essentiels pour atteindre des objectifs de développement durables qui vont profiter à l'ensemble de la société (OMS, 2016). De plus, dans la déclaration de Shanghai, il est souligné l'importance des villes et des communautés qui sont des contextes déterminants pour la santé (OMS, 2016). Ainsi, la santé est un très bon indicateur de l'atteintes des objectifs de développement durables (OMS, 2016).

1.5 Théories, modèles et approches associés en promotion de la santé

La définition du concept de promotion de la santé montre toute sa complexité. La promotion de la santé s'appuie essentiellement sur les théories et les modèles de changements des comportement de santé, ainsi que sur les expériences empiriques afin de fonder des approches théoriques solides pouvant être mises à jour en pratique (Glanz, 2015). Dans cette partie seront évoquées les approches majeures en promotion de la santé qui s'appuient sur les principales théories et les principaux modèles utilisés à différents niveaux dans le but de changer les comportements de santé.

1.5.1 Au niveau individuel et interpersonnel

Au niveau individuel, quatre grands modèles et, ou théories sont fréquemment utilisés en promotion de la santé. Le plus ancien, est le modèle des croyances en santé (*Health belief Model*, Rosenstock, 1974). Selon ce modèle, les individus sont susceptibles de changer leurs comportements de santé en fonction de leurs perceptions des risques et des bénéfices (Rosenstock, 1974). Il suggère en conséquence que les interventions en promotion de la santé sont plus efficaces si elles abordent les perceptions spécifiques d'un individu concernant sa sensibilité, ses avantages, ses obstacles et son auto-efficacité (Rosenstock, 1974). Dans la théorie du comportement planifié (*theory planned behavior*, Ajzen, 1991), les changements de comportements de santé vont dépendre de la perception des individus, des opportunités, des ressources et des compétences qui leurs seront nécessaires. Tandis que selon le modèle transthéorique (*transtheoretical model*, Prochaska *et al.*, 1998), la volonté ou l'intention de changer de comportement de santé pour chaque individu fluctue dans le temps. Prochaska *et*

al (1998) identifient cinq stades dans le changement de comportement : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Ce modèle suggère ainsi que les interventions en promotion de la santé peuvent favoriser les changements de comportements de santé en aidant les individus à passer d'un stade à un autre jusqu'au maintien des comportements favorables à la santé. Dans la théorie de l'auto-détermination de Deci et Ryan (2002), les changements de comportements sont influencés par un continuum de motivations internes (i.e., intrinsèque) ou externes (i.e., extrinsèque) à l'individu. Ainsi en matière de changement de comportement de santé favoriser les motivations intrinsèques chez l'individu faciliterait l'adoption de comportements sains.

Au niveau interpersonnel, des théories issues de la psychologie sociale telles que la théorie socio-cognitive (*social cognitive theory*, Bandura, 1986) sont utilisées en promotion de la santé. Selon cette théorie, les changements de comportements de santé sont notamment liés à l'interaction entre les déterminants psychologiques de l'individu, son environnement social et sa capacité d'auto-régulation. Améliorer les capacités de l'individu et notamment son sentiment d'auto-efficacité en matière de santé favorisant l'adoption de nouveaux comportements. Le réseau et le support social constituent également des leviers fréquemment utilisés afin de promouvoir la santé des individus (Gallant, 2013). Dans cette perspective, les interventions de promotion visent à améliorer les liens sociaux existants, à favoriser la création de nouveaux et à renforcer les réseaux communautaires à partir de processus participatifs (Glanz, 2015) .

L'ensemble de ces théories et de ces modèles ont permis de fonder les approches socio-individuelles dans le domaine de la promotion de la santé. Elles font l'objet d'une littérature abondante, y compris de nature critique (Golden and Earp, 2012). L'une des principales critiques relevée, est qu'elles n'appréhendent pas un certain nombre de facteurs socio-économiques et environnementaux, qui peuvent limiter durablement les changements de comportements favorables à la santé (Golden and Earp, 2012; Glanz, 2015). De plus, ces approches ne peuvent cibler qu'une partie restreinte de la population: quelques individus ou groupes d'individus à la fois (Glanz, 2015), limitant ainsi les stratégies de promotion de la santé.

1.5.2 Au niveau communautaire

Le niveau communautaire permet d'agir sur les environnements physiques, organisationnels et politiques d'une communauté. Deux types d'environnements physiques peuvent être distingués, l'environnement naturel et l'environnement construit (Barton and

Grant, 2006). Selon Lieberman *et al* (2013), chaque individu interagit en permanence dans ces différents environnements au quotidien. Il est ainsi confronté de manière constante à des choix conscients ou inconscients qui peuvent impacter sa santé à moyen et, ou long terme. Par conséquent, agir sur ces environnements peut permettre à la population de limiter des choix par défaut qui ne sont pas favorables à la santé, et faciliter les choix favorables à la santé (Lieberman *et al.*, 2013). C'est pourquoi l'urbanisme favorable à la santé joue un rôle déterminant, en promotion de la santé en impactant directement la qualité et l'espérance de vie (Pacione, 2003; Prüss-Üstün *et al.*, 2008; Renalds *et al.*, 2010; Northridge and Freeman, 2011; Kent and Thompson, 2014; Nieuwenhuijsen, 2016). De manière plus concrète, l'influence de l'urbanisme peut s'exprimer de différentes façons, comme la création et l'aménagement d'habitats ou d'espaces urbains publics (e.g., des parcs) (Stokols, 1992; Calogiuri and Chroni, 2014; Frumkin *et al.*, 2017; Bratman *et al.*, 2019). Selon le modèle de Shafer *et al* (2000), un environnement est favorable à la santé et au bien-être lorsqu'il s'intègre de manière écologique dans la communauté, étant accessible, habitable, agréable, viable et durable (figure 6).



Figure 6. Modèle de Shafer *et al* (2000).

Selon certains modèles et certaines théories, les organisations peuvent également agir sur la promotion de la santé au sein de leurs communautés (Glanz, 2015). Une organisation est considérée comme un groupe d'individus qui forme une structure plus ou moins complexe et qui est intentionnellement organisée pour atteindre un ou des objectifs communs (Glanz, 2015). La capacité des diverses organisations de la communauté à s'impliquer dans la promotion de la santé peut être renforcée (Heward *et al.*, 2007; Butterfoss *et al.*, 2008). Le renforcement de capacité renvoie notamment au concept d'autonomisation (i.e., *empowerment*) d'une population (i.e., d'une communauté) ou d'organisations sociales. Il s'agit d'un processus de participation, de contrôle et d'émancipation entraînant des changements (Rappaport, 1984; Wallerstein and Bernstein, 1994). Ceci suggère que la participation d'une population ou d'organisations sociales dans des processus de promotion de la santé peut faciliter et favoriser l'adhésion à des styles de vie plus sains (Brown, 1991; Dooris and Heritage, 2013; Glanz, 2015). Par exemple, la participation d'une population dans l'aménagement de leurs lieux de vie, ainsi que la participation d'organisations sociales pour promouvoir l'AP peut favoriser les déplacements actifs au sein d'une communauté (Hamamoto, Derauf and Yoshimura, 2009; McCreedy and Leslie, 2009). Ce processus peut s'effectuer en ayant recours aux sciences citoyennes (*citizen sciences*) et être facilité par l'utilisation des nouvelles technologies (King *et al.*, 2016; Hinckson *et al.*, 2017; van den Berge *et al.*, 2020). La promotion de la santé par la participation de la population a été modélisée par Racher et Annis (2008) par le modèle d'action de santé communautaire (i.e., *Community Health Action Model*) (figure 7). Ce modèle décrit

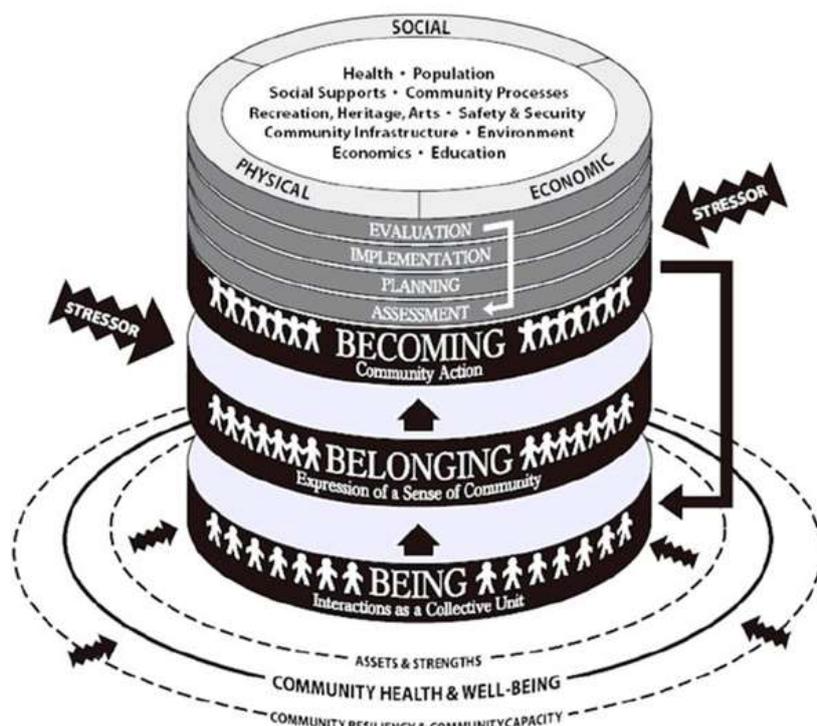


Figure 7. Modèle d'action de santé communautaire (Racher and Annis, 2008).

un processus de développement communautaire collaboratif permettant à la communauté de déterminer des actions et d'atteindre des buts fixés collectivement, et qui participent à la santé et le bien-être de tous. Selon ce modèle (Racher and Annis, 2008), les membres de la communauté se rassemblent et interagissent en tant qu'entité collective ; ils expriment leurs besoins et les intérêts de la communauté ; puis ils passent à l'action en recueillant les informations nécessaires pour déterminer les objectifs, les mettre en œuvre et évaluer les résultats des actions.

Les politiques peuvent également avoir un rôle déterminant en promotion de la santé : en impulsant des changements structurels (Lieberman, Golden and Earp, 2013), en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, et en favorisant ainsi les conditions de vie favorables à la santé (WHO, 1986; Exworthy, 2008). Cependant, des études, les politiques de promotion de la santé ont tendance à ne se centrer que sur un seul déterminant, en agissant de plus de manière uni-sectorielle à un seul niveau (Golden and Earp, 2012). Or, ces politiques sont d'autant plus efficaces lorsqu'elles sont adoptées à plusieurs niveaux (i.e., national et infranational), engageant et coordonnant de multiples acteurs issus de différents secteurs, dans une stratégie globale de promotion de la santé (Ståhl and Ollila, 2006; Fleming and Jacobsen, 2010; Golden *et al.*, 2015). Dans cette perspective, la notion d'intersectorialité et le concept de santé dans toutes les politiques prennent tous leurs sens (OMS, 2010). Les études sur les déterminants de la santé montrent que de nombreux secteurs en dehors de celui de la santé nécessitent d'être impliqués afin de promouvoir efficacement la santé des individus (Puska, 2007; Ollila, 2011; Baum *et al.*, 2014; De Leeuw and Peters, 2015; Shankardass *et al.*, 2015). Ainsi, l'ensemble des politiques sectorielles doivent intégrer la santé dans leurs conceptions, leurs mises en œuvre et leurs évaluations (Baum *et al.*, 2014). Cependant, cette intégration peut s'avérer compliquée (Baum *et al.*, 2014; Guglielmin *et al.*, 2018). Ainsi des stratégies facilitatrices ont été identifiées par la littérature afin d'optimiser la réussite des politiques intersectorielles en matière de santé (Baum *et al.*, 2014; De Leeuw and Peters, 2015; Shankardass *et al.*, 2015; Guglielmin *et al.*, 2018). Les stratégies de type gagnant-gagnant ou de co-bénéfices entre plusieurs secteurs constituent un levier efficace (Baum *et al.*, 2014). De même, la mise en commun des différents agendas politiques, le développement d'une vision partagée, de co-financements, ainsi qu'une répartition des responsabilités dans les actions intersectorielles favoriseraient l'engagement d'un large éventail de secteurs autour d'une politique de santé commune (Baum *et al.*, 2014; De Leeuw and Peters, 2015; Shankardass *et al.*, 2015; Guglielmin *et al.*, 2018).

L'ensemble des actions au niveau communautaire, qu'elles soient politiques, organisationnelles et environnementales, sont considérées comme des approches qui peuvent

favoriser des changements durables des comportements de santé (Lieberman *et al.*, 2013; Allegrante, 2015; Golden *et al.*, 2015). Les approches structurelles peuvent toucher une partie plus large de la population, tout en étant à la fois plus efficaces, plus efficaces, et plus équitables, que les seules stratégies socio-individuelles et, ou interpersonnelles de promotion de la santé (Frieden, 2010; Lieberman, Golden and Earp, 2013; Pons-Vigués *et al.*, 2014; Allegrante, 2015; Glanz, 2015).

1.5.3 A de multiples niveaux

Les approches socio-écologiques ont pris une place centrale en promotion de la santé ces dernières années (Glanz, 2015). Elles sont reconnues comme une des approches les plus efficaces et durables pour changer les comportements de santé (Glanz, 2015; Golden *et al.*, 2015). Ces approches sont basées sur les modèles socio-écologiques qui intègrent et interconnectent les approches socio-individuelles, interpersonnelles et structurelles agissant ainsi sur plusieurs facteurs d'influences à tous les niveaux. Le premier modèle socio-écologique été proposé par McLeroy *et al* (1988). Il identifie cinq sources d'influence majeures des comportements de santé : les facteurs intrapersonnels, interpersonnels, institutionnels, communautaires et politiques (figure 8).

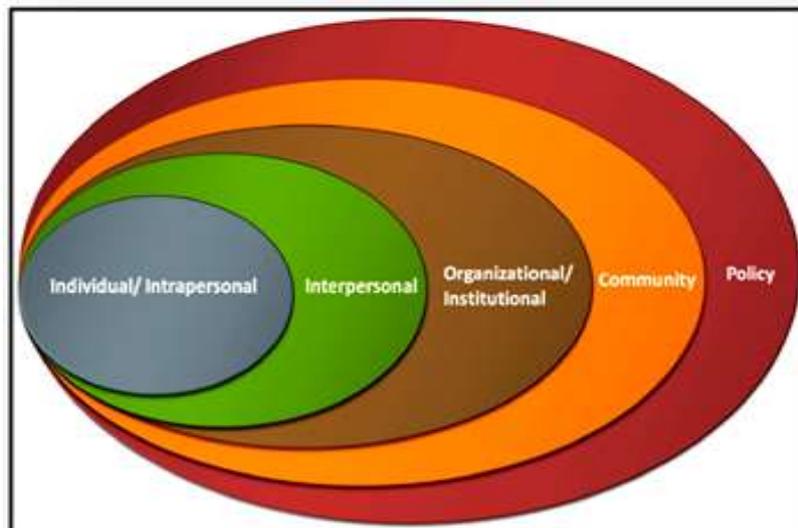


Figure 8. Modèle socio-écologique selon McLeroy *et al* (1988).

L'ensemble de ces facteurs sont considérés comme interdépendants et peuvent influencer directement ou indirectement les comportements de santé. Ce principe d'interdépendance des facteurs constitue l'un des piliers des approches socio-écologiques. Stokols *et al.* (1996) ont présenté par la suite le premier modèle socio-écologique de promotion de la santé. Contrairement à McLeroy *et al.* (1988), Stokols *et al.* (1996) affirme que les comportements de santé sont également fortement influencés par des contextes, ainsi que des environnements

sociaux et physiques. Une des originalités de ce modèle, est qu'il considère que les interactions entre les différents environnements et les individus ont lieu de manière simultanée à différents niveaux (i.e., individu, groupe d'individus, communauté, population). C'est pourquoi agir de manière simultanée sur les différents environnements à différents niveaux permet de favoriser les changements de comportements de santé (Stokols, Allen and Bellingham, 1996). Ceci constitue un autre pilier des approches socio-écologiques en promotion de la santé (Glanz, 2015). Ces approches plus globales se distinguent donc des approches classiques qui visent un seul ou deux niveaux. Plus récemment, Golden *et al* (2015) ont proposé le modèle socio-écologique inversé qui met en avant la place centrale des politiques pour promouvoir la santé dans les environnements ou les individus vivent, travaillent et se divertissent (figure 9).

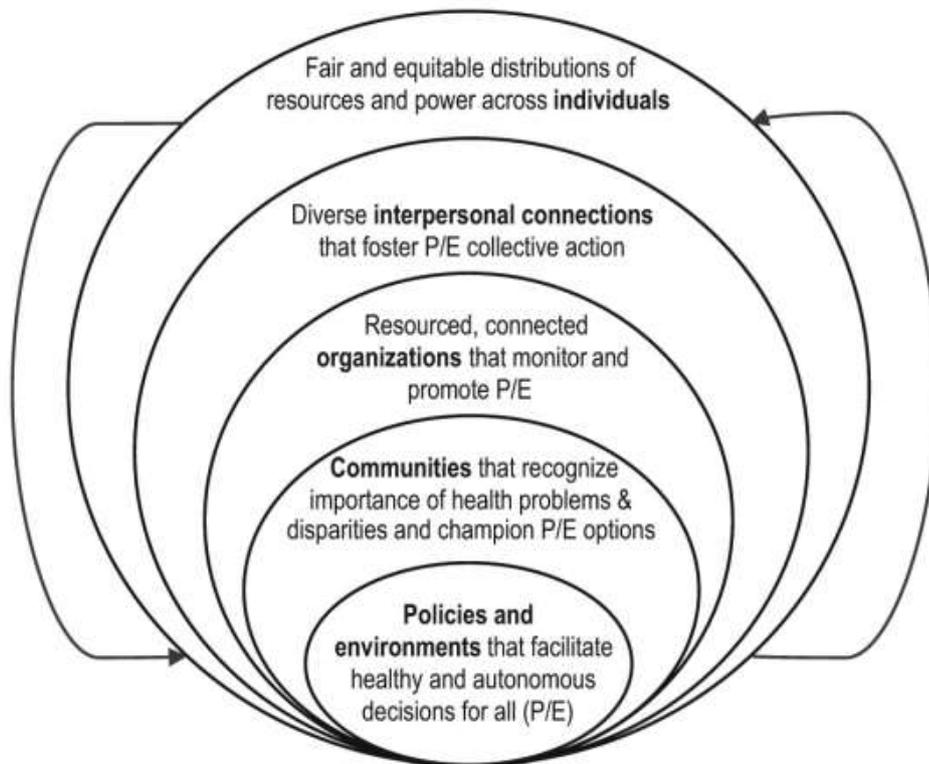


Figure 9. Modèle socio-écologique inversé (Golden *et al.*, 2015).

Dans les modèles présentés précédemment (Mcleroy *et al.*, 1988; Stokols, Allen and Bellingham, 1996), les individus sont au centre des interventions de changements de comportements de santé ; les interventions sur les environnements et les contextes ont également leurs importances, mais seulement pour maintenir les changements de comportements individuels dans le temps. Selon Golden *et al* (2015), il faut inverser ce modèle en focalisant prioritairement sur les politiques globales qui intègrent notamment des stratégies

environnementales et de partenariats avec de multiples secteurs clés. Ces interventions politiques doivent permettre de : (1) faciliter en toute autonomie des choix sains pour tous, (2) encourager la communauté à participer aux problématiques de promotion de la santé, (3) inclure de multiples organisations dans les interventions de promotion de la santé, (4) stimuler les actions collectives par le développement des réseaux sociaux formels ou informels, et (5) favoriser une distribution plus équitable des ressources nécessaires aux individus pour répondre à leurs besoins quotidiens, contrôler leur vie et participer librement à la sphère publique.

En résumé, ces différents modèles socio-écologiques en promotion de la santé permettent d'éclairer le développement d'approches globales, qui peuvent systématiquement cibler les mécanismes de changements des comportements à plusieurs niveaux d'influence. Le changement de comportement est ainsi optimisé lorsque les politiques et les environnements organisationnels, sociaux et physiques soutiennent des choix favorables à la santé, et lorsque les individus sont motivés et éduqués pour faire ces choix (Glanz, 2015). Par conséquent, les politiques de promotion de la santé adoptant des approches socio-écologiques telles que décrites par Golden *et al* (2015) permettent d'agir structurellement et durablement sur les environnements des individus, favorisant ainsi l'émergence de choix favorables à la santé.

Cependant, ces approches socio-écologiques comportent un certain nombre de limites. Bien qu'elles soient considérées comme efficaces et durables (Glanz, 2015; Golden *et al.*, 2015), ces approches restent complexes à mettre en œuvre : elles requièrent des actions simultanées sur plusieurs facteurs, à plusieurs niveaux, ainsi que l'implication de nombreux acteurs provenant de divers secteurs. Or, la mise en œuvre de politiques intersectorielles peut se révéler difficile (Guglielmin *et al.*, 2018). Les décideurs politiques de divers secteurs doivent y partager un langage, une vision et des objectifs politiques communs (Guglielmin *et al.*, 2018). Or, la santé n'est pas toujours perçue comme importante ou prioritaire dans de nombreux secteurs (Goins *et al.*, 2013; Lemon, Goins *et al.*, 2015; Wang *et al.*, 2016; Zwald *et al.*, 2016), ce qui peut rendre les approches socio-écologiques plus compliquées à mettre en œuvre que les approches classiques. Une autre limite soulignée dans les approches socio-écologique, est le manque de données sur la part d'influence des différents facteurs d'influence lorsqu'ils interagissent entre eux et à différents niveaux (Glanz, 2015). De plus chaque écosystème étant inscrit dans un contexte bien spécifique, les différents facteurs d'influence cités précédemment interagissent de manière différente. La prise en compte du contexte local est alors essentielle pour adopter et adapter spécifiquement ce type d'approche (Milat *et al.*, 2012, 2015; Glanz, 2015).

Synthèse

La santé est multifactorielle, elle est conditionnée par de nombreux déterminants dont l'AP. Ces déterminants sont eux-mêmes influencés par de nombreux facteurs dont des facteurs liés aux contextes, aux politiques et aux environnements. Bien que complexes, les approches socio-écologiques apparaissent comme les approches les plus prometteuses pour promouvoir la santé ; notamment celles plaçant les politiques et les environnements au centre de leurs stratégies. Celles-ci permettent d'agir structurellement et durablement sur les déterminants de la santé d'une large partie d'une population, en facilitant les choix favorables à la santé au quotidien.

2 Promotion de la santé par l'activité physique

Après avoir présenté le concept de promotion de la santé, ainsi que principales théories, modèles et approches associées, l'objectif de cette partie est de présenter comment ces approches se traduisent dans le domaine de l'AP ; en tenant compte des problématiques et des spécificités de cet objet d'étude.

2.1 Définitions : activité physique, inactivité physique et sédentarité

Dans le domaine de la santé publique, l'AP est définie de la façon suivante : tout mouvement corporel induit par les muscles squelettiques responsable d'une augmentation de la dépense énergétique (i.e., *any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure*) (Caspersen and Christenson, 1985) ; tandis que l'inactivité physique est définie comme suit : un niveau d'AP insuffisant pour répondre aux recommandations actuelles en matière d'AP (i.e., *an insufficient physical activity level to meet present physical activity recommendations*) (Tremblay *et al.*, 2017). La sédentarité ou comportement sédentaire est ainsi définie comme tout comportement d'éveil caractérisé par une dépense énergétique $\leq 1,5$ équivalent métabolique (MET), en position assise, couchée ou allongée (i.e., *any waking behavior characterized by an energy expenditure ≤ 1.5 metabolic equivalents (METs), while in a sitting, reclining or lying posture*) (Tremblay *et al.*, 2017). Il est important de définir et de distinguer ces concepts : AP, inactivité physique et sédentarité car ils pourront faire l'objet d'interventions différenciés au sein de stratégies de promotion de la santé (Tremblay *et al.*, 2017).

2.2 Les déterminants de l'activité physique

L'AP est un déterminant majeur de la santé (Corti and Donovan, 2002; WHO, 2004; Marmot, 2017), il est important de comprendre pourquoi certains individus sont physiquement actifs et d'autres non, afin de promouvoir l'AP de façon adaptée. D'après une large revue de littérature de Bauman *et al* (2012), l'AP des individus est influencée par de multiples déterminants qui agissent de manière simultanée tout au long de la vie, et ceci à plusieurs niveaux (figure 10).

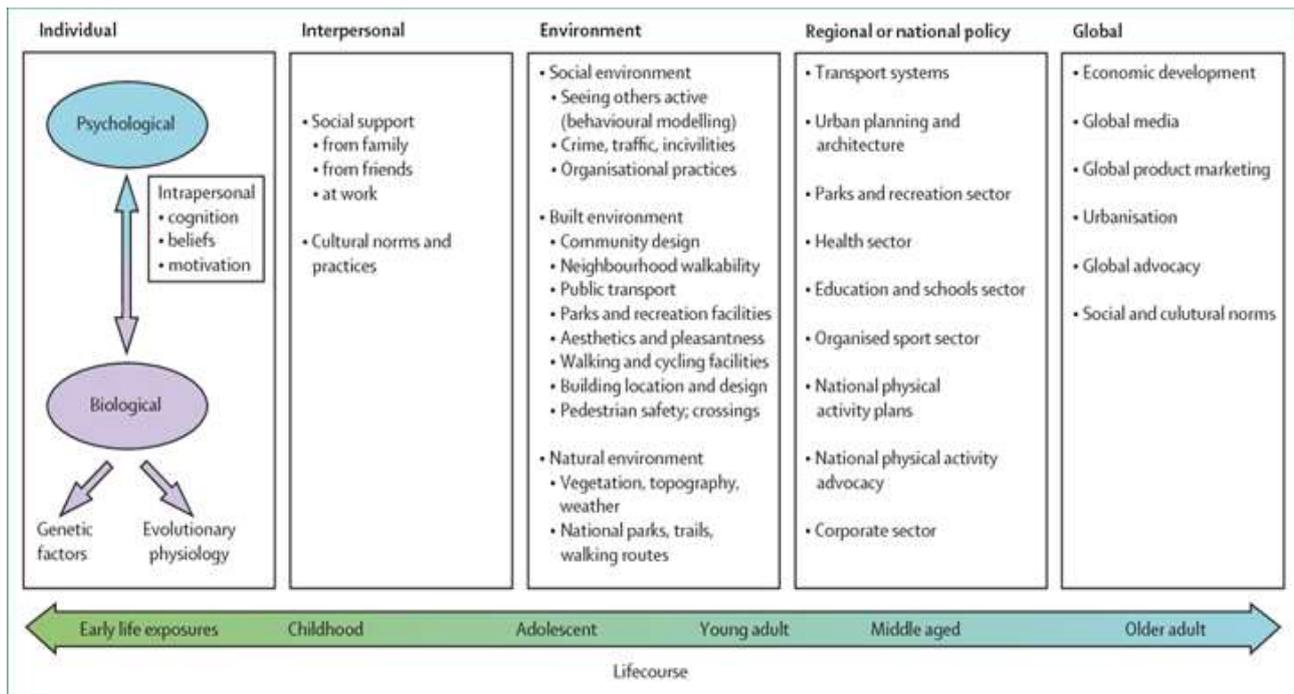


Figure 10. Déterminants de l'AP (Bauman *et al.*, 2012).

Au niveau individuel, bien que des facteurs génétiques pourraient influencer le niveau de pratique de l'AP, ce sont les facteurs psychosociaux qui auraient le plus de poids : croyances sur l'AP et ses bienfaits, capacité à pratiquer une AP, expériences antérieures et motivation (Amireault *et al.*, 2013). Ces facteurs vont différer ou évoluer en fonction de l'âge, du sexe, de l'état de santé des individus mais aussi en fonction des facteurs structurels (i.e., contextes socio-économiques, politiques et culturels), ainsi que des conditions de vie quotidienne auxquelles les individus sont exposés (i.e., les environnements) (Trost *et al.*, 2002, 2003; Moran *et al.*, 2014).

Le niveau de pratique d'AP est également influencé par des facteurs interpersonnels tels que le soutien social au sein de différentes sphères (i.e., de la famille, des amis et du travail), et la culture et les normes sociales (McNeill *et al.*, 2006). Un soutien familial encourageant la pratique d'une AP dès le plus jeune âge aurait par exemple un impact particulièrement déterminant pour favoriser un mode de vie physiquement actif tout long de la vie (Kuh and Cooper, 1992; Friedman *et al.*, 2008; Biddle *et al.*, 2011). Le capital social et la position socioéconomique impactent aussi le niveau pratique des individus (McNeill *et al.*, 2006). Plus les niveaux d'éducation et de revenus sont élevés chez des individus, plus ils sont susceptibles d'être physiquement actifs (Kuh and Cooper, 1992; Burton *et al.*, 2003; McNeill *et al.*, 2006).

Les facteurs environnementaux ont également une place prépondérante dans les déterminants de l'AP (Bauman *et al.*, 2012; Moran *et al.*, 2014; Sallis *et al.*, 2016). Bauman *et*

al (2012) distingue trois types d'environnements : social, construit et naturel. L'environnement social peut favoriser la pratique de l'AP de par la sécurité, la visibilité et l'offre de pratique. L'environnement naturel va également favoriser la pratique de l'AP en donnant accès à des parcs et autres espaces verts, incitant aux mobilités actives et permettant la pratique d'activités récréatives. La situation géographique, la météo, et l'esthétique constituent aussi des facteurs d'attractivité des environnements naturels (Bauman *et al.*, 2012). Toutefois, dans la mesure où la majeure partie de la population vit dans les villes, l'environnement urbain semble avoir l'influence la plus significative sur le niveau d'AP (Bauman *et al.*, 2012; Sallis *et al.*, 2016; Althoff *et al.*, 2017). L'accessibilité à des infrastructures pédestres et cyclables sécurisées et interconnectées, au sein d'un réseau dense favorise de manière importante les déplacements actifs (De Nazelle *et al.*, 2011; Sallis *et al.*, 2016). Par ailleurs, l'accessibilité à des espaces ouverts et verdoyants, ainsi qu'à des équipements sportifs et de loisirs, influence aussi le niveau de pratique d'AP d'une population urbaine (Bauman *et al.*, 2012). Néanmoins, certaines études suggèrent que des environnements favorables à l'AP ne sont pas suffisants, ces environnements doivent être bien perçus par la population pour qu'ils soient effectivement utilisés (Hoehner *et al.*, 2005; Bamana *et al.*, 2008; Parra *et al.*, 2011; Gustat *et al.*, 2019; Sharman *et al.*, 2019).

Les politiques locales, régionales ou nationales constituent également des déterminants de la pratique de l'AP (Brownson *et al.*, 2001; Bellew *et al.*, 2011; Bauman *et al.*, 2012). Les politiques peuvent directement influencer la pratique d'AP de la population par l'intermédiaire de programmes d'AP ou de campagnes de promotion (Dearing *et al.*, 2006; Schmid *et al.*, 2006; Bauman *et al.*, 2012). De manière indirecte, les politiques peuvent influencer la pratique d'AP de la population (Schmid *et al.*, 2006). Elles peuvent régir un environnement favorable à l'AP (Sallis and Glanz, 2009; De Nazelle *et al.*, 2011; Gelius *et al.*, 2020) ; elles peuvent conduire à des stratégies de partenariats notamment en dehors de la santé qui vont engager divers acteurs dans la promotion de l'AP (Bauman *et al.*, 2012) ; enfin, elles peuvent agir sur les inégalités sociales notamment à partir d'une politique sociale, économique et éducative, elle-même liée au contexte global (Cawley, 2004; Hill *et al.*, 2004; Sturm, 2004). Dans de nombreuses études, il a été observé que la pratique d'une AP et les comportements sédentaires suivent un gradient social : plus les niveaux d'éducation et de revenus sont élevés chez des individus, plus ils sont susceptibles d'être physiquement actifs et moins sédentaires (Marmot, 2003; Penedo and Dahn, 2005; Bize *et al.*, 2007; Hamer *et al.*, 2012; Amireault *et al.*, 2013; Stamatakis *et al.*, 2014). La pratique d'une AP peut être également liée à la culture et aux normes d'un pays qui sont eux-mêmes liés à des choix politiques antérieure (Bauman *et al.*, 2012). Par exemple, la culture du déplacement quotidien à vélo est très développée dans certains pays comme les Pays-Bas et le

Danemark où les infrastructures cyclable sont denses, contrairement à certains pays anglo-saxons tels que les États-Unis et l’Australie où la voiture a une place particulièrement importante dans la société (Pucher and Buehler, 2008).

2.3 Activité physique et santé : les recommandations

2.3.1 Niveau d’activité physique

Sur la base d’évidences scientifiques, l’OMS a fixé plusieurs recommandations pour promouvoir la santé par l’AP. Ces recommandations se distinguent en fonction de plusieurs catégories d’âge. Récemment, des nouvelles recommandations pour les enfants de moins de 5 ans ont été émises concernant l’AP, les comportements sédentaires et le sommeil, pendant une journée complète (i.e., 24 heures) (WHO, 2019). Pour les nourrissons de moins d’un an, il est recommandé qu’ils soient physiquement actifs plusieurs fois par jour de diverses manières ; au moins 30 minutes réparties tout au long de la journée pendant le temps de veille ; et ils ne devraient pas être immobilisés plus de 1 heure d’affilée (WHO, 2019). Les enfants de un à deux ans devraient quant à eux avoir pendant au moins 180 minutes des activités physiques de type et d’intensité variés ; et ne devraient pas être immobilisés plus de 1 heure d’affilée (WHO, 2019). Enfin, les enfants âgés de 3 à 4 ans devraient avoir pendant au moins 180 minutes des activités physiques de type et d’intensité variés, dont au moins 60 minutes d’activité physique d’intensité modérée à soutenue, réparties tout au long de la journée ; et ne devraient pas être immobilisés plus de 1 heure d’affilée (WHO, 2019). Pour les enfants âgés entre 5 ans 17 ans, il est recommandé de pratiquer une AP au moins 60 min à intensité modérée ou vigoureuse chaque jour (WHO, 2018). Pour les adultes âgées (i.e., 18 ans à 64 ans) et les personnes avancées en âge (i.e., 65ans et plus), il est recommandé de pratiquer au moins 150 minutes d’AP d’intensité modérée tout au long de la semaine, ou faire au moins 75 minutes d’AP d’intensité vigoureuse tout au long de la semaine, ou une combinaison équivalente d’activité d’intensité modérée et vigoureuse (WHO, 2018).

Ces recommandations sont reprises par les politiques européennes et nationales (Breda *et al.*, 2018a). En France, les recommandations sont similaires en termes de niveau d’AP : « *pour les adultes, il est recommandé de pratiquer 30 minutes d’activité physique développant l’aptitude cardio-respiratoire d’intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer. Pour les enfants et adolescents de 6 à 17 ans, il est recommandé de pratiquer au moins 60 minutes par jour d’activité physique d’intensité modérée à élevée* » (ministère de la Santé et des Solidarités, 2019). En ce qui

concerne la sédentarité : « pour les adultes, il est recommandé de réduire le temps total quotidien passé en position assise et d'interrompre les périodes prolongées passées en position assise ou allongée, au moins toutes les 90 à 120 minutes, par une activité physique de type marche de quelques minutes. Pour les enfants, il est recommandé de limiter la durée totale quotidienne des activités sédentaires et la durée de chaque activité sédentaire, pour ne pas dépasser 2 heures en continu pour les 6 à 17 ans » (ministère des Solidarités et de la Santé, 2019).

2.3.2 Stratégies

Dans la perspective de faciliter l'atteinte des recommandations en AP par la population, des recommandations ont également été émises par des instances et des experts internationaux pour conseiller les nations sur la mise en œuvre de stratégies de promotion de la santé par l'AP (WHO, 2004, 2016, 2018; International Society for Physical Activity and Health, 2010). Dans cette perspective en 2004, l'OMS a recommandé à chaque pays de développer leur propre politique de promotion de l'AP en y associant des directives précises (WHO, 2004; Bauman and Craig, 2005) :

- Développer des stratégies sur la base de données probantes,
- Développer des partenariats multisectoriels pour mettre en œuvre des stratégies et des programmes d'AP,
- Développer un système de surveillance de l'AP pour mesurer le niveau d'AP de la population,
- Développer une stratégie de communication uniforme mais adaptée à la culture du pays,
- Développer une stratégie de plaidoyer auprès des différentes strates du gouvernements et de leurs agences pour augmenter la conscience de l'importance de l'AP,
- Prendre en compte l'impact de la globalisation et des autres influences sur l'inactivité physique et des comportements sédentaire,
- Démocratiser l'accès à l'AP en prenant en compte les différences culturelles et l'équité des genres,
- Encourager la création d'environnements physiques et sociaux qui facilitent les opportunités de pratiquer de l'AP de façon régulière.

En 2010, de nouvelles recommandations ont été émises par le conseil mondial de plaidoyer pour l'AP de la Société Internationale pour l'AP et la Santé (International Society for Physical Activity and Health) à travers la charte de Toronto (Bull *et al.*, 2010). Cette charte reprend les principales recommandations de l'OMS (2004), en y précisant que les stratégies de promotion de l'AP doivent être développées pour cibler des populations entières, tout en ayant une attention particulière envers les individus les plus éloignées de l'AP, dans une perspective de lutte contre les inégalités sociales de santé. De plus, la charte de Toronto insiste sur l'importance de nouer des partenariats intersectoriels durables, et formalisés entre plusieurs échelles (i.e., nationale, régionale et locale) afin d'optimiser l'impact des stratégies de promotion de l'AP (Bull *et al.*, 2010). Elle souligne aussi que ces stratégies ne sont efficaces que lorsqu'elles s'adaptent aux contextes locaux et qu'elles favorisent les choix individuels d'être physiquement actif tout au long de la vie (Bull *et al.*, 2010). Par ailleurs, les auteurs de la charte d'Ottawa recommandent également d'adopter une démarche participative auprès des individus ciblés et des divers acteurs engagés dans l'élaboration, la mise en œuvre, ainsi que l'évaluation des stratégies de promotion de l'AP (Bull *et al.*, 2010).

Ces dernières années, la Commission Européenne a également émis des recommandations afin de promouvoir la santé par l'AP de manière transversale (European Commission, 2019). Elle encourage ainsi les Etats membres à orienter prioritairement leurs programmes nationaux à destination des enfants et des jeunes, dont une proportion importante n'atteint pas les niveaux d'AP recommandés par l'OMS. D'autre part, elle invite les Etats membres à continuer « *d'échanger de bonnes pratiques et de coopérer dans le cadre d'initiatives pertinentes* » ; à « *améliorer le suivi et la surveillance de l'AP* » ; et à favoriser « *le développement des indicateurs, des méthodes de collecte de données, de la diffusion de bonnes pratiques et d'outils de renforcement des capacités, ainsi que de l'élaboration de politiques* » (European Commission, 2019).

L'OMS a également établi un plan d'action européen (WHO, 2016), puis mondial avec des recommandations pour créer une société, un système, et un environnement destinés à rendre la population plus active (WHO, 2018) ; ceci en se basant sur les recommandations évoquées précédemment, mais également en adoptant des approches plus intégrées et systémiques.

2.4 Les approches intégrées et systémiques en promotion de l'AP

Les approches intégrées et systémiques sont récentes en promotion de l'AP (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020; Cavill *et al.*, 2020). Celles-ci se basent en

grande partie sur les approches socio-écologiques qui prennent en compte les déterminants de l'AP dans leur globalité ; en combinant des stratégies en amont centrées sur des actions politiques agissant sur des facteurs environnementaux, économiques, sociaux, et organisationnels avec des stratégies en aval centrées sur les individus (Sallis *et al.*, 2006; Golden *et al.*, 2015; Rutter *et al.*, 2019; Cavill *et al.*, 2020). Néanmoins, les approches intégrées et systématiques se fondent également sur des stratégies qui contextualisent les liens dynamiques entre les différents facteurs (e.g., politiques, environnementaux, sociaux, économiques etc...) et les différents acteurs pouvant être parties prenantes dans la promotion de l'AP (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020; Cavill *et al.*, 2020). L'ensemble des liens dynamiques forme un écosystème complexe qui s'intègre dans tous les secteurs et les domaines où les gens vivent, travaillent et jouent (e.g., environnement, travail, loisir, transport, éducation etc...) (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020; Cavill *et al.*, 2020). Ces approches permettent de reconnaître l'interdépendance et l'interaction de multiples influences sur l'AP afin de concevoir des stratégies plus adaptées et intégrées au contexte (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020). De plus, ces approches suggèrent que les stratégies de promotion de la santé ne doivent pas être basées sur une somme d'actions isolées ciblant différents secteurs et différents domaines, mais sur une réponse politique globale intégrant les interactions entre les acteurs impliqués et les différents facteurs (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020). Ces interactions opèrent de manière parfois subtile, et entraînent des changements pouvant se répercuter sur l'ensemble de l'écosystème.

La mise en œuvre efficace de ce type d'approche nécessite de créer ou de renforcer un leadership et une gouvernance afin de combiner des partenariats intersectoriels à tous les niveaux pour parvenir à une réponse coordonnée à l'échelle du système (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020). Par conséquent, la promotion de l'AP répond à des enjeux d'alignement, d'interdépendance et de gouvernance des politiques d'une multitudes de secteurs (Wutzke *et al.*, 2016; Rutter *et al.*, 2017; Nau *et al.*, 2019; Bellew *et al.*, 2020). Dans cette perspective, les approches systémiques et intégrées recommandent d'identifier les co-bénéfices de la promotion de l'AP dans tous les secteurs afin d'en faire des éléments centraux de la justification des stratégies et des partenariats intersectoriels (OMS, 2018; Rutter *et al.*, 2019, 2020). Par exemple, investir dans des politiques visant à promouvoir la marche, le vélo, le sport, les loisirs actifs et le jeu peut contribuer directement à la réalisation de bon nombre des objectifs de développement durable (Breda, 2018a; WHO, 2018). Ceci est un exemple de ce qui pourrait être mis en place pour intégrer l'AP dans toutes les politiques, à l'image du concept

de santé dans toutes les politiques (Puska, 2007; Ollila, 2011). Dans le plan d'action global de promotion de l'AP développé par l'OMS (2018), treize actions politiques de promotion de l'AP ont été identifiées, qui peuvent être interconnectées à des objectifs de développement durable de l'Organisation des Nations Unis. Celles-ci peuvent s'intégrer à des politiques de multiples secteurs tels que la santé, l'environnement, l'économie, l'éducation, le transport, le tourisme ou encore la justice (WHO, 2017) (figure 11).

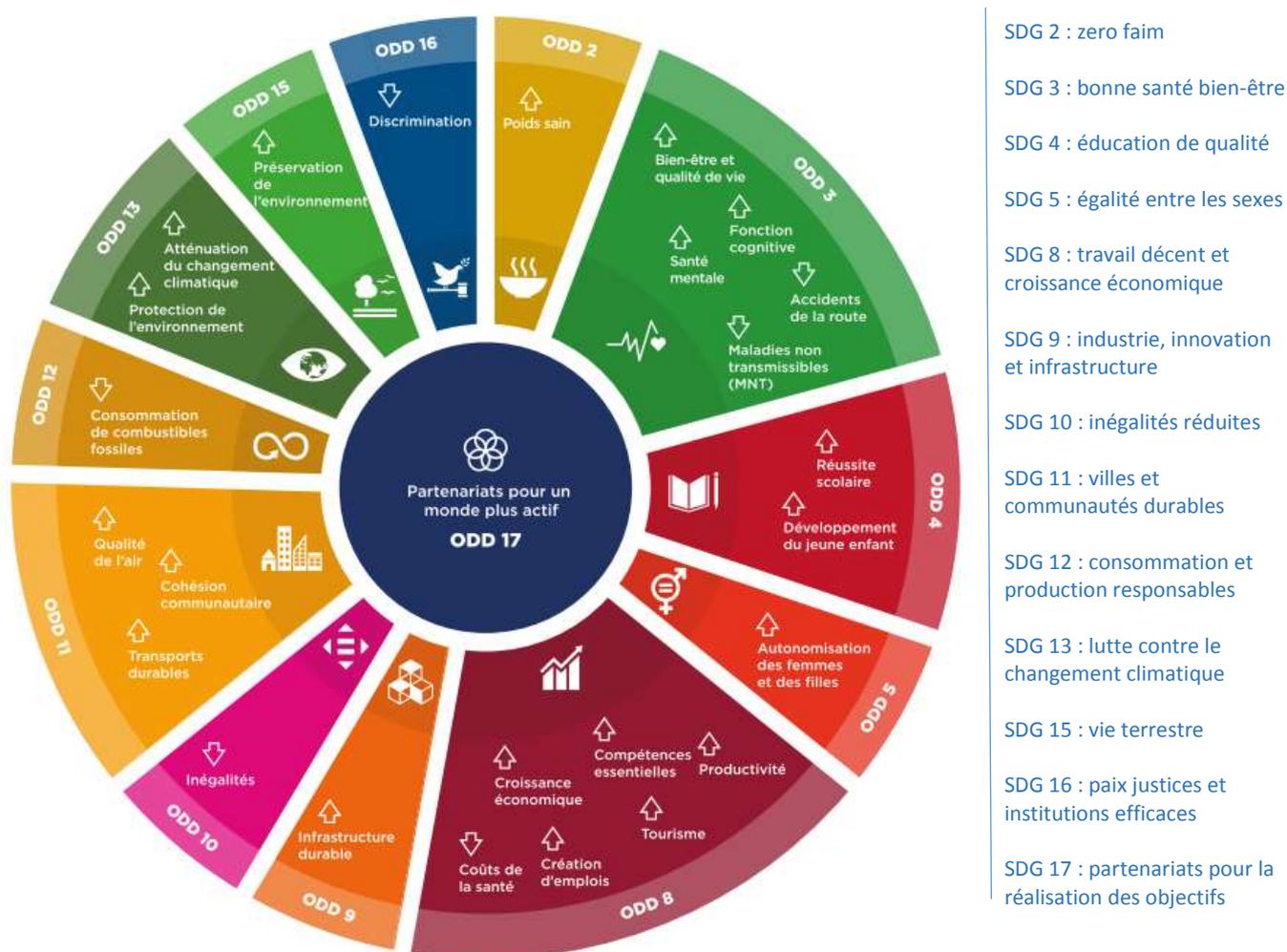


Figure 11. Co-bénéfices des actions politiques de promotion de l'AP selon les objectifs de développement durable (SDG) de l'ONU (WHO, 2018).

Ces approches systémiques et intégrées de la promotion de l'AP, développées par l'OMS au niveau international, sont encouragées à être déployées au niveau national, ainsi qu'au niveau local à l'échelle d'une ville ou d'une communauté avec les concepts de ville active (i.e., *active living*) et de ville saine (i.e., *healthy city*) (Sallis *et al.*, 2015; Cavill *et al.*, 2020). La mise en œuvre de politiques de promotion de la santé par l'AP adaptées au niveau local est essentielle pour favoriser efficacement un mode de vie physiquement actif dans les

environnements où les individus vivent, jouent, travaillent et se déplacent (Vuori et al., 1998; Matsudo *et al.*, 2004; Fleming and Jacobsen, 2010; Simonsen-Rehn *et al.*, 2012; Reis *et al.*, 2016).

2.4.1 L'exemple des communautés et des villes vies actives

Les communautés et les villes qui adoptent le concept de vie active se basent principalement sur des approches intégrées au contexte local, en se focalisant plus particulièrement sur quatre écosystèmes liés à l'environnement : les loisirs, les transports, le travail et les activités domestiques (Mihalko and Wickley, 2003; Sallis *et al.*, 2006). Les communautés et les villes qui ont adopté le concept de vie active ont mené des actions politiques intersectorielles à plusieurs niveaux ciblant l'environnement de ces quatre écosystèmes de façon à ce qu'ils favorisent durablement l'AP et qu'ils soient perçus comme attractifs, accessibles, utiles, confortables et sécurisés (figure 12) (Sallis *et al.*, 2006; Bors *et al.*, 2012; Evenson *et al.*, 2012; Kraft *et al.*, 2012). Bien que des études transversales à moyen et long terme soient encore nécessaires, des évaluations des villes ou des communautés qui ont mené des politiques vie active ont permis de démontrer l'efficacité de ce type de démarche avec une augmentation du niveau d'AP de la population (Edwards and Tsouros, 2006; Bors *et al.*, 2012; Chomitz *et al.*, 2012; Kinney *et al.*, 2012; Sallis and Green, 2012; Sallis *et al.*, 2015; Van Kann *et al.*, 2015). De plus, des co-bénéfices ont été observés sur la santé physique, mentale et sociale des individus, ainsi que sur l'économie et la durabilité de la ville ou de la communauté (Sallis *et al.*, 2015; Breda, 2018b). La littérature recense un certain nombre de leviers pour mettre en œuvre ce type de politique intersectorielle : l'adhésion et un soutien important des élus politiques de nombreux secteurs (e.g., transport, urbanisme, loisir, habitat, éducation, privé), l'adhésion et la participation de la population et des organisations de ville ou de la communauté dans le processus de décision, un leadership faisant consensus parmi tous les acteurs engagés dans cette démarche, une vision et des ressources y compris financières partagées par tous les acteurs, ou encore un projet politique inscrit dans le temps (Baker *et al.*, 2012; Brennan *et al.*, 2012; Evenson *et al.*, 2012).

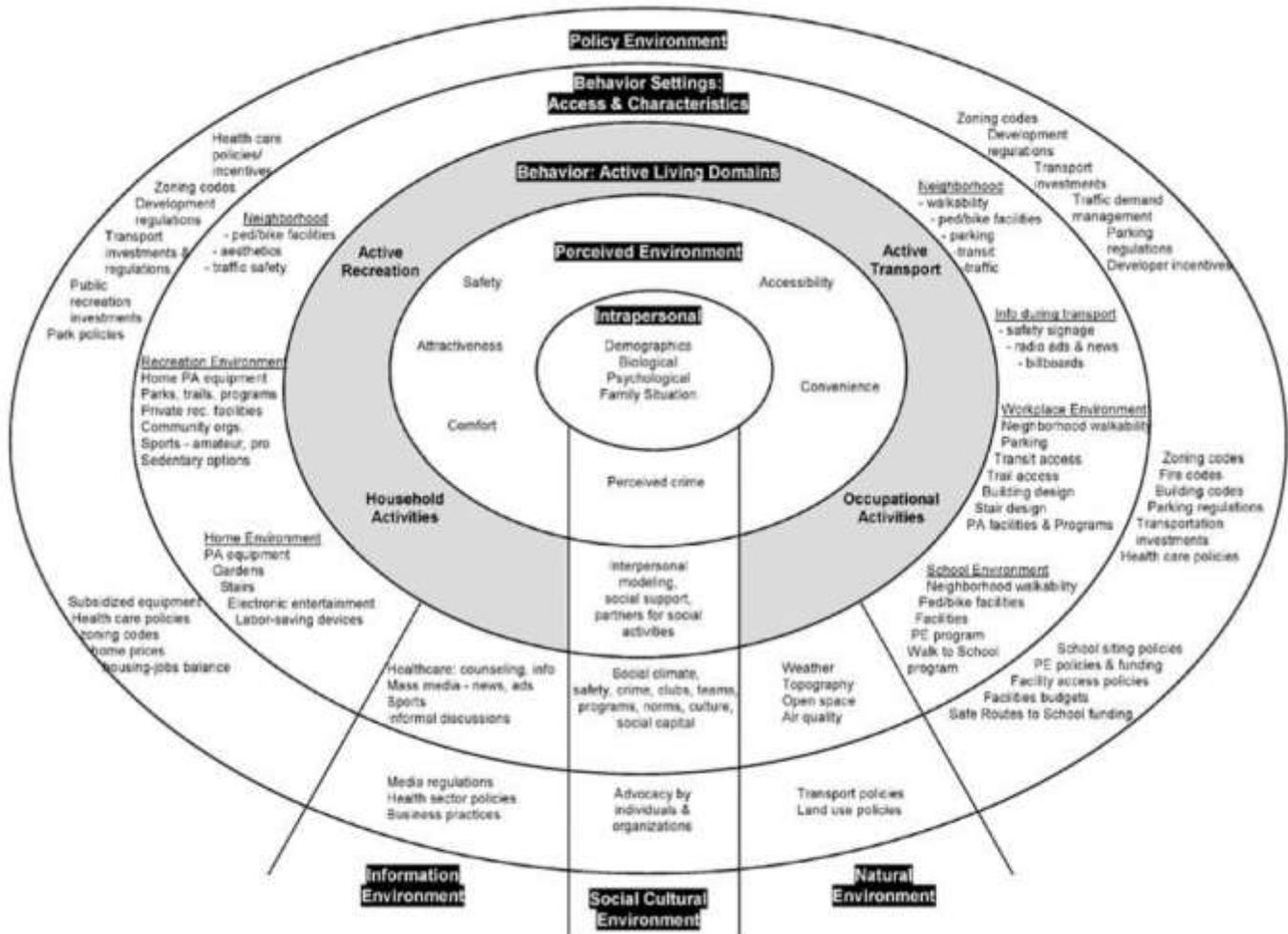


Figure 12. Modèle écologique de vie active (Sallis *et al.*, 2006)

2.4.2 L'exemple de la ville saine

La ville saine est un autre exemple concret d'approche systémique et intégrée qui s'inscrit dans un contexte local et urbain, et dont l'efficacité a été démontrée avec des bénéfices observés sur la santé de la population, dans de multiples secteurs tels que l'environnement, les transports, l'urbanisme ou encore l'économie (Kinney *et al.*, 2012; De Leeuw *et al.*, 2014; Breda, 2018b). Le concept de ville saine a été initié, testé et évalué par l'OMS sur une centaine de villes européennes à la fin des années 2000 (De Leeuw *et al.*, 2014). Le développement d'une ville saine s'inscrit dans le temps avec des objectifs de résilience, de durabilité et d'équité en matière de santé de façon à favoriser les comportements sains dont la pratique de l'AP, même en période de crise économique et sociale notamment pour les populations les plus vulnérables (De Leeuw *et al.*, 2014). Pour atteindre ces objectifs, les villes saines doivent agir sur l'ensemble des déterminants de santé, dont l'AP est un levier majeur (De Leeuw *et al.*, 2014; De Leeuw and Simos, 2017). C'est pourquoi les villes saines offrent un environnement propre,

sécurisé, attractif, et facilitant la pratique d'une AP, ainsi que l'inclusion sociale dans un écosystème stable (De Leeuw *et al.*, 2014). Par conséquent, l'urbanisme favorable à la santé joue un rôle clé dans le développement de stratégies de ville saine (Pacione, 2003; Van Kamp *et al.*, 2003; Renalds, Smith and Hale, 2010; Kinney *et al.*, 2012; De Leeuw *et al.*, 2014; Kent and Thompson, 2014; Breda, 2018b). Dans cette perspective, la participation de la population doit être importante dans tous les processus de décisions qui affectent la vie quotidienne, la santé et le bien-être (De Leeuw, 2009; De Leeuw *et al.*, 2015). Comme évoqué précédemment, ce processus peut être facilité par l'utilisation des nouvelles technologies et les sciences citoyennes (King *et al.*, 2016; Hinckson *et al.*, 2017; Van den Berge *et al.*, 2020). La littérature identifie également certaines stratégies qui favorisent la participation de la population dans le développement de la ville saine (Dooris and Heritage, 2013), comme par exemple dans le modèle de la roue de la participation de Dooris et Heritage (2013) (figure 13), Le processus de participation nécessite en amont d'informer l'ensemble de la population de manière limitée et



Figure 13. Roue de la participation selon Dooris et Heritage (2013).

minimale, mais avec des informations de haute qualité. Dans un second temps, la population doit être consultée. Bien que cette consultation devrait être limitée en terme de temps, elle doit

être véritablement axée sur les usagers et tenir compte de leurs souhaits, ainsi que de leurs problématiques. Puis vient le temps de la participation de la population dans le processus de décision sans que celui-ci ne soit trop décentralisé. L'organe consultatif doit être efficace ; et les décisions doivent être prises en partenariat avec l'ensemble des acteurs et secteurs concernés. Dans ce processus de participation, la population doit être responsabilisée en ayant un contrôle indépendant mais en le déléguant à un comité plus restreint de confiance (Dooris and Heritage, 2013).

Une ville saine ne peut favoriser les comportements favorables à la santé que si en amont tous les besoins basiques des citoyens sont satisfaits (i.e., accès à une eau et une nourriture de qualité, à un logement décent, à un travail, à des services de santé) (OMS, 1986; De Leeuw *et al.*, 2014). Le développement de villes saines ne peut se faire que si la santé est intégrée dans toutes les politiques, tout comme la promotion de l'AP (De Leeuw, 2009; De Leeuw *et al.*, 2014, 2015; De Leeuw and Simos, 2017). Par conséquent, des collaborations intersectorielles sont nécessaires au niveau local, mais également au niveau régional et national de façon à ce que l'ensemble des agendas politiques convergent vers les mêmes objectifs (i.e. résilience, durabilité et équité en santé) (De Leeuw *et al.*, 2014, 2015; De Leeuw and Simos, 2017). Le développement de villes saines requiert également un leadership important, stable dans la durée (De Leeuw, 1999).

Synthèse

L'AP est influencée par de multiples déterminants à plusieurs niveaux. Promouvoir l'AP de façon durable nécessite de combiner et de coordonner des stratégies en amont centrées sur des actions politiques agissant sur des facteurs environnementaux, économiques, sociaux et organisationnels, avec des stratégies en aval centrées sur les individus. Pour maximiser l'efficacité de ces stratégies, il est nécessaire de les intégrer dans des écosystèmes locaux, tout en bénéficiant de l'appui de politiques nationales. Les collaborations intersectorielles coordonnées sont essentielles pour mettre en œuvre ces types d'approches. La mise en avant des co-bénéfices de l'AP dans de nombreux secteurs permet de faciliter les collaborations entre ces différents secteurs.

3 Politiques de promotion de la santé par l'activité physique

Les parties précédentes ont mis en évidence le rôle clé du levier politique dans les stratégies de promotion de la santé par l'AP. Cette dernière partie a pour objectif de faire état de l'avancée de la littérature sur les politiques de promotion de la santé par l'AP, de présenter les cadres de recherche, d'analyse et d'évaluation en promotion de la santé utilisés pour analyser ces politiques, et de présenter les principales théories en sciences politiques pouvant être intéressantes à appliquer.

3.1 Définition

Dans le domaine de la promotion de la santé par l'AP, la notion de politique n'est pas toujours définie et ne fait pas toujours consensus, les définitions peuvent varier d'une étude à une autre (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018). D'après une revue exploratoire de la littérature menée par Klepac Pogrmilovic *et al.* (2018) portant sur les 163 études sur des politiques nationales de promotion de la santé par l'AP, seules 13% définissaient de manière explicite la notion de politique. D'après Schmid *et al.*, (2006), la politique fournit une structure d'organisation et des conseils pour le comportement collectif et individuel. Elle peut être définie comme une action législative ou réglementaire prise par les gouvernements fédéraux, étatiques, municipaux ou locaux, des agences gouvernementales ou des organisations non gouvernementales telles que des écoles ou des sociétés. La politique comprend des règles formelles et informelles et des normes de conception qui peuvent être explicites ou implicites. Pouvant inclure tous types de politiques de par son aspect formel ou informel, cette définition a été utilisée dans de nombreuses études (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018). Cependant, des chercheurs ont délibérément opté pour une définition plus restreinte, afin d'identifier les politiques plus facilement et de les observer de manière plus objective, ainsi ils ont défini la politique comme un document écrit qui contient des priorités, définit des buts et des objectifs, et généralement l'administration publique (Bull *et al.*, 2014; WHO, 2015). De plus, la plupart des études ont des objectifs différents, ainsi certaines définitions sont peut-être plus appropriées par rapport au design de l'étude. Par exemple, si l'étude des politiques est basée sur une analyse documentaire, les auteurs vont principalement définir la politique de manière formelle. Néanmoins, dans le cadre de cette thèse la principale définition retenue sera celle de Klepac Pogrmilovic *et al.* (2019) qui intègre l'AP et renvoie à une acceptation de la notion de la politique à la fois large et inclusive. Ainsi selon ces auteurs, les politiques de promotion de la santé par l'AP peuvent être composées de politiques écrites formelles, de déclarations formelles

non écrites, de normes et de directives écrites, ou encore de procédures formelles et informelles (ou leur absence) pouvant affecter directement ou indirectement l'AP au niveau de la communauté ou de la population (Klepac Pogrmilovic et al., 2019). Cette définition permet d'analyser tous les types et tous les aspects des politiques de promotion de l'AP.

3.2 Etat d'avancement des connaissances sur les politiques de promotion de la santé par l'AP

D'après une revue de la littérature de Varela *et al.* (2018) sur l'histoire du développement de la recherche sur l'AP et la santé, les études portant sur les politiques ont commencé à émerger dans les années 1990. Néanmoins, les travaux scientifiques sur les politiques restent peu nombreux (environ 16% des publications scientifiques dans le domaine entre 1950 et 2015) ; et les données probantes sont encore rares au regard de l'impact substantiel qu'elles peuvent avoir sur la santé de la population (Brownson and Jones, 2009; Varela *et al.*, 2018; Ding *et al.*, 2020). La majorité des travaux se concentre sur les interventions en aval, c'est-à-dire centrées sur les individus (Varela *et al.*, 2018; Ding *et al.*, 2020). Bien que les approches en amont, centrées sur les politiques, aient montré leur efficacité pour accroître le niveau d'AP de la population (Reis *et al.*, 2016; Ding *et al.*, 2020; Pratt *et al.*, 2020), il reste nécessaire de mieux comprendre comment et pourquoi les politiques sont mises en œuvre (Dunton *et al.*, 2010; Ding *et al.*, 2020; Pratt *et al.*, 2020). L'analyse du développement des politiques et de l'ensemble de leurs processus (i.e., décision, conception, mise en œuvre et maintenant) permettrait de mieux guider les décideurs dans leurs stratégies de promotion de la santé par l'AP (Bernier and Clavier, 2011; Rütten *et al.*, 2013; De Leeuw, *et al.*, 2014; Reis *et al.*, 2016; Manteiga *et al.*, 2017; Gelius and Rutten, 2018).

Actuellement la majorité des études sur les politiques de promotion de la santé par l'AP portent sur le niveau national (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018). Une partie de ces études a pour objectif de présenter des informations sur la surveillance, les recommandations en matière d'AP, ainsi que sur le développement des politiques nationales de promotion de santé par l'AP en Europe (Daugbjerg *et al.*, 2009; Christiansen, Kahlmeier and Racioppi, 2014; Bull *et al.*, 2015; Kahlmeier *et al.*, 2015; Breda *et al.*, 2018a) et dans le monde entier (Varela *et al.*, 2018). La surveillance de l'AP incluant des indicateurs politiques permet de disposer de données afin d'évaluer le développement de la promotion de la santé par l'AP (Ding *et al.*, 2020). Selon une enquête de l'Observatoire Mondial de l'AP portant sur 139 pays, 69 (49.6%) ont une politique nationale de prévention des maladies chroniques non transmissibles, dont 37 (26.6%) ont un

politique spécifique à la promotion de santé par l'AP (Varela *et al.*, 2017). En Europe, la plupart des pays, y compris la France ont développé des politiques de promotion de la santé par l'AP (Kahlmeier *et al.*, 2015; Prévot-Ledrich *et al.*, 2016; Breda *et al.*, 2018a; Van Hoye *et al.*, 2019). Les résultats des études sur l'analyse des politiques nationales en Europe montrent que les mécanismes de collaborations intersectorielles nécessitent d'être renforcés afin d'améliorer l'efficacité des politiques de promotion de la santé par l'AP (Bull *et al.*, 2015; Breda *et al.*, 2018a). Dans cette même perspective, ces politiques devraient s'intégrer de manière plus importante dans les secteurs liés à l'environnement (e.g., urbanisme, transport etc.) de façon à favoriser les déplacements et les loisirs actifs (Breda *et al.*, 2018b). En France, les données de Prévot-Ledrich *et al.* (2016) montrent que les politiques de promotion de la santé par l'AP sont principalement impulsées par le secteur du sport et de la santé, et du développement durable. Néanmoins, comme la plupart des pays européens, la France ne s'appuie pas sur des mécanismes puissants de collaboration et de coordination intersectorielle pour mener une politique globale de promotion de la santé par l'AP (Kahlmeier *et al.*, 2015; Prévot-Ledrich *et al.*, 2016; Van Hoye *et al.*, 2019).

D'après les données de la littérature, il n'est pas évident de savoir si ces politiques nationales de promotion de la santé par l'AP se traduisent par des changements de comportements en faveur d'un mode vie physiquement plus actif (Sallis *et al.* 2016). Les politiques nationales doivent être soutenues par les gouvernements locaux pour offrir de réelles opportunités d'AP (Bull *et al.*, 2015; Breda *et al.*, 2018). L'ensemble des études qui analysent les politiques nationales de promotion de la santé par l'AP en Europe montre que leur mise en œuvre est déléguée au niveau régional ou local (e.g., villes) (Bull *et al.*, 2015; Prévot-Ledrich *et al.*, 2016; Breda *et al.*, 2018a). Les gouvernements locaux ont un rôle clé à jouer dans la mise en œuvre de stratégies efficaces afin de promouvoir la santé par l'AP (Wilkinson, 2006; Bull, 2018; WHO, 2016; WHO, 2018); ceci en utilisant diverses ressources et de multiples secteurs dans des contextes intégrés (Reis *et al.* 2016). Toutefois, à l'heure actuelle, les données probantes manquent encore pour informer et accompagner les décideurs locaux dans le processus de développement des politiques de promotion de la santé par l'AP (Bull, 2018). Les interventions politiques dans le domaine doivent être adoptées en prenant en compte les contextes locaux afin d'en maximiser l'efficacité (Milat *et al.*, 2012; Reis, 2016). Ainsi l'évaluation et l'analyse du développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP dans différents contextes constituent désormais une des priorités de recherche (Ding *et al.*, 2020; Pratt *et al.*, 2020). Ce type de travail doit permettre de réduire l'écart de connaissances entre la recherche, la politique et la pratique dans le domaine (Brownson and Jones, 2009; Milat *et al.*, 2013; Paez *et al.*, 2015; Ding *et al.*, 2020; Pratt *et al.*,

2020). L'utilisation de cadres théoriques ou conceptuels permettrait une meilleure compréhension du processus de développement des politiques (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018, 2019). D'après une revue exploratoire de la littérature sur 163 études portant sur les politiques nationales de promotion de la santé par l'AP, seules 15 % utilisaient des cadres théoriques ou conceptuels ; la majorité des études étant plutôt descriptives (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018).

3.3 Cadres de recherche, d'évaluation et outil d'analyse des politiques en promotion de la santé

3.3.1 Le RE-AIM framework

Dans le champ de la promotion de la santé, plusieurs cadres de recherche, d'évaluation et d'analyse ont été utilisés pour analyser les politiques de promotion de l'AP. Le RE-AIM (i.e., Reach Effectiveness Adaption Implementation Maintenance) est un cadre d'évaluation qui permet d'analyser l'impact d'une politique de promotion de la santé au travers de cinq dimensions avec une validité interne et externe (figure 14) (Glasgow *et al.*, 1999 ; Jilcott *et al.*, 2007). Ce cadre utilise ainsi une méthode mixte avec le recueil de données qualitatives et quantitatives aux niveaux individuel

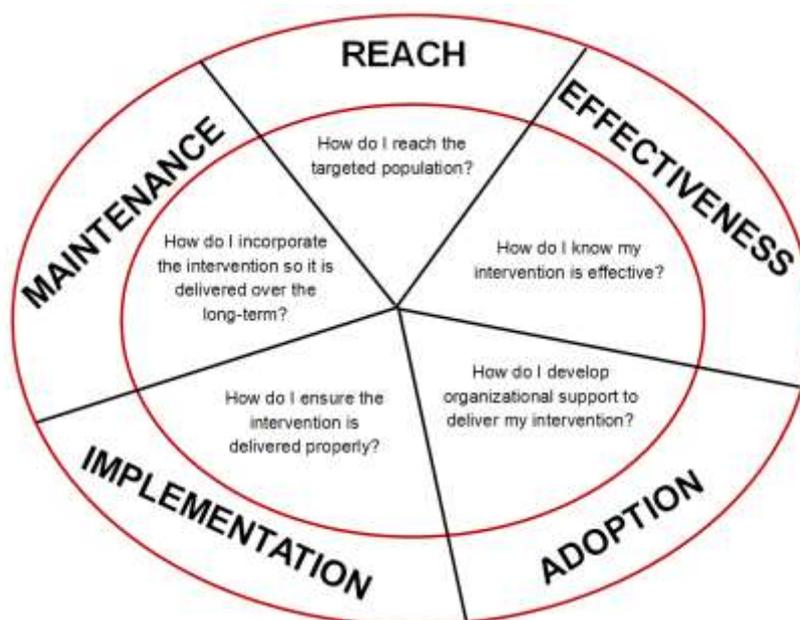


Figure 14. Modèle RE-AIM de Glasgow *et al* (1999) (RE-AIM.org).

et organisationnel. La première dimension concerne la portée de la politique de promotion de la santé (i.e., *Reach*). Des données sur le nombre de personnes ciblées et touchées sont collectées, ainsi que des données sur les caractéristiques et la représentativité des individus par

rapport à la population (Glasgow *et al.*, 1999). La deuxième dimension porte sur l'efficacité de la politique (i.e., *effectiveness*). Elle permet d'évaluer de nombreuses variables telles que la santé des individus, leur qualité de vie ou encore l'impact médico-économique (Glasgow *et al.*, 1999). Les dimensions mise en œuvre (i.e., *implementation*) et adoption (i.e., *adoption*) permettent quant à elles d'évaluer de manière concrète l'aspect organisationnel de la politique. La dimension adoption recueille l'ensemble des données sur l'implication des acteurs et, ou des services engagés dans la mise en œuvre et au soutien de la politique implémentée (Glasgow *et al.*, 1999). Des données sont également collectées sur la façon dont la politique a été mise en œuvre par rapport au projet initial (e.g., temps, coût, ressources humaines, adaptations etc.) (Glasgow *et al.*, 1999). Dans un deuxième temps, des données sur la maintien de l'impact de la politique sur les plans individuel (i.e., population ciblée) et organisationnel (i.e., personnels mobilisés et acteurs impliqués) sont recueillies (Glasgow *et al.*, 1999). L'ensemble de ces données permet de réaliser une analyse globale permettant de produire des données probantes dans une perspective de recherche translationnelle (Glasgow *et al.*, 2019). Ce cadre a été utilisé dans plusieurs études portant sur l'évaluation des politiques de promotion de la santé par l'AP (Van Acker *et al.*, 2011; Stoutenberg *et al.*, 2018; Benedetti *et al.*, 2020). Les résultats de ces études ont permis d'identifier un certain nombre de politiques qui favorisent la pratique d'une AP pouvant être diffusées et adaptées dans d'autres contextes comme celui de l'intégration d'un programme d'AP dans des centres de santé (Benedetti *et al.*, 2020), ou l'intégration d'un système d'orientation de l'AP dans le système de soin (Stoutenberg *et al.*, 2018). Le RE-AIM permet d'analyser en profondeur l'impact d'une politique. Cependant, ce cadre nécessite un temps de recherche long, et parfois des ressources humaines conséquentes pour recueillir les données dans le cas d'une politique de promotion de la santé par l'AP qui a ciblé de nombreuses personnes pendant plusieurs années.

3.3.2 Le cadre de recherche sur les politiques d'activité physique

Le cadre de recherche sur les politiques d'activité physique (i.e. *physical activity policy research framework*) a été un des premiers cadres de recherche développés spécifiquement pour l'analyse des politiques de promotion de la santé par l'AP (Schmid *et al.*, 2006). Les politiques sont analysées au travers de trois grandes dimensions (figure 15). Sur l'axe vertical, quatre principaux aspects d'une politique sont distingués : le type de politique (i.e., lois, plans, interventions...), les déterminants de la politique, le développement et son implémentation, ainsi que ses résultats. Les politiques peuvent s'appliquer dans plusieurs types de contextes qui

sont représentés au travers de la dimension de l'échelle (du local à l'international) et de la dimension secteurs (e.g., la santé, les transports, l'éducation, l'urbanisme ...). Ces deux dimensions contextuelles sont interreliées avec tous les aspects de la politique, en particulier le contexte qui influence le type de politique, ses déterminants son implémentation et son impact (Schmid *et al.*, 2006).

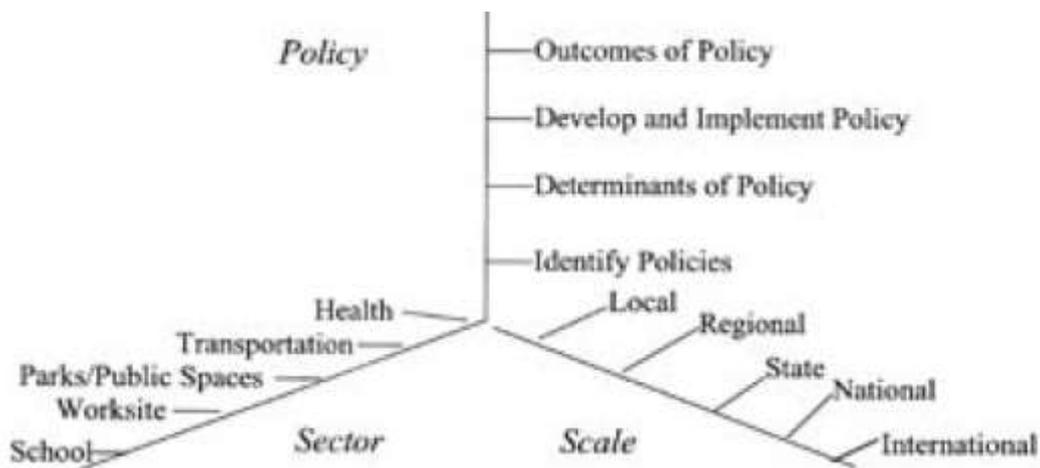


Figure 15. Cadre de recherche sur les politiques de promotion de la santé par l'AP (Schmid *et al.*, 2006).

Le cadre de Schmid *et al.* (2006), a été utilisé dans une trentaine de publications scientifiques (Manteiga *et al.*, 2017). La plupart des politiques utilisant ce cadre ont porté sur les déterminants ou le développement et la mise en œuvre de politique au niveau national ou infranational (i.e., état fédéral ou région) (Manteiga *et al.*, 2017). Ces études ont permis de mettre en évidence que les politiques de promotion de la santé par l'AP ne peuvent pas véritablement être mises en œuvre sans l'implication et la coordination d'acteurs au niveau local. De plus, Manteiga *et al.* (2017) ont souligné le fait que très peu d'études ont été menées sur les résultats d'une politique. Bien que le cadre conceptuel de Schmid *et al.* (2006) ait permis de contribuer au développement de la recherche dans le domaine, il ne permet pas toujours d'analyser toutes les composantes d'une politique, ni ses interactions avec de multiples facteurs contextuels qui ne se limitent pas à une échelle ou à plusieurs secteurs. Par exemple, le réseau d'acteurs impliqués dans la promotion de la santé par l'AP semble être un élément important à analyser (Spitters *et al.*, 2017).

3.3.3 *Le HEPA PAT*

L'outil d'audit des politiques de promotion de l'AP bénéfique pour la santé (i.e., *Health Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool – HEPA PAT*) a été développé en 2014 et en 2015 (version 2) par l'OMS (Bull *et al.*, 2014; WHO, 2015). Cet outil a pour objectifs de collecter et de compiler des données relatives aux politiques nationales (e.g., contexte, contenu et mise en œuvre) afin d'évaluer les progrès dans la promotion de l'AP au travers des politiques nationales (Bull *et al.*, 2014). Le PAT permet également d'évaluer le degré de collaborations intersectorielles et d'identifier les freins ou les leviers au développement de ces politiques (Bull *et al.*, 2014). Le PAT est structuré sous forme de questions et réponses correspondant à 28 items catégorisés en 11 sections (WHO, 2015). L'ensemble des items sont adressés aux informateurs clés impliqués dans les politiques nationales de différents secteurs afin de collecter, sous forme d'entretien, une partie des données pour compléter le PAT (WHO, 2015). Des données sont également collectées par le recueil de documents écrits décrivant explicitement la politique (WHO, 2015). Ce processus et cet outil ont été utilisés dans plusieurs pays européens (Bull *et al.*, 2015; Kahlmeier *et al.*, 2017) dont la France (Prévot-Ledrich *et al.*, 2016), ainsi que des pays de la méditerranée orientale (WHO, 2014). L'utilisation de l'outil a permis de fournir une meilleure compréhension de l'état du développement des politiques de promotion de la santé par l'AP, et il a permis d'identifier quelques éléments clés afin d'améliorer et de favoriser leurs développements (Bull *et al.*, 2015; Kahlmeier *et al.*, 2017). Néanmoins, l'utilisation complète de l'outil et son analyse nécessite du temps, entre 3 et 6 mois (Bull *et al.*, 2015). Par conséquent, le développement de ces politiques peut avoir évolué entretemps, ce qui constitue une limite de cet outil qui fournit un panorama des politiques à un moment donné et non dans le temps. Dans ce cas, utiliser le PAT en amont et en aval d'une période donnée assez longue pourrait donner des informations plus précises sur l'évolution du développement de politiques de promotion de santé par l'AP. La mise en œuvre concrète de ces politiques ne peut pas toujours être analysée à partir de cet outil car leur implémentation dépend souvent du niveau local (Bull *et al.*, 2015; Prévot-Ledrich *et al.*, 2016; Kahlmeier *et al.*, 2017). Par conséquent, l'utilisation d'un outil d'analyse des politiques locales pourrait être complémentaire au PAT.

3.3.4 *Le CAPPA framework*

Le cadre CAPPA (i.e., *Comprehensive Analysis of Policy on Physical Activity (CAPPA) framework*) est un cadre d'analyse des politiques qui a récemment été développé par Klepac Pogrnilovic *et al.* (2019) (figure 16). Le CAPPA est composé de 38 items structurés en 6

catégories : le but de l'analyse (e.g., audit, évaluation ...); le niveau où est développée la politique (i.e., du local à l'international); les secteurs impliqués dans la politique; le type de politique (e.g., déclaration, stratégies écrites, normes, politique informelle etc.); le niveau de développement de la politique (i.e., de la mise à l'agenda à sa conclusion); et la portée de l'analyse (y compris la disponibilité, le contexte, les processus, les acteurs, la volonté politique, le contenu et les effets) (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2019). Ce cadre semble permettre une analyse approfondie des politiques de promotion de la santé par l'AP, mais sa publication récente n'offre pas le recul nécessaire à son évaluation.

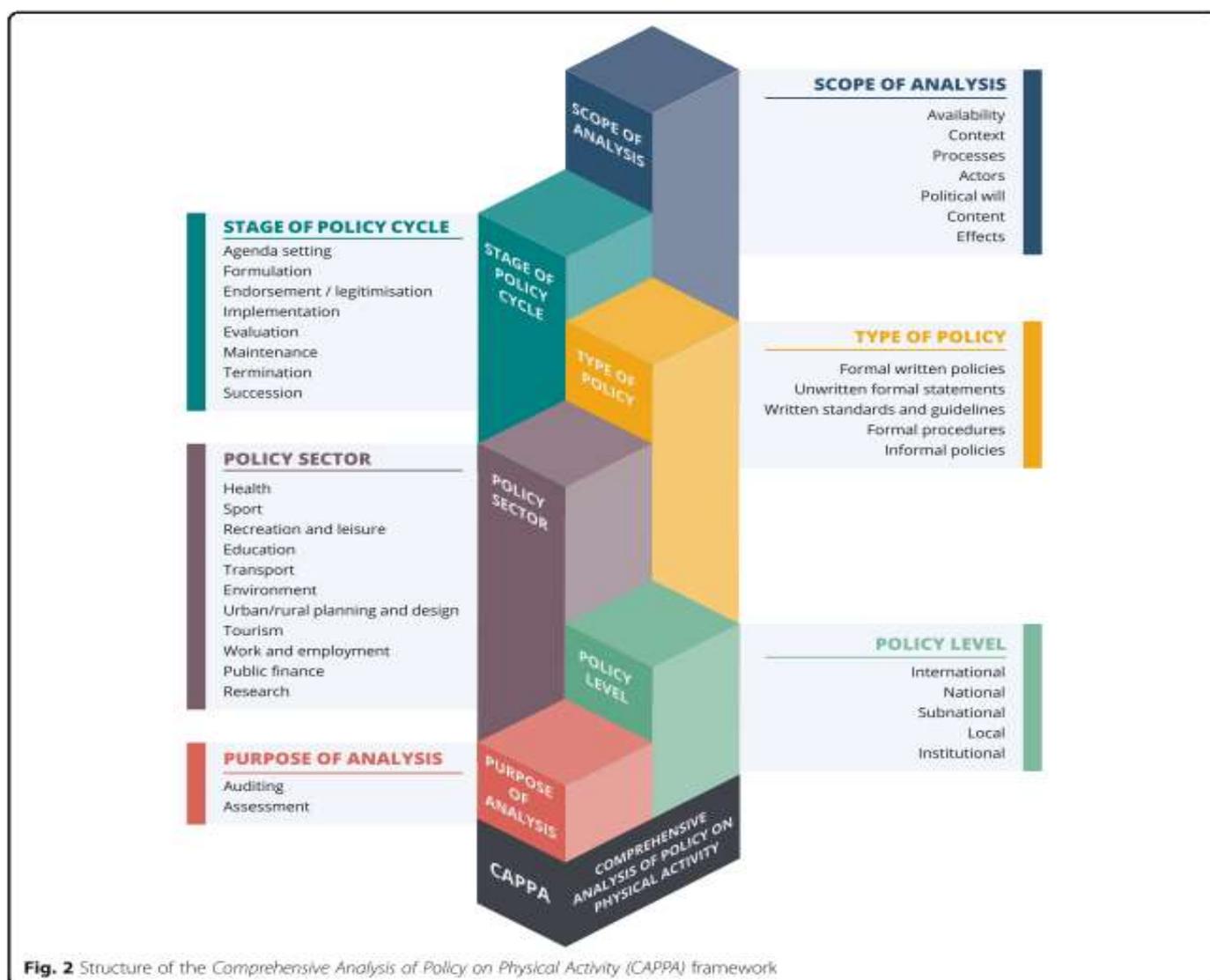


Figure 16. Structure du CAPP framework (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2019).

3.4 L'apport des sciences politiques dans l'analyse des politiques de promotion de la santé par l'activité physique

Cette dernière décennie, un nombre croissant d'études a démontré l'importance des politiques publiques en promotion de la santé et plus particulièrement pour encourager de manière durable la population à pratiquer une AP (Reis *et al.*, 2016; Varela *et al.*, 2018; Ding *et al.*, 2020). Toutefois, malgré la disponibilité de données probantes, cela ne suffit pas toujours à convaincre les décideurs à développer des politiques en ce sens (Gagnon *et al.*, 2017). De plus, la littérature manque encore de données solides sur la façon d'implémenter aux mieux ces politiques dans différents contextes et écosystèmes (Dunton *et al.*, 2010; Ding *et al.*, 2020; Pratt *et al.*, 2020). Analyser l'ensemble du processus de développement des politiques permettrait de produire des données probantes afin de mieux guider les décideurs (Bernier and Clavier, 2011; Rütten *et al.*, 2013; De Leeuw *et al.*, 2014; Reis *et al.*, 2016; Manteiga *et al.*, 2017; Gelius and Rutten, 2018). C'est pourquoi, les travaux de recherche sur les politiques doivent passer du quoi au comment (Brownson et Jones, 2009). Certains auteurs suggèrent que les théories issues des sciences politiques pourraient améliorer la compréhension du comment en analysant les processus de changement de politique au fil du temps et pas seulement le contenu actuel de la politique (Bernier et Clavier, 2011; De Leeuw *et al.*, 2014). Un certain nombre de variables influenceraient le développement des politiques (Dunton *et al.*, 2010). Celles-ci pourraient être identifiées et expliquées par les sciences politiques (De Leeuw *et al.*, 2014). Cependant pour le moment, les sciences politiques ont peu investigué le champ de la promotion de la santé (Breton and De Leeuw, 2011). Il existe également peu d'études utilisant les sciences politiques pour analyser les politiques de promotion de la santé par l'AP (Pratt *et al.*, 2016; Piggan and Hart, 2017; Rütten *et al.*, 2018). Dans ces études, les auteurs ont utilisé la théorie des flux multiples (i.e., *the Multiple Streams*, Kingdon, 1995). Cette théorie permet d'expliquer (1) pourquoi certaines problématiques s'inscrivent concrètement dans l'agenda politique en fonction des dynamiques contextuelles et politiques, et (2) comment une ouverture politique (i.e., *policy window*) peut conduire à une opportunité de changement de politique. Kingdon (1995) distingue trois flux : le flux du problème, le flux de la solution et le flux de la politique. Lorsque ces flux se rejoignent, une ouverture politique offre la possibilité de modifier la politique (figure 17). Cependant, une des limites principales de cette théorie est qu'elle se concentre exclusivement sur un seul stade de développement d'une politique qui est l'inscription dans l'agenda politique d'une problématique (Howlett *et al.*, 2015). Or, selon les théories des cycles politiques (i.e., *policy cycles*, Howlett *et al.*, 2009), il est nécessaire d'analyser l'ensemble des stades de

développement pour appréhender la politique dans sa complexité. Howlett *et al* (2009) ont identifié cinq étapes principales du cycle politique : établissement de l'agenda, formulation de la politique, décision politique, mise en œuvre de la politique, évaluation de la politique. Néanmoins, ce modèle reste descriptif. De plus, il ne permet pas non plus d'expliquer comment sont

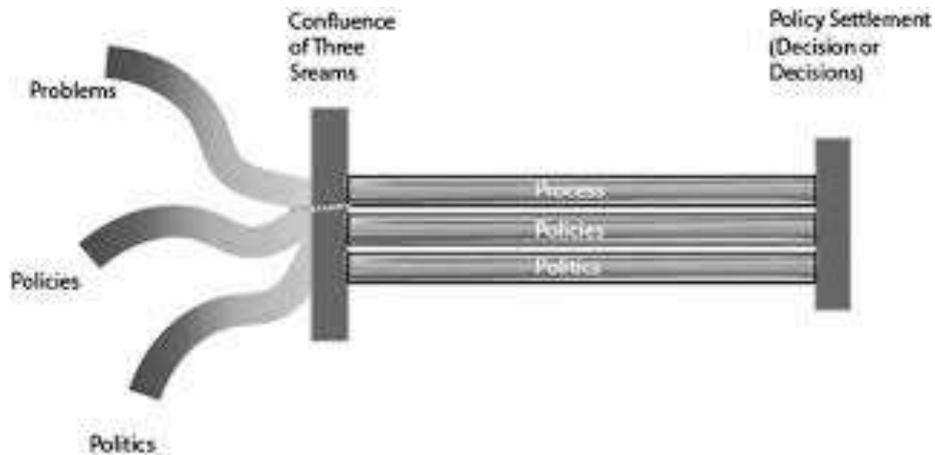


Figure 17. Modèle Multiple Streams de Kingdon selon (Howlett *et al*, 2015).

sont guidés les choix politiques effectués à chacun des stades de développement. De même, ce modèle ne permet pas d'expliquer comment la politique se développe d'un stade à un autre. Les sciences politiques ont développé des théories pour répondre à ces problématiques. Par exemple, la théorie du choix institutionnel rationnel (*i.e.*, *institutional rational choice*, Ostrom, 1991) soutient que les institutions font des choix rationnels pour maximiser la réalisation de leurs objectifs. Selon cet auteur, il existe trois catégories principales de facteurs qui influencent le choix de l'institution : les conditions physiques et matérielles, les caractéristiques de la communauté, ainsi que les règles et le système politique. Cette théorie peut permettre d'expliquer comment sont guidés certains choix de décideurs politiques pour mettre en œuvre une politique, une fois que la décision est effectuée. La littérature en sciences politiques recense également deux autres théories pour expliquer les changements politiques. La théorie de l'équilibre ponctué (*i.e.* *punctuated equilibrium theory*, Baumgartner and Jones, 1993) suggère que l'élaboration des politiques se caractérise par de longues périodes de stabilité (équilibre) avec des changements de politique mineurs, ponctués de brèves périodes de changements majeurs. Selon Baumgartner et Jones (1993), le processus de changement est ancré dans un système complexe et dépend de l'image politique de l'opinion publique et de l'implication d'un ensemble de parties prenantes dans une problématique particulière. Weible et Sabatier (2007)

ont également développé une théorie pour expliquer les changements politiques. Celle-ci suppose que la décision politique conduisant à un changement de politique est ancrée dans le système politique par l'interaction des coalitions de plaidoyer entre différents acteurs. Un fort alignement des coalitions de plaidoyer au fil du temps est nécessaire pour conduire à un changement de politique. En sciences politiques, la notion de plaidoyer (i.e., *advocacy*) est particulièrement importante (Fenger and Klok, 2001). Les actions de plaidoyer peuvent viser directement les décideurs afin d'influencer leurs politiques, ou elles peuvent être indirectement appliquées afin de mobiliser un soutien, un engagement ou une pression politique par le biais d'autres parties prenantes pour un objectif particulier (WHO, 1995; Shilton *et al.*, 2013). L'influence politique est souvent obtenue grâce à une combinaison de moyens tels que les médias, la coalition d'acteurs, ou encore la mobilisation des citoyens ou de politiciens (Shilton *et al.*, 2013). Le plaidoyer constitue ainsi un moyen important pour favoriser la mise à l'agenda politique de la promotion de la santé par l'activité physique lorsque celle-ci n'est pas une priorité politique (Shilton, 2006; Shilton *et al.*, 2013).

A ce jour, à l'exception de quelques rares études qui utilisent la théorie des flux multiples pour analyser les politiques de promotion de la santé par l'AP (Pratt *et al.*, 2016; Piggan and Hart, 2017; Rütten *et al.*, 2018), l'ensemble des théories issues des sciences politiques citées dans cette partie n'ont été pas encore utilisées dans le champ de de promotion de la santé par l'AP. C'est pourquoi les théories issues des sciences politiques peuvent ouvrir de nouvelles perspectives de recherche dans le domaine.

Synthèse

Les politiques peuvent être définies de manière multiples et complexes. Les études portant sur les politiques de promotion de la santé par l'AP sont récentes. La recherche dans le domaine s'est essentiellement focalisée sur l'analyse des politiques nationales. Or, les données issues de ces études ont souligné l'importance du niveau local pour les mettre en œuvre. Par conséquent, la littérature ne dispose pas encore de suffisamment de données probantes pour accompagner les décideurs dans le développement de leurs politiques au sein de leurs écosystèmes complexes. Selon certains chercheurs, les théories en science politique pourraient éclairer la compréhension des processus de développement des politiques.

Synthèse générale et questions de recherches

Dans ce premier chapitre, le cadre théorique présenté permet de constater que les politiques publiques peuvent conditionner de nombreux déterminants de la santé dont l'AP (Graham, 2004, 2009; Marmot *et al.*, 2008, 2012; Deeming, 2013). Les approches de promotion de la santé par l'AP qui placent les politiques au centre des stratégies permettent d'agir structurellement et durablement sur les environnements dans lesquels individus vivent, travaillent, se déplacent et se divertissent, facilitant ainsi les choix favorables à la pratique d'une AP au quotidien (Lieberman *et al.*, 2013; Allegrante, 2015; Golden *et al.*, 2015). Les politiques peuvent être définies de manières multiples et peuvent être plus ou moins complexes. Ainsi, pour que les politiques de promotion de la santé par l'AP soient efficaces, il est nécessaire qu'elles soient développées en s'intégrant dans des écosystèmes locaux de façon systémique et intersectorielle (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; De Leeuw *et al.*, 2014, 2015; WHO, 2018). Toutefois, les données probantes sur le sujet, issues de données empiriques sont encore peu nombreuses (Bull, 2018; Ding *et al.*, 2020; Pratt *et al.*, 2020). Le domaine de recherche étant récent (Varela *et al.*, 2018). Pour le moment, la littérature s'est principalement focalisée sur l'analyse des politiques nationales. Paradoxalement, les données issues de ces études ont souligné l'importance du niveau local pour les mettre en œuvre (Bull *et al.*, 2015; Prévot-Ledrich *et al.*, 2016; Breda *et al.*, 2018a). La première partie de ce manuscrit de thèse met ainsi en évidence le manque de connaissances sur le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP.

Au regard de cet état des connaissances scientifiques, ce travail doctoral défend la **thèse selon laquelle il existe un certain nombre de facteurs, ainsi que des processus, qui influencent et conditionnent le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP**. L'identification et la compréhension de ces facteurs et de ces processus permettraient de favoriser leur développement et leur efficacité en tenant compte des spécificités des contextes locaux.

Dans cette perspective, ce travail doctoral s'intéresse plus particulièrement au contexte territorial azuréen, localisé dans le sud-est de la France (i.e., littoral des Alpes-Maritimes et du Var) et vise à contribuer au développement des connaissances actuelles en répondant aux cinq questions suivantes :

1. Comment les politiques locales de promotion de la santé par l'AP sont-elles actuellement rapportées et étudiées dans la littérature scientifique ?

2. Comment collecter des données sur les politiques de promotion de la santé par l'AP au niveau local ?
3. Quelles sont les politiques locales de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen ?
4. Quels sont les leviers et les barrières au développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen ?
5. Comment les sciences politiques pourraient-elles être utilisées pour mieux comprendre le développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP ?

CHAPITRE 2 : CONTRIBUTIONS PERSONNELLES

L'ensemble du travail réalisé dans le cadre de cette thèse a donné lieu à cinq productions scientifiques dont trois ont été publiées dans des revues internationales à comité de lecture et deux vont être soumises à des revues pour publication. Ces productions scientifiques ont été réalisées suite à des travaux de recherche investiguant les axes décrits dans le schéma ci-dessous (figure 18) :

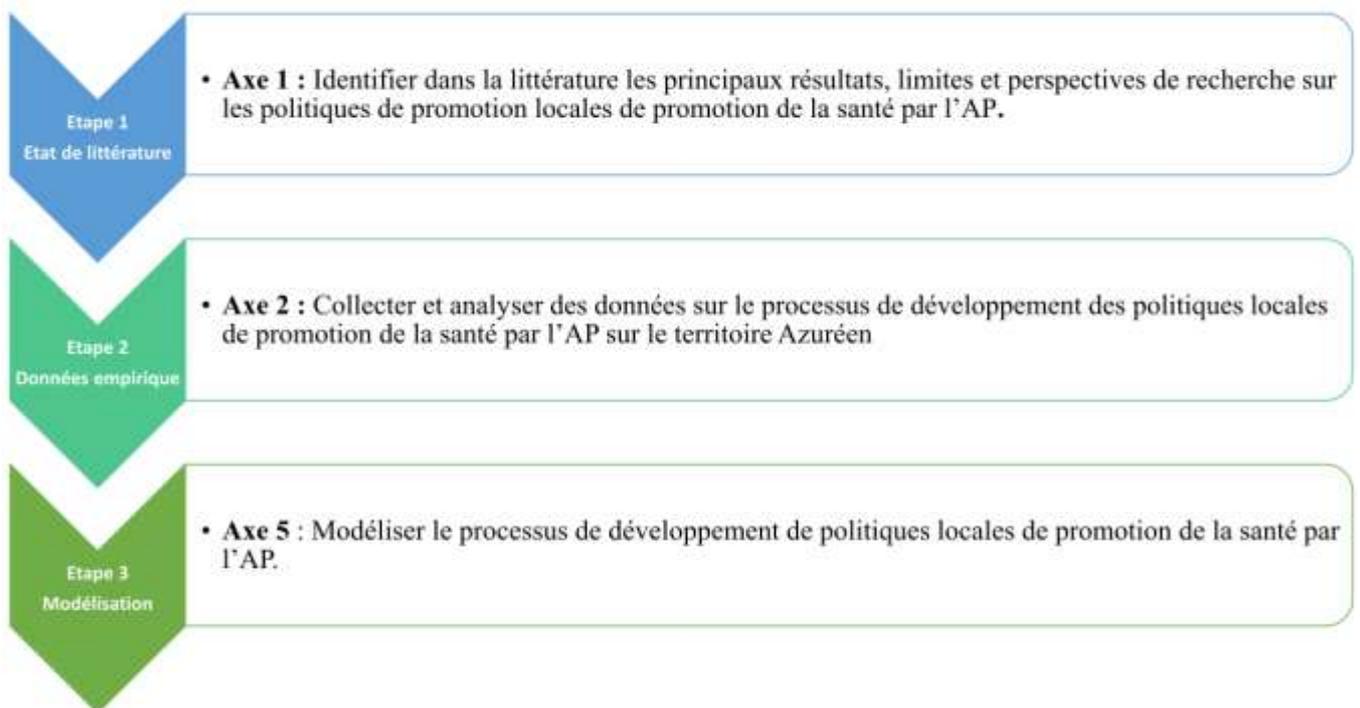


Figure 18. Schéma illustrant les étapes et les axes de recherche de ce travail doctoral.

La première partie de ce travail doctoral avait pour objectif de fournir un aperçu de la littérature émergente dans le domaine afin de guider l'ensemble des travaux de recherche (i.e., étude 1). A partir de ce travail, la deuxième partie de la thèse avait pour objectifs de collecter et d'analyser des données empiriques sur le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen (i.e., études 2, 3 et 4). La troisième partie de la thèse avait pour objectif d'utiliser des données empiriques des précédant travaux (i.e. études 3 et 4), ainsi que les théories en sciences politiques afin de modéliser l'ensemble du processus de développement des politiques locales de la promotion de la santé par l'AP (i.e., étude 5).

Contributions personnelles

Axe 1 : Identifier dans la littérature les principaux résultats, limites et perspectives de recherche sur les politiques de promotion locales de promotion de la santé par l'AP.

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Boyd, A., Jackson, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Kahlmeier, S., Sandu, P., Vuillemin, A. (2020). A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/19406940.2020.1816561>

Axe 2 : Collecter et analyser des données sur le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen.

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A. (2020). Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé. *Health Promotion Practice*. <https://doi.org/10.1177/1524839920916462>

Noël Racine, A., Garbarino, J. M., Massiera, B., Vuillemin, A. Analysis of the local health-enhancing physical activity policies in the French Riviera (prochainement soumis).

Noël Racine, A., Garbarino, JM., Corrion, K., D'Arripe-Longueville, F., Massiera, B., Vuillemin, A. (2020). Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities. *Health Research Policy and Systems*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00575-z>

Axe 3 : Modéliser le processus de développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP.

Noël Racine, A., Garbarino, J. M., Massiera, B., Vuillemin, A. Applying policy science theories to model the development of local Health-Enhancing Physical Activity policies (prochainement soumis).

Etude 1 : A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity

A) Contexte et objectif :

La politique constitue un des déterminants majeurs qui influence sur le niveau d'AP des individus. L'OMS souligne le rôle essentiel des gouvernements locaux dans le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP. Néanmoins, les connaissances scientifiques sur le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP restent insuffisantes. Cette revue exploratoire de la littérature vise à donner un aperçu de la littérature scientifique émergente sur le sujet. Sur la base de la contribution académique actuelle, cette étude met en évidence les principaux résultats, forces, limites et perspectives de recherche dans le domaine.

B) Méthodes :

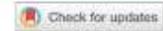
Des recherches ont été effectuées dans 7 bases de données pour extraire des articles scientifiques en anglais entre janvier 2006 et décembre 2018.

C) Résultats :

Au total, 28 articles ont été inclus dans cette étude. La plupart des articles proviennent des États-Unis ($n = 15$). Les chercheurs ont utilisé diverses méthodes dans leurs études. Ces études n'étaient pas systématiquement basées sur des cadres théoriques ou conceptuels. Les principaux résultats extraits de ces articles indiquent que les collaborations intersectorielles sont essentielles pour développer des politiques de promotion de la santé par l'AP efficaces. Les principaux résultats suggèrent également que des facteurs contextuels sembleraient affectent positivement ou négativement le développement de ces politiques. L'évaluation des politiques locales de promotion de la santé par l'AP de leur adoption, de leur mise en œuvre, et de leur maintien est une perspective de recherche régulièrement avancée par les chercheurs.

D) Article :

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Boyd, A., Jackson, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Kahlmeier, S., Sandu, P., Vuillemin, A. (2020). A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/19406940.2020.1816561>



A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity

Antoine Noël Racine ^a, Aurélie Van Hoya ^b, Anne Boyd^c, Flora Jackson^d, Jean-Marie Garbarino^a, Bernard Massiera^a, Sonja Kahlmeier ^e, Petru Sandu^f and Anne Vuillemin ^a

^aLAMHES, Graduate School of Science Ecosystems Université Côte d'Azur, Nice, France; ^bAPEMAC, Université De Lorraine, Nancy, France; ^cActive Cheshire, Wyvern House, Northwich, UK; ^dPublic Health Scotland, Place and Wellbeing Directorate, Edinburgh, UK; ^eHealth Department, Swiss Distance Learning University of Applied Science (FFHS), Regensdorf, Switzerland; ^fNational Institute of Public Health, Regional Public Health Center in Cluj, Health Promotion and Evaluation Department, College of Political, Administrative and Communication Sciences, Department of Public Health, 10 University Babes-Bolyai, Cluj-Napoca, Romania

ABSTRACT

Policy is a powerful tool used to influence physical activity levels of populations. The World Health Organisation has specifically acknowledged the role of local governments in developing policies to promote Health-Enhancing Physical Activity (HEPA). However, scientific knowledge remains scant about the involvement of local governmental HEPA promotion policies. This scoping review aims to provide an overview of the scientific peer-reviewed literature emerging on local government policies promoting HEPA. Two researchers searched 7 databases to extract peer-reviewed research articles published in English between January 2006 and December 2018. A total of 28 articles were included; mainly from the USA ($n = 15$). Different types of HEPA policies, including those from local governments, were reported in this scoping review but they were usually not detailed enough to have a comprehensive overview of the aspects of interest for research and practice. Researchers used various methods in their studies; however, they were not systematically based on theoretical or conceptual frameworks. Findings extracted from articles in this scoping review indicated that inter-sectoral collaborations seemed to be a key factor to lead effective HEPA policies. Moreover, some specific local factors seemed to positively or negatively influence their development. Intensifying research on HEPA policies and in different contexts is now needed. Future research should be expanded to evaluate HEPA policies from adoption to implementation and maintenance and to evaluate health outcomes from such policies.

ARTICLE HISTORY

Received 23 September 2019
Accepted 24 August 2020

KEYWORDS

Health-enhancing physical activity; health promotion; local government; public policy; scoping review

Introduction

Physical inactivity and sedentary behaviours are leading causes of non-communicable diseases worldwide (Kohl *et al.* 2012, World Health Organization 2015). The latest research estimates the prevalence of insufficient physical activity of the worldwide population to be 27.5% (Guthold *et al.* 2018). In this context, Health-Enhancing Physical Activity (HEPA) promotion has become a major point of interest for public health policy (Blair 2009, Kohl *et al.* 2012).

CONTACT Antoine Noël Racine  antoine.noel-racine@etu.univ-cotedazur.fr  Graduate School of Health Science Ecosystems, Laboratoire Motricité Humaine Expertise Sport Santé (LAMHES), Nice 06205 Cedex 03, France

© 2020 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

Interventions based on the socio-ecological model (Glanz *et al.* 2015) are considered the most effective for encouraging physical activity (Sallis *et al.* 2006, Bauman *et al.* 2012, Pratt *et al.* 2015). This model offers a comprehensive approach as it is based on the complex and complementary interactions of factors at individual, environmental, organisational, and policy levels. According to Golden *et al.* (2015), this model assumes that policy provides crucial key leverage for fostering structural change. A physical activity policy can be defined as: *'formal written policies, unwritten formal statements, written standards and guidelines, formal procedures, and informal policies (or lack thereof) that may directly or indirectly affect community or population-level physical activity'* (Klepac Pogrmilovic *et al.* 2019). HEPA policies may influence the physical activity level of populations through the implementation of socio-individual strategies or environmental change (Eyler *et al.* 2010). Over the last decade, international organisations and national governments have developed several policy plans to promote HEPA (Daugbjerg *et al.* 2009, Christiansen *et al.* 2014, Bull *et al.* 2015, Breda *et al.* 2018, Foster *et al.* 2018, Klepac Pogrmilovic *et al.* 2018). In Europe, a majority of the countries have a national HEPA plan (World Health Organization 2018). In addition, worldwide data from the Global Observatory for Physical Activity showed that among 139 countries participating in their survey, 69 (49.6%) had a national non-communicable disease plan that included HEPA promotion and 37 (26.6%) had a standalone national HEPA plan (Varela *et al.* 2017). However, it is not evident how these policies actually translated into more active populations (Sallis *et al.* 2016). In particular, national policies need to be supported by local governments to provide real opportunities for physical activity (Vuori *et al.* 2004, Cavill *et al.* 2006). According to Spitters *et al.* (2017) local governments are *'local authorities at city/municipal, or county, or regional/state levels concerning a specific geographical area with several municipalities'*. Thus, they have a key role to play in building effective policies and environmental strategies in order to promote HEPA (Edwards and Tsouros 2006, World Health Organization 2016); using the resources from the various sectors in embedded contexts (Reis *et al.* 2016). But there is a need to better understand how public policy currently addresses HEPA promotion (Varela *et al.* 2018a). The literature on HEPA policies at the national level is increasing (Varela *et al.* 2017, 2018a, 2018b, Klepac Pogrmilovic *et al.* 2018). However, limited research exists on local HEPA policies and little is known about local evidence to advise and support governments in their policies to promote HEPA (Bull 2018). Therefore, this scoping review aims to give an overview of the scientific literature emerging on local governmental policies promoting HEPA. Based on the current academic contribution, this study highlights the main findings, strengths, limitations and research perspectives on this topic.

Methods

A scoping review design was chosen because it represents a methodology that allows assessment of emerging evidence (Mays *et al.* 2001, Colquhoun *et al.* 2014). This study was conducted following the methodological framework of Arksey and O'Malley (2005) and the recommendations of Levac *et al.* (2010).

Research questions

The main research question was defined as: *'How are local governmental HEPA policies reported and studied within the scientific literature?'*. To answer it, the following key questions were addressed: (a) *'what are the types and characteristics of HEPA policies reported?'*; (b) *'what are the types and characteristics of local governments reported?'*; (c) *'what methods were used to study local governmental HEPA policies?'*; and (d) *'what are the findings, limits and research perspectives reported?'*.

Identifying relevant articles

To have an overview of the scientific literature on this topic, 7 databases (PubMed, Web of Science, ScienceDirect, PsycINFO, SPORTDiscus, DOAJ, and JSTOR) were searched to identify peer-reviewed articles published between January 2006 and December 2018. The review was conducted by the first and last authors. The search strategy employed three main keywords: physical activity, policy and government. For each database, we used the following search equation: 'physical activity' OR 'physical activities' OR 'active living' OR 'active commuting' OR 'active travel' OR 'active transport' OR 'active transportation' OR 'exercise' OR 'exercises' OR 'sport' OR 'sports'; AND; 'policy' OR 'policies' OR 'strategy' OR 'strategies' OR 'action plan' OR 'action plans'; AND; 'government' OR 'governments' OR 'authority' OR 'authorities' OR 'agency' OR 'agencies' OR 'administration' OR 'administrations'. We restricted the search by the publication type, including peer-reviewed journal articles and reports and excluded comments, reviews, congresses, editorials and guidelines. Before selecting articles, duplicate records were removed using *EndNote Clarivate Analytics* and a manual search.

Screening procedure and inclusion/exclusion criteria

The first and last author independently screened the titles, keywords and abstracts to select potentially relevant studies on the topic using the *Covidence*. In cases of doubt, articles were selected for full-text review. In cases of disagreement between the two reviewers, the second author was consulted to make the final decision.

After this screening phase, the first and last authors independently assessed the full texts for eligibility. Decisions to include/exclude articles were based on the following criteria:

- (1) Original article or reported research was in English and peer-reviewed.
- (2) Research exclusively focused on local governmental HEPA policies.
- (3) The involvement of local governments on HEPA promotion was described.

Articles were included when they met all inclusion criteria. When opinions between the two reviewers differed, consensus on inclusion status was reached through discussion. At this stage, studies were excluded when they did not meet all inclusion criteria or if one of these conditions was not sufficiently clear for the reviewers. The reference list of both included and excluded articles was also screened in case some research was relevant for this study.

Charting the data, summarising and reporting the results

To extract information about each study, we developed a data extraction form derived from some items of the *PRISMA checklist* (Moher *et al.* 2009) and we included other items to specifically applied to our research questions: country of origin of the study; type and characteristics of HEPA policies, type and characteristics of local governments, method used to collect data in the study, type of sample, the theoretical or conceptual framework used to analyse data, main findings, limits and research perspectives reported in each study.

The type of HEPA policies were collected from wording used in the studies. Then, they were categorised using three levels: individual (e.g. events, Physical Activity (PA) programmes), environmental (e.g. urban planning, active transports, facility access), and organisational (e.g. inter-sectoral partnership strategy) of the socio-ecological model (Glanz *et al.* 2015).

Results

A total of 28 articles were included in the analysis. Figure 1 shows the selection process from record identification to the exclusion and inclusion of the studies. The main criteria for non-inclusion of full

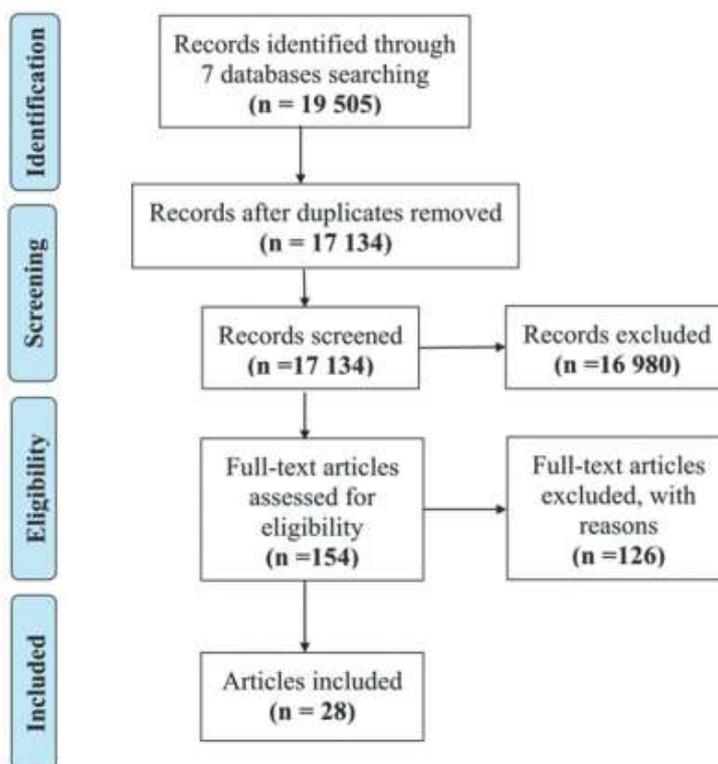


Figure 1. Flow chart.

texts were: articles not focused on local governmental policies promoting HEPA ($n = 54$), not describing the involvement of local governments ($n = 40$), or not qualifying as research articles or reports ($n = 32$).

We found studies on local governmental HEPA policies in North America ($n = 15$), Oceania ($n = 6$), Europe ($n = 5$), and in South America ($n = 2$). Table 1 details the country of origin of each study.

Type and characteristics of HEPA policies reported

Different types of HEPA policies were reported: plans, programs, advocacy, partnership strategies, and funding. The main characteristics of these HEPA policies are detailed in Table 2.

Following the socio-ecological model (Glanz *et al.* 2015), some studies were focused on only one HEPA policy level: 14 studies were focused on the environmental level (Bullen and Lyne 2006, Aytur *et al.* 2007, Heinrich *et al.* 2008, Hollander *et al.* 2008, Richards *et al.* 2010, 2011, Aarts *et al.* 2011, Shill *et al.* 2012, Coghill *et al.* 2015, Dill 2015, Lemon *et al.* 2015, Goins *et al.* 2016, Zwald *et al.* 2017, Peterson *et al.* 2018) while several studies focused specifically on the organisational level ($n = 2$) (Spitters *et al.* 2017, Bertram *et al.* 2018). Other studies focused on several levels of HEPA policies: 3 studies on organisational and environmental levels (McCreedy and Leslie 2009, Thomas *et al.* 2009, Esparza *et al.* 2014), 4 studies on individual, organisational and environmental levels (Diaz Del Castillo *et al.* 2011, 2017, Evenson *et al.* 2012, Portella *et al.* 2017), and 1 study on individual and

Table 1. The country of origin of studies.

Studies	Number of studies (n) by the country of origin
Aytur <i>et al.</i> (2007)	USA (n= 14)
Brownson <i>et al.</i> (2007)	
Hollander <i>et al.</i> (2008)	
Heinrich <i>et al.</i> (2008)	
McCreedy and Leslie (2009)	
Evenson <i>et al.</i> (2012)	
Kohl <i>et al.</i> (2013)	
Esparza <i>et al.</i> (2014)	
Dill (2015)	
Lemon <i>et al.</i> (2015)	
Gains <i>et al.</i> (2016)	
Sreedhara <i>et al.</i> (2017)	
Zwald <i>et al.</i> (2017)	
Peterson <i>et al.</i> (2018)	
Dennis <i>et al.</i> (2015)	Australia (n= 3)
Shill <i>et al.</i> (2012)	
Thomas <i>et al.</i> (2009)	
Bullen and Lyne (2006)	New Zealand (n= 3)
Richards <i>et al.</i> (2010)	
Richards <i>et al.</i> (2011)	
Coghill <i>et al.</i> (2015)	Canada (n= 1)
Dawson <i>et al.</i> (2015)	United Kingdom (n= 1)
Bertram <i>et al.</i> (2018)	Denmark (n= 1)
Aarts <i>et al.</i> (2011)	Netherlands (n= 1)
Portella <i>et al.</i> (2017)	Spain (n= 1)
Díaz Del Castillo <i>et al.</i> (2017)	Colombia (n= 1)
Spitters <i>et al.</i> (2017)	Romania, Denmark and Netherlands (n= 1)
Díaz Del Castillo <i>et al.</i> (2011)	Brazil and Colombia (n= 1)

organisational levels (Dennis *et al.* 2015). For 3 studies, it was not possible to define the level considered (Brownson *et al.* 2007, Kohl *et al.* 2013, Dawson *et al.* 2015).

Types and characteristics of local governments reported

Different types of local governments were reported: district council, municipality, county, territorial department, state department, local governmental areas, regional/state government (depending on policy system organisation), unit, and department. Characteristics of local governments reported are detailed in Table 3

Methods used to study local governmental HEPA policies

Among 28 studies, researchers mainly used 3 types of methods to collect data on local governmental HEPA policies: surveys (n = 10), studies which used a mixed-methods approach (n = 8), semi-structured interviews (n= 6), descriptive qualitative approaches (n= 3), and a document review (n = 1).

Among 28 studies, data was collected from different public sectors: 3 studies with data from the planning sector, 4 studies with data from the health sector, 3 studies with data from the transport sector and 14 studies with data from multi-sectors. The origin of data collected was not identified for 4 studies using the qualitative description approach.

Among 28 studies, 12 studies used either a theoretical or conceptual framework to analyse data collected: Physical Activity Policy Framework, Sustainability framework, Community Environment framework, Partnership synergy framework, Diffusion of Innovation theory, Interaction model, Community Action Model, Logic model Active, and the Chaotic Reality of Advocacy.

Details of methods, sample, and theoretical or conceptual framework used in these 28 studies are presented in Table 4.

Table 2. Type and characteristics of HEPA policies reported.

Authors	Type of HEPA policies	Characteristics
Aarts <i>et al.</i> (2011)	Plans and programs	Policy initiatives that address the environmental determinants of physical activity among children: plan for play facilities, sports memorandum and public health memorandum, official policy guidelines for distribution of play facilities within neighbourhoods, increasing social safety at squares, offering after-school sports activities, stimulating active transportation.
Aytur <i>et al.</i> (2007)	Plans	Plan relative to land-use plan, non-motorised transportation improvements, transportation PA, land use and transportation planning.
Bertram <i>et al.</i> (2018)	Partnership strategy	Interventions that could strengthen interaction and collaboration between sectors, policy-makers, researchers target groups and other relevant stakeholders in HEPA promotion.
Brownson <i>et al.</i> (2007)	Plans and programs	Plans and physical activity programs, community-wide campaigns, stair use campaigns, urban design, social support interventions, facilities access.
Bullen and Lyne (2006)	Plans and programs	Plans and programs relative to open spaces, parks and recreational facilities, pedestrian pathways, cycle lanes, shared use pathways.
Coghill <i>et al.</i> (2015)	Plans and programs	Plans and programs relative to sidewalk, road and trail connectivity, land use planning, park space and active transportation (cycling, pedestrian) planning, social marketing campaigns relative to PA and active transport, biking event, school travel planning.
Dennis <i>et al.</i> (2015)	Partnership strategy and programs	The Healthy Eating Activity and Lifestyle (HEAL) programme: the goal is to reduce overweight and obesity and increase physical activity. The PA program was implemented in 297 communities.
Dill (2015)	Plans and programs	32 types of policies relative to active transportation plans were detailed.
Diaz Del Castillo <i>et al.</i> (2011)	Partnership strategy and programs	Bogotá's Ciclovía program and Curitiba's CuritibaAtiv program were both detailed according history, number of participants, costs, sectors involved, coordinator of the program, enablers and barriers.
Diaz Del Castillo <i>et al.</i> (2017)	Programs	2 programs comprised free PA in public spaces (parks, plazas, streets, malls, and community centres) that incorporate music and are led by trained instructors
Dawson <i>et al.</i> (2015)	Partnership strategy, plans and programs	Liverpool Active City is a coalition of physical activity projects and programs that came together in 2005 to promote increased physical activity.
Esparza <i>et al.</i> (2014)	Plans and partnership strategy	Adaptation of the US National Physical Activity Plan to develop the Active Living Plan for a Healthier San Antonio by the health department officials.
Evenson <i>et al.</i> (2012)	Plans and partnership strategy	Active Living by Design project aimed to encourage people to be active in their daily routines through innovative approaches to community design, public policies, and communication strategies. 54 types of policies were reported in Active Living by Design project.
Goins <i>et al.</i> (2016)	Plans and advocacy	Urban design and land use policies to encourage physical activity, active transportation options and expanding access to recreational facilities.
Heinrich <i>et al.</i> (2008)	Plans	Community Environment policies: sidewalks, bike lanes, greenways, recreational facilities, commercial buildings and shared-use paths.
Hollander <i>et al.</i> (2008)	Plans and programs	Plans and programs relative to active design planning and physical activity: zoning to support active living, walkable neighbourhoods, parks and trails, walk to school, preserve open space.
Kohl <i>et al.</i> (2013)	Plans	Physical activity promoting plans.
Lemon <i>et al.</i> (2015)	Plans and funding	Policy initiatives focus on land use design, active transportation, park and recreation.
McCreedy and Leslie (2009)	Plans, partnership strategy and programs	Active Living by Design's Get Active Orlando partnership focused on downtown Orlando's Community Redevelopment Area: senior walking program, a bicycle and giveaway program community bicycle-riding events and social marketing campaign.
Peterson <i>et al.</i> (2018)	Plans	Master plans supportive of active living in US municipalities: land-use plans, transportations plans, bicycle/pedestrian plans ...
Portella <i>et al.</i> (2017)	Program	The program aiming to increase levels of physical activity and quality of life in the population of the Island of Minorca
Richards <i>et al.</i> (2010)	Advocacy	Active transport advocacy.
Richards <i>et al.</i> (2011)	Advocacy	Active transport advocacy.
Shill <i>et al.</i> (2012)	Plans	Plans relative to urban planning and provision of infrastructure to promote active travel; discouraging the use of private motorised vehicles.

(Continued)

Table 2. (Continued).

Authors	Type of HEPA policies	Characteristics
Spitters <i>et al.</i> (2017)	Plans and partnership strategy	In Netherlands: plans focus Youth on 'Healthy Weight' and 'Health close to the people with focus on youth and PA. In Denmark: plan was on PA promotion, with 2 target groups: children/young adults and citizens with special needs and chronic diseases. In Romania: development of a local HEPA strategy sport and community.
Sreedhara <i>et al.</i> (2017)	Plans and funding	Land-use policy to increase mixed use, density, street connectivity or pedestrian or bicycle access or municipal public works or transportation policy to increase pedestrian or bicycle safety or accommodation
Thomas <i>et al.</i> (2009)	Partnership strategy and program	VicHealth Metro ACTIVE program aimed to strengthen local government capacity to adopt integrated planning to promote physical activity.
Zwald <i>et al.</i> (2017)	Plans	Transportation plans that were supportive of walking and bicycling

Main findings, limits, and research perspectives

Three types of findings emerged from the data extraction: (I) necessity of inter-sectoral collaboration to develop efficient policies, (II) the influence of local factors on policy development, and (III) perceptions of the importance of HEPA policies according to sector affiliation which does affect their development.

(I) Inter-sectoral collaboration might enhance policies that contribute to active-friendly environments (Aarts *et al.* 2011) and lead to HEPA promotion programs (McCreedy and Leslie 2009, Thomas *et al.* 2009, Díaz Del Castillo *et al.* 2011, Richards *et al.* 2011, Evenson *et al.*, 2012, Shill *et al.* 2012, Esparza *et al.* 2014, Dennis *et al.* 2015, Dawson *et al.* 2015). The development of inter-sectoral collaborations takes time and needs stable leadership, a formal and common goal and synergies between HEPA political agendas and political climate change (Thomas *et al.* 2009, Evenson *et al.* 2012, Shill *et al.* 2012, Dennis *et al.* 2015, Dawson *et al.* 2015). Moreover, a broad inter-sectoral collaboration helps to ensure that the HEPA message reaches citizens (Portella *et al.* 2017).

(II) The development of HEPA policies seemed to be influenced by local governmental characteristics such as: size, urban or rural context, human resources and funding, coordination of local governments at different levels, involvement and relationships between stakeholders, the community support, characteristics of the community, and characteristics of the built and natural environment (Bullen and Lyne 2006, Heinrich *et al.* 2008, Richards *et al.* 2010, Evenson *et al.* 2012, Kohl *et al.* 2013, Esparza *et al.* 2014, Coghill *et al.* 2015, Dill 2015, Lemon *et al.* 2015, Goins *et al.* 2016, Spitters *et al.* 2017, Díaz Del Castillo *et al.* 2017, Peterson *et al.*, 2018). These factors could be facilitators or barriers according to the local context. In addition, the level of evidence informing policy-makers on HEPA seemed to influence the development of policies (Bertram *et al.* 2018).

(III) The awareness of the importance of HEPA promotion in the health sector seemed to be relatively high. However, the lack of support from elected officials limits their implementation within this sector (Brownson *et al.* 2007, Zwald *et al.* 2017). The awareness of the importance of HEPA promotion for professionals in the transport and planning sector seemed to be relatively low (Hollander *et al.* 2008, Dill 2015). However, in another study (Sreedhara *et al.* 2017), stakeholders from a range of disciplines perceived value of health sector participation in local land-use and transportation policy processes. A clear plan and a strong advocacy strategy might be facilitators to incorporate HEPA promotion into transport and urban planning (Aytur *et al.* 2007, Richards *et al.* 2010, Esparza *et al.* 2014). Even if a plan existed, it often was not followed by policy implementation (Heinrich *et al.* 2008).

The analysis of the articles included in this study presented a number of limits: specificities of the country and the local context (Richards *et al.* 2011, Shill *et al.* 2012, Spitters *et al.* 2017, Bertram *et al.* 2018), small samples of local governments (Aarts *et al.* 2011, Dennis *et al.* 2015, Zwald *et al.*, 2017) or no representative sample (Sreedhara *et al.* 2017, Peterson *et al.* 2018), potential causal interference

Table 3. Type and characteristics of local governments reported.

Authors	Local governments	Characteristics
Aarts <i>et al.</i> (2011)	4 municipalities	Netherlands municipality sizes: between 70,000 to 202,000 residents.
Aytur <i>et al.</i> (2007)	80 counties and 43 municipalities	North Carolina counties and municipalities with 10,000 residents in the USA.
Bertram <i>et al.</i> (2018)	2 municipalities	Danish municipalities: Kolding and Varde
Brownson <i>et al.</i> (2007)	51 State and territorial health departments	All state health departments in the USA including Guam and the Virgin Islands.
Bullen and Lyne (2006)	74 cities or districts council	City or district councils of New Zealand. No more data were reported.
Coghill <i>et al.</i> (2015)	12 health units serving rural communities	Health units serving rural communities in Ontario, Canada. Organisations described as serving or being a department at the county level. All health units served populations with less than 200,000 people with the exception of one health unit that contained a large urban population.
Dennis <i>et al.</i> (2015)	4 local government areas	4 states of Australia: Western Australia (10,159 residents/rural), New South Wales (48,348 residents/rural), Australian Capital Territory (367,752 residents/urban), Victoria (20,449 residents, rural).
Dill (2015)	51 state departments of transportation	All states in the USA. No more data were reported.
Díaz Del Castillo <i>et al.</i> (2011)	2 municipalities	Municipality of Curitiba in Brazil: 1.8 million residents; the prevalence of overweight/obesity is 46%, and the percentage for meeting PA recommendations during leisure time is 14%. Municipality of Bogota in Colombia: 7 million residents. The prevalence of overweight/obesity is 48% and the prevalence of meeting PA recommendations is 9% during leisure time, 3% for biking for transport
Díaz Del Castillo <i>et al.</i> (2017)	1 Municipality	Municipality of Bogota in Colombia: 7 million residents
Dawson <i>et al.</i> (2015)	1 Municipality	City of Liverpool in UK: 466,000 residents, the municipality has one of the highest mortality rates and one of the lowest levels of life expectancy in England. Resident are less active than the national average.
Esparza <i>et al.</i> (2014)	1 Municipality	Municipality of San Antonio in the USA: surveys indicated that most youth and adults in San Antonio, Texas, did not engage in sufficient PA.
Evenson <i>et al.</i> (2012)	25 Communities	Details on the 25 communities in the USA were not reported.
Goins <i>et al.</i> (2016)	490 local health departments	Health departments at city, county or other levels served populations under 50,000 residents, between 50,000 and 499,999 residents and above 500,000 residents.
Heinrich <i>et al.</i> (2008)	4 counties	The state of Hawaii is developing county coalitions for the promotion of physical activity and nutrition. Honolulu County: 905,266 residents, Hawaii County: 167,293, Maui County: 139,884 residents, Kauai County: 62,640 residents.
Hollander <i>et al.</i> (2008)	Municipalities and counties (number not reported)	Municipalities and counties in the USA. No more data were reported.
Kohl <i>et al.</i> (2013)	Local governments at state and local level (number not reported)	Local governments at state and local level in the USA. No more data were reported.
Lemon <i>et al.</i> (2015)	83 Municipalities	Municipalities with 50,000 or more residents in eight states in the USA: Colorado, Georgia, Hawaii, Kansas, Massachusetts, Missouri, North Carolina and West Virginia
McCreedy and Leslie (2009)	1 Municipality	Municipality of Orlando in the USA: had sedentary lifestyles compared to the state and national averages (57.4% metro vs 53.7% statewide and 52.8% nationwide).
Peterson <i>et al.</i> (2018)	2 005 municipalities	Municipality characteristics (population size, rural/urban status, census region, median education level, poverty prevalence, and race/ethnicity were reported in the article
Portella <i>et al.</i> (2017)	1 insular council	Minorca Insular Council with 91 601 inhabitants divided into 8 townships
Richards <i>et al.</i> (2010)	16 municipalities	Municipalities of New Zealand. No more data were reported.

(Continued)

Table 3. (Continued).

Authors	Local governments	Characteristics
Richards <i>et al.</i> (2011)	16 municipalities	Municipalities of New Zealand. No more data were reported.
Shill <i>et al.</i> (2012)	8 states	States in Australia: Victoria, South Australia, Western Australia, Northern Territory, New South Wales Queensland, Tasmania, Australian Capital Territory.
Spitters <i>et al.</i> (2017)	3 municipalities	Average size municipalities (Denmark and Netherlands) and a highly populated municipality (Romania)
Sreedhara <i>et al.</i> (2017)	13 states	Departments of governments working on land-use planning, transportation/public works and public health at city, county, region, and state level
Thomas <i>et al.</i> (2009)	6 Councils	6 councils in Victoria state in Australia.
Zwald <i>et al.</i> (2017)	83 municipalities	Municipalities with a population of 50 000 or more residents across 8 states.

due to cross-sectional survey design (Aytur *et al.* 2007, Lemon *et al.* 2015), social desirability bias due to self-reporting (Aytur *et al.* 2007, Brownson *et al.* 2007, Lemon *et al.* 2015, Goins *et al.* 2016), and short time frame to evaluate the HEPA policy's long-term impact (Thomas *et al.* 2009).

Some articles indicated research perspectives ($n = 13$), such as: to study perceptions of different stakeholders involved in HEPA policies and in different contexts (Aytur *et al.* 2007, Shill *et al.* 2012, Coghill *et al.* 2015, Dill 2015), to evaluate HEPA policies from adoption to implementation and maintenance (Brownson *et al.* 2007, Heinrich *et al.* 2008, Goins *et al.* 2016, Bertram *et al.* 2018), to evaluate the community support of HEPA policies (Zwald *et al.* 2017, Díaz Del Castillo *et al.* 2017), and to evaluate health outcomes of HEPA policies (Díaz Del Castillo *et al.* 2011, Coghill *et al.* 2015).

A summary of main findings, limits, and research perspectives is available in Supplement 1.

Discussion

The current scoping review study provides an initial overview of the scientific peer-reviewed literature on the local governmental policies promoting HEPA. A total of 28 articles has been included in the review. The study confirms that research available on this topic is rather limited. Our results are in line with recent research (Rütten *et al.* 2016), that showed policy research in the field of physical activity and public health is recent. Although well developed, research on the national level of governmental HEPA policies is still not sufficient (Klepac Pogrmilovic *et al.* 2018). In addition, there is a need to enhance research efforts on HEPA policies at local levels. There is a complex interplay between policy research and policy practice with research being able to produce evidence that could influence political processes (Cavill *et al.* 2006) and enhance policy practice (Brownson *et al.* 2006, Pratt *et al.* 2016).

Given that the database search was restricted to English language publications, the studies were mainly from English-speaking countries such as the USA, Canada, and Australia ($n = 21$). In Europe, few studies were reported on local HEPA policies ($n = 5$). International policy research on local governmental HEPA promotion in low- and middle-income countries (LMICs) seemed to be scarce. The same lack of research was also observed in LMICs with HEPA policies at national levels (Klepac Pogrmilovic *et al.* 2018). This could partially be explained by a considerable quantity of grey literature that researchers might not consider, or which never finds its way to peer-reviewed journals. Thus, research on HEPA policies should be extended because each local context has its own set of influences (Reis *et al.* 2016), which might also result in different policies from local governments. Due to different national systems (e.g. federal versus centralised government) and subnational policy systems (e.g. city, metropolitan area, county, regional or state), local governments do not have the same roles, competencies, and resources dedicated to policy building.

Table 4. Details of methods, sample and theoretical or conceptual framework used.

Authors	Methods	Sample	Theory or conceptual framework used
Aarts <i>et al.</i> (2011)	Semi-structured interviews	25 policy officers from 6 policy sectors	Not reported
Aytur <i>et al.</i> (2007)	Survey and cross-sectional analysis	80 planning directors	Derived from the socio-ecological model (Schulz and Northridge 2004)
Bertram <i>et al.</i> (2018)	Intervention, surveys, and semi-structured interviews	30 participants from heads of departments and consultants from various sectors	Logic model (Pawson and Tilley 1997)
Brownson <i>et al.</i> (2007)	Survey	49 professionals from health departments	Diffusion of Innovation theory (Rogers 1995)
Bullen and Lyne (2006)	Survey	58 senior planners	Not reported
Coghill <i>et al.</i> (2015)	Semi-structured interviews	14 interviewees: 7 health promoters, 4 public health nurses, 3 health managers	Not reported
Dennis <i>et al.</i> (2015)	Semi-structured interviews	10 healthy communities' coordinators	Partnership synergy framework (Lasker <i>et al.</i> 2001)
Dill (2015)	Grey literature review, survey and cross-sectional analysis	39 pedestrian and bicycle coordinators of transport departments	Not reported
Díaz Del Castillo <i>et al.</i> (2011)	Grey and peer-literature review and semi-structured interviews	39 key informants including former mayors, city council members, activists, former and current managers, recreational guides and users	Physical Activity Policy Framework (Schmid <i>et al.</i> 2016)
Díaz Del Castillo <i>et al.</i> (2017)	Semi-structured interviews, document review and data program analysis	20 keys informants: formers, instructors, coordinators	Sustainability framework (Shediac-Rizkallah and Bone 1998)
Dawson <i>et al.</i> (2015)	Grey literature review and semi-structured interviews	13 key informants whose experience and roles reflected the inter-sectorial nature of Liverpool Active City	Not reported
Esparza <i>et al.</i> (2014)	Qualitative description approach	No reported	Not reported
Evenson <i>et al.</i> (2012)	Mixed-methods approach: semi-structured interviews, focus groups and grey literature review	Key informants 5 sectors: urban planning, active transportation, trails/parks/recreation/open space, community and schools (number was not reported)	Community Action Model (Lavery <i>et al.</i> 2015)
Goins <i>et al.</i> (2016)	Cross-sectional survey	Professionals from local health departments	Not reported
Heinrich <i>et al.</i> (2008)	Survey	5 Employees of planning departments in each county of Hawaii	Active Community Environment framework (Handy <i>et al.</i> 2002)
Hollander <i>et al.</i> (2008)	Cross-sectional surveys	959 chief administrative officers in municipalities; 128 key informants from counties; 409 members of the National Environmental Health Association, 1,543 members of the American Planning Association	Not reported
Kohl <i>et al.</i> (2013)	Survey	227 members of the National Society of Physical Activity Practitioners in Public Health	Not reported
Lemon <i>et al.</i> (2015)	Cross-sectional survey	453 elected and appointed municipal officials	Not reported

(Continued)

Table 4. (Continued).

Authors	Methods	Sample	Theory or conceptual framework used
McCreedy and Leslie (2009)	Descriptive qualitative approach	No reported	Community Action Model (Lavery <i>et al.</i> 2015)
Peterson <i>et al.</i> (2018)	Surveys	Elected officials, city or town manager, city or town planner, or a person with similar responsibilities.	Not reported
Portella <i>et al.</i> (2017)	Descriptive qualitative approach	No reported	Not reported
Richards <i>et al.</i> (2010)	Semi-structured interviews	28 interviews with council representatives from transport sectors	The chaotic reality of advocacy (Champan 2001)
Richards <i>et al.</i> (2011)	Grey literature review	2,784 submissions related to active transport	The chaotic reality of advocacy (Champan 2001)
Shill <i>et al.</i> (2012)	Semi-structured interviews	40 seniors' representatives from state/territory governments, statutory authorities and non-government organisations	Not reported
Spitters <i>et al.</i> (2017)	Mixed-methods approach: interviews, document review, systems analysis	Stakeholders of municipalities: directors, policy advisers, managers Other shareholders involved in local HEPA promotion: private sector, civil society, researchers, no profited organisation, local governments at county, and regional level	Interaction model (Hanney <i>et al.</i> 2003)
Sreedhara <i>et al.</i> (2017)	Semi-structured interviews	49 professionals working on land-use planning, transportation/public works, public health, and other (municipal administration, bike, and pedestrian advocacy	Not reported
Thomas <i>et al.</i> (2009)	Semi-structured interviews and grey literature review	117 respondents included elected councillors, chief executive officers, officers from different council divisions	Not reported
Zwald <i>et al.</i> (2017)	Cross sectional survey	461 municipal officials from public health, planning, transportation, public works, community and economic development, parks and recreation, city management, and municipal legislative sectors	Not reported

However, some findings extracted in this scoping review were similar with the literature about HEPA policies at the national level, such as the necessity to have inter-sectorial collaborations in order to have successful policies (Bauman *et al.* 2012) and the influence of context (Reis *et al.* 2016) (e.g., economical settings, political support, etc.). However, it seemed that some specific factors influence the development of local HEPA policies. Relationships between the national and local level could be of interest in future research. Currently, most studies captured and analysed HEPA policies in the short term which leads to limited findings and interpretations. It seems difficult to evaluate impacts and health outcomes of HEPA policies over the medium and long term. This is in line with the research perspectives reported in studies included in this scoping review.

Analysis of local governmental HEPA policies

A variety of HEPA policies were reported in the 28 included studies. Few researchers defined the notion of policy in their articles and in such cases the definition varied. This was also the case with the scoping review of Klepac Pogrmilovic *et al.* (2018) on national HEPA policies. Only 13% of articles included a definition of 'policy' furthermore, the definition varied according to the study. In order to avoid missing any HEPA policies, due to their inter-sectorial nature, a 'broad' definition of policy was

adopted, while clearly differentiating the types of policies: plans, interventions, strategies, ordinances, funding, etc.

In this scoping review, HEPA policies were categorised according to the socio-ecological model to identify the policy levels studied by researchers. Most of the HEPA policies studied included environmental policies aiming to encourage walking, cycling and active leisure through urban use planning and facilities access. However, local governments could also have HEPA policies targeting the individual level such as PA programs or PA promotional events or targeting the organisational level as a partnership strategy between stakeholders across different sectors. When a policy affects several levels, it may have a greater likelihood of long-term effectiveness (Glanz *et al.* 2015). Thus, there is a need to have more research on HEPA policies studying multidimensional levels. Characteristics of HEPA policies were more or less detailed according to study. Often, contextual elements were missing to really understand how local governmental HEPA policies were implemented and tailored to the local setting. Yet, this is important in order to produce evidence to scale up policies promoting HEPA (Reis *et al.* 2016).

Different types of local governments were reported in the 28 studies included. These included city, county, and regional/state levels. However, the notion of the administrative scale is not the same across countries (e.g., Australia and the United Kingdom). Moreover, according to the level and country, the local government's responsibilities, involvement, and approach could be different. This suggests that the role and the policy system should be more systematically described in research to better understand their influence in local HEPA promotion and to allow comparisons between countries and different levels of governments. Most of the local governmental HEPA policies reported were at the city level. This could suggest that the city (municipality) scale has many opportunities to influence promoting local HEPA policies (Edwards and Tsouros 2006, World Health Organization 2016).

Methods used for policy analysis

Most of the studies used survey or semi-structured interviews to collect data on local governmental HEPA policies, whereas few of them used a mixed-methods approach. Surveys allow for having a broad sample of local governments, whereas semi-structured interviews allow studying HEPA policies in depth and gathering more information about their local contexts. However, bias due to social desirability and self-reported methods (Phillips and Clancy 1972) could influence the analysis of HEPA policies. Moreover, sometimes there could be discrepancies between policies reported and policies actually implemented (Heinrich *et al.* 2008), as intents are not always translated into action (Sallis *et al.* 2016). Therefore, even if collecting data on a physical activity policy is difficult (Sallis *et al.* 2016), using two types of data collection such as a grey literature review and semi-structured interviews could be more relevant. For these reasons, future research should systematically use more mixed methods approaches to analyse HEPA policies.

There is also a need to have a standardised method to analyse local HEPA policies and to compare them in different contexts such as the HEPA Policy Audit Tool (HEPA PAT) which can achieve this at the national level (Bull *et al.* 2014). The use of a HEPA PAT provides a comprehensive overview of HEPA policies in different countries and evaluates them with the same template (Bull *et al.* 2015, Van Hoya *et al.* 2019). In studies included, data were collected from staff, administrative officers or unit and department managers, but few data were collected from elected officials. Thus, it seemed difficult to get the perceptions of politicians on HEPA policies. Yet, to better understand the HEPA policymaking process, it seems important to collect both administrative and elected officials' points of view regarding the role they play.

Among 28 studies, few used a theoretical or conceptual framework to analyse the data collected ($n = 12$). Of the few studies that did employ a framework, they varied according to study making comparisons particularly difficult. This result is similar to the findings of Klepac Pogrmilovic *et al.* (2018), who have reviewed studies on national HEPA policies. Theories or conceptual frameworks were mainly from public health fields (Lasker *et al.* 2001, Champan 2001,

Schulz and Northridge 2004, Lavery *et al.* 2015, Schmid *et al.* 2006). Only one study employed a theory from the sociology field (Rogers 1995). Yet, main theories from policy science could provide useful perspectives to better understand HEPA policies. In particular, the Multiple Streams Theory (Kingdon 1995) explains why and how some issues became a policy concern and these issues could lead to policy changes. The theory describes three 'streams' of problems, policies, and politics. In order for an issue to become a specific topic in the policy agenda, the three streams should be coupled in the same moment. For example, if there is a problem such as physical inactivity, it is perceived as important for politicians, and therefore a policy solution is created, these streams will open an 'opportunity window' to change the situation in the local context. Applying this theory to HEPA policies could provide a better understanding of why and how some local governments develop HEPA policies. However, the Advocacy Coalition Framework (Sabatier and Jenkins-Smith 1993) helps with understanding how interactions of advocacy coalitions between stakeholders could lead to a new policy. This framework could provide a better understanding of successful inter-sectoral HEPA policies.

Limitations

This study has some limitations. Databases were restricted to the English language in this scoping review, some relevant studies on this topic were probably missed for this reason. This scoping review has not included grey literature that might give useful information about the content and the implementation of local HEPA policies and the roles of local governments in each of the phases of the policy process. However, some articles included in this scoping review used grey literature in their scientific studies (Thomas *et al.* 2009, Richards *et al.* 2011, Diaz Del Castillo *et al.* 2011, Evenson *et al.* 2012, Dawson *et al.* 2015, Dill 2015).

Conclusion

This scoping review provides an initial overview of the emerging scientific literature regarding local governmental policies promoting HEPA. Only 28 studies were selected from the peer-reviewed literature on this topic, mainly coming from English-speaking countries. This study highlighted their main findings, their strengths, and limitations; and possible future research directives. Different types of HEPA policies and local governments were reported but they were usually not detailed enough to have a comprehensive overview of the aspects of interest for research and practice. Researchers used different methods to study local governmental HEPA policies. However, they were not systematically based on theories or conceptual frameworks. Findings indicated that inter-sectoral collaborations seemed to be a key factor to lead effective HEPA policies. Moreover, some specific local factors seemed to influence the development of HEPA policies either positively or negatively.

Findings from this scoping review of the scientific literature state some perspectives for a further research agenda on the local HEPA policy field. Intensifying research on the topic and in different countries and local governments contexts is needed. Providing a common and a standardised instrument for analysis and comparison of local HEPA policies could contribute to a better understanding. This could also help to identify the influence and the importance of some barriers and levers of HEPA policies according to community characteristics, the local government and the network of stakeholders. These further research investigations could provide evidence for policy making to help local governments in planning policies. It also seems important to develop studies on the perceptions of different stakeholders involved in HEPA policies according to their position and sector to better highlight underlying mechanisms

of inter-sectoral collaborations. Further research should also be expanded to evaluate HEPA policies from adoption to implementation and maintenance and to evaluate health outcomes of policies in the mid to long term. These research perspectives may provide suitable solutions considering local contexts to improve the development of HEPA policies.

Acknowledgments

A sincere thank you to Stacey Johnson for her diligent proofreading of this paper.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

This study was supported by the Région Sud Provence Alpes Côte d'Azur under a PhD grant, and co-funded by the association Azur Sport Santé

ORCID

Antoine Noël Racine  <http://orcid.org/0000-0001-9513-9248>
 Aurélie Van Hoyer  <http://orcid.org/0000-0002-0495-4747>
 Sonja Kahlmeier  <http://orcid.org/0000-0001-6905-9244>
 Anne Vuillemin  <http://orcid.org/0000-0002-5778-0285>

References

- Aarts, M.-J., et al., 2011. Multi-sector policy action to create activity-friendly environments for children: A multiple-case study. *Health policy*, 101 (1), 11–19. doi:10.1016/J.HEALTHPOL.2010.09.011.
- Arksey, H. and O'Malley, L., 2005. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8 (1), 19–32. doi:10.1080/1364557032000119616.
- Aytur, S.A., et al., 2007. Promoting active community environments through land use and transportation planning. *American Journal of Health Promotion*, 21 (4), 397–407. doi:10.4278/0890-1171-21.4s.397.
- Bauman, A.E., et al., 2012. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet*, 380 (9838), 258–271. doi:10.1016/S0140-6736(12)60735-1.
- Bertram, M., et al., 2018. Contextually tailored interventions can increase evidence-informed policy-making on health-enhancing physical activity: the experiences of two Danish municipalities. *Health Research Policy and Systems*, 16 (1), 14. doi:10.1186/s12961-018-0290-4.
- Blair, S.N., 2009. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. *British journal of sports medicine*, 43 (1), 1–2. doi:10.1136/bjism.2009.059360.
- Breda, J., et al., 2018. Promoting health-enhancing physical activity in Europe: current state of surveillance, policy development and implementation. *Health policy*, 122 (5), 519–527. doi:10.1016/j.healthpol.2018.01.015.
- Brownson, R.C., et al., 2006. Researchers and policymakers: travelers in parallel universes. *American journal of preventive medicine*, 30 (2), 164–172. doi:10.1016/j.amepre.2005.10.004.
- Brownson, R.C., et al., 2007. Evidence-Based Interventions to Promote Physical Activity: what Contributes to Dissemination by State Health Departments. *American journal of preventive medicine*, 33 (1), 66–78. doi:10.1016/J.AMEPRE.2007.03.011.
- Bull, F., et al., 2015. Turning the tide: national policy approaches to increasing physical activity in seven European countries. *British journal of sports medicine*, 49 (11), 749–756. doi:10.1136/BJSPORTS-2013-093200.
- Bull, F., 2018. Translating science to inform global policy on physical activity. *Journal of sport and health science*, 7 (1), 3–4. doi:10.1016/j.jshs.2017.10.005.
- Bull, F.C., Milton, K., and Kahlmeier, S., 2014. National Policy on Physical Activity: the Development of a Policy Audit Tool. *Journal of physical activity & health*, 11 (2), 233–240. doi:10.1123/jpah.2012-0083.
- Bullen, C., and Lyne, M., 2006. A survey of New Zealand's Territorial Local Authorities' policies, plans and programs promoting physical activity. *Australian and New Zealand journal of public health*, 30 (4), 334–336. doi:10.1111/j.1467842X.2006.tb00845.x.

- Cavill, N., et al., 2006. An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *Promotion & education*, 13 (2), 104–111. doi:10.1177/10253823060130020104.
- Champan, S., 2001. Advocacy in public health: roles and challenges. *International journal of epidemiology*, 30 (6), 1226–1232. doi:10.1093/ije/30.6.1226.
- Christiansen, N.V., Kahlmeier, S., and Racioppi, F., 2014. Sport promotion policies in the European Union: results of a contents analysis. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 24 (2), 428–438. doi:10.1111/j.1600-0838.2012.01500.x.
- Coghill, C.L., Valaitis, R.K., and Eyles, J.D., 2015. Built environment interventions aimed at improving physical activity levels in rural Ontario health units: A descriptive qualitative study Health policies, systems and management. *BMC Public Health*, 15 (1), 1–10. doi:10.1186/s12889-015-1786-2.
- Colquhoun, H.L., et al., 2014. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of clinical epidemiology*, 67 (12), 1291–1294. *Covidence - Better systematic review management* (no date) Available at: <https://www.covidence.org/home> (Accessed: 12 December 2018). doi:10.1016/J.JCLINEPI.2014.03.013.
- Daugbjerg, S.B., et al., 2009. Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents. *Journal of physical activity & health*, 6 (6), 805–817. doi:10.1123/JPAH.6.6.805.
- Dawson, J., Huikuri, S., and Armada, F., 2015. Liverpool active city 2005-2010: increasing population physical activity levels through intersectoral action. *Journal of physical activity & health*, 12 (6), 749–755. doi:10.1123/jpah.2013-0397.
- Dennis, S., et al., 2015. Challenges to establishing successful partnerships in community health promotion programs: local experiences from the national implementation of healthy eating activity and lifestyle (HEAL™) program. *Health Promotion Journal of Australia*, 26 (1), 45–51. doi:10.1071/HE14035.
- Díaz Del Castillo, A., et al., 2011. Translating evidence to policy: urban interventions and physical activity promotion in Bogotá, Colombia and Curitiba, Brazil. *Translational behavioral medicine*, 350–360. doi:10.1007/s13142-011-0038-y.
- Díaz Del Castillo, A., et al., 2017. Start small, dream big: experiences of physical activity in public spaces in Colombia. *Preventive Medicine. Academic Press Inc.*, 103, S41–S50. doi:10.1016/j.ypmed.2016.08.028.
- Dill, J., 2015. Promotion of Active Transportation among State Departments of Transportation in the US. *Journal of Transport & Health*, 2 (2), 64–65. doi:10.1016/J.JTH.2015.04.461.
- Edwards, P. and Tsouros, A. (2006) *Promoting physical activity and active living in urban environments - the role of local governments. The solid facts.* World Health Organization. Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/promoting-physical-activity-and-active-living-in-urban-environments-the-role-of-local-governments-the-solid-facts>. (Accessed 9 March 2020). *EndNote | Clarivate Analytics* (no date). Available at: <https://endnote.com/> (Accessed: 12 December 2018).
- Esparza, L.A., Velasquez, K.S., and Zaharoff, A.M., 2014. Local adaptation of the national physical activity Plan: creation of the active living plan for a healthier San Antonio. *Journal of physical activity & health*, 11 (3), 470–477. doi:10.1123/jpah.2013-0060.
- Evenson, K.R., et al., 2012. Evaluation of physical projects and policies from the active living by design partnerships. *American journal of preventive medicine*, 43 (4), doi:10.1016/j.amepre.2012.06.024.
- Eyler, A., et al., 2010. Understanding Policies and Physical Activity: frontiers of Knowledge to Improve Population Health. *Journal of physical activity & health*, 7 (1), 9–12. doi:10.1123/jpah.7.s1.s9.
- Foster, C., et al., 2018. World Health Organisation to develop global action plan to promote physical activity: time for action. *British journal of sports medicine*, 52 (8), 484–485. doi:10.1136/BJSports-2017-098070.
- Glanz, K., Rimer, B.K., and Viswanath, K., 2015. *Health behavior : theory, research, and practice.* 5nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goins, K.V., et al., 2016. Local Health Department Engagement in Community Physical Activity Policy. *American journal of preventive medicine*, 50 (1), 57–68. doi:10.1016/j.amepre.2015.06.033.
- Golden, S.D., et al., 2015. Upending the Social Ecological Model to Guide Health Promotion Efforts Toward Policy and Environmental Change. *Health Education & Behavior*, 42 (1), 8–14. doi:10.1177/1090198115575098.
- Guthold, R., et al., 2018. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *The Lancet Global Health*, 6 (10), 1077–1086. doi:10.1016/S2214-109X(18)30357-7.
- Handy, S.L., et al., 2002. How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *American journal of preventive medicine*, 2 (1), 64–73. doi:10.1016/S0749-3797(02)00475-0.
- Hanney, S.R., et al., 2003. The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1 (1), 2. doi:10.1186/1478-4505-1-2.
- Heinrich, K.M., et al., 2008. A survey of policies and local ordinances supporting physical activity in Hawaii counties. *Preventing chronic disease*, 5 (1), 19.
- Hollander, M., Martin, S.L., and Vehige, T., 2008. The Surveys Are In! The Role of Local Government in Supporting Active Community Design. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14 (3), 228–237. doi:10.1097/01.phh.0000316481.27017.07.
- Kingdon, J.W., 1995. *Agendas, alternatives, and public policies.* 2nd ed. New York: Longman.

- Klepac Pogrmilovic, B., et al., 2018. A global systematic scoping review of studies analysing indicators, development, and content of national-level physical activity and sedentary behaviour policies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (1), 123. doi:10.1186/s12966-018-0742-9.
- Klepac Pogrmilovic, B., et al., 2019. The development of the Comprehensive Analysis of Policy on Physical Activity (CAPP) framework. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16 (1), 1–15. doi:10.1186/s12966-019-0822-5.
- Kohl, H.W., et al., 2012. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, 380 (9838), 294–305. doi:10.1016/S0140-6736(12)60898-8.
- Kohl, H.W., et al., 2013. All health is local: state and local planning for physical activity promotion. *Journal of Public Health Management and Practice*, 19 (3). doi:10.1097/PHH.0b013e3182848081.
- Lasker, R.D., Weiss, E.S., and Miller, R., 2001. Partnership Synergy: A Practical Framework for Studying and Strengthening the Collaborative Advantage. *Milbank Quarterly*, 79 (2), 179–205. doi:10.1111/1468-0009.00203.
- Lavery, S.H., et al., 2015. 'The community action model: A community-driven model designed to address disparities in health', *American Journal of Public Health. American Public Health Association*, 95 (4), 611–616. doi:10.2105/AJPH.2004.047704.
- Lemon, S.C., et al., 2015. 'Municipal officials' participation in built environment policy development in the United States', *American Journal of Health Promotion. American Journal of Health Promotion*, 30 (1), 42–49. doi:10.4278/ajhp.131021-QUAN-536.
- Levac, D., Colquhoun, H., and O'Brien, K., 2010. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5 (1), 69. doi:10.1186/1748-5908-5-69.
- Mays, N., Roberts, E., and Popay, J., 2001. *Synthesising research evidence*. London: Routledge.
- McCreedy, M. and Leslie, J.G., 2009. Get Active Orlando: changing the built environment to increase physical activity. *American journal of preventive medicine*, 37 (2). doi:10.1016/j.amepre.2009.09.013.
- Moher, D., et al., 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS medicine*, 6 (7), 1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.
- Pawson, R. and Tilley, N., 1997. *Realistic Evaluation*. London: SAGE.
- Peterson, E.L., et al., 2018. Prevalence of master plans supportive of active living in US municipalities. *Preventive medicine*, 115, 39–46. doi:10.1016/j.ypmed.2018.08.004.
- Phillips, D.L. and Clancy, K.J., 1972. Some effects of social desirability in survey studies. *American Journal of Sociology*, 77 (5), 921–940. doi:10.1086/225231.
- Portella, F.S., et al., 2017. «Menorca borina't (muévete)»: descripción de un programa de promoción de actividad y ejercicio físico para mejorar la salud en la isla de Menorca. *Apunts Medicina de l'Esport. Elsevier Doyma*, 52 (196), 139–147. doi:10.1016/j.apunts.2017.07.002.
- Pratt, M., et al., 2015. Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience. *Progress in cardiovascular diseases*, 57 (4), 356–367. doi:10.1016/j.PCAD.2014.09.002.
- Pratt, M., et al., 2016. An International Perspective on the Nexus of Physical Activity Research and Policy. *Environment and behavior*, 48 (1), 37–54. doi:10.1177/0013916515609668.
- Reis, R.S., et al., 2016. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *The Lancet*, 388 (10051), 1337–1348. doi:10.1016/S0140-6736(16)30728-0.
- Richards, R., et al., 2010. Advocacy for active transport: advocate and city council perspectives. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7, 5. doi:10.1186/1479-5868-7-5.
- Richards, R., et al., 2011. Political activity for physical activity: health advocacy for active transport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8 (1), 52. doi:10.1186/1479-5868-8-52.
- Rogers, E.M., 1995. *Diffusion of Innovations*. 4th ed. New York: Free Press.
- Rütten, A., et al., 2016. Three types of scientific evidence to inform physical activity policy: results from a comparative scoping review. *International journal of public health*, 61 (5), 553–563. doi:10.1007/s00038-016-0807-y.
- Sabatier, P.A. and Jenkins-Smith, H.C., 1993. *Policy change and learning : an advocacy coalition approach*. Boulder: Westview Press.
- Sallis, J.F., et al., 2006. An ecological approach to creating active living communities. *Annual review of public health*, 27 (1), 297–322. doi:10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100.
- Sallis, J.F., et al., 2016. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *The Lancet*, 388 (10051), 1325–1336. doi:10.1016/S0140-6736(16)30581-5.
- Schmid, T.L., Pratt, M., and Witmer, L., 2006. A Framework for Physical Activity Policy Research. *Journal of Physical Activity and Health*, 3 (1), 20–529. doi:10.1123/jpah.3.s1.s20.
- Schulz, A. and Northridge, M.E., 2004. Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health Education and Behavior*, 455–471. doi:10.1177/1090198104265598.
- Shediac-Rizkallah, M. and Bone, L., 1998. Planning for the Sustainability of Community-Based Health Programs: conceptual Frameworks and Future Directions for Research, Practice and Policy. *Health education research*, 13 (1), 87–108. doi:10.1093/her/13.1.87.
- Shill, J., et al., 2012. Regulation to Create Environments Conducive to Physical Activity: understanding the Barriers and Facilitators at the Australian State Government Level. *Plos one*, 7 (9), 42831. doi:10.1371/journal.pone.0042831.

- Spitters, H., et al., 2017. Unravelling networks in local public health policymaking in three European countries - a systems analysis. *Health research policy and systems*, 15 (1), 5. doi:10.1186/s12961-016-0168-2.
- Sreedhara, M., et al., 2017. Qualitative Exploration of Cross-Sector Perspectives on the Contributions of Local Health Departments in Land-Use and Transportation Policy. *Preventing chronic disease*, 14, 170226. doi:10.5888/pcd14.170226.
- Thomas, M., Hodge, W., and Smith, B., 2009. 'Building capacity in local government for integrated planning to increase physical activity: evaluation of the VicHealth MetroACTIVE program. *Health promotion international*, 24 (4), 353–362. doi:10.1093/heapro/dap035.
- Van Hoye, A., et al., 2019. Health enhancing physical activity in all policies? Comparison of national public actors between France and Belgium. *Health policy*, 123 (3), 327–332. doi:10.1016/j.healthpol.2019.01.008.
- Varela, A.R., et al., 2017. Worldwide Surveillance, Policy, and Research on Physical Activity and Health: the Global Observatory for Physical Activity. *Journal of physical activity & health*, 14 (9), 701–709. doi:10.1123/jpah.2016-0626.
- Varela, et al., 2018a. Mapping the historical development of physical activity and health research: A structured literature review and citation network analysis. *Preventive medicine*, 111, 466–472. doi:10.1016/j.ypmed.2017.10.020.
- Varela, A., et al., 2018b. Worldwide use of the first set of physical activity Country Cards: the Global Observatory for Physical Activity - GoPA! *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15 (1), 29. doi:10.1186/s12966-018-0663-7.
- Vuori, I., Lankenau, B., and Pratt, M., 2004. Physical activity policy and program development: the experience in Finland. *Public health reports*, 119 (3), 331–345. doi:10.1016/j.phr.2004.04.012.
- World Health Organization (2015) *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*, World Health Organization. Available at: https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/(Accessed 12 December 2018).
- World Health Organization (2018) *Physical activity factsheets for the 28 European Union Member States of the WHO European Region. Overview*. Available at: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/physical-activity-fact-sheets/factsheets-on-health-enhancing-physical-activity-in-the-28-eu-member-states-of-the-who-european-region> (Accessed 10 March 2020).
- World Health Organization. Regional Office for Europe (2016) *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. World Health Organisation Regional Office for Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025> (Accessed 12 December 2018).
- Zwald, M.L., et al., 2017. Understanding Municipal Officials' Involvement in Transportation Policies Supportive of Walking and Bicycling. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23 (4), 348–355. doi:10.1097/PHH.000000000000152.

Etude 2 : Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé

A) Contexte et objectif :

Les résultats de l'étude 1 ont montré que les recherches portant sur les politiques locales de promotion de la santé par l'AP n'étaient pas systématiquement basées sur des cadres théoriques ou conceptuels, ni sur des méthodes mixtes pour collecter des données, ni sur des instruments standardisés pour analyser les politiques et les comparer dans différents contextes. Or, pour le niveau national, la littérature fait état d'un outil d'audit des politiques de promotion de l'AP bénéfique pour la santé (i.e., Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool version 2) développé par l'OMS qui permet de collecter des données pertinentes sur les politiques à partir d'une méthode mixte standardisée. Par conséquent, l'objectif de cette étude était de développer un cadre d'analyse des politiques locales activité physique-santé à partir de l'outil d'audit des politiques nationales de l'OMS. Le développement de ce cadre d'analyse s'appuie également sur des données issues de la revue exploratoire de la littérature (étude 1).

B) Méthodes :

Cette étude s'est déroulée en trois étapes : (1) un groupe intersectoriel d'experts a été constitué, puis ce groupe a adapté chaque élément de l'outil HEPA PAT v2 au niveau local ; (2) une phase de test avec 7 collectivités territoriales a permis de collecter des données et des retours sur l'utilisation de l'outil ; et (3) à partir des résultats de l'étape 2, un atelier final a été organisé pour ajuster et finaliser l'outil.

C) Résultats :

La version finale de CAPLA-Santé contient 21 éléments répartis en six grandes sections : vu d'ensemble des acteurs de l'AP-santé sur le territoire, documents de cadrage, contenu des politiques, financement et engagement politique, études et mesures relatives à l'AP sur le territoire, et progrès à réaliser, défis à relever (annexe 1). CAPLA-Santé permet la collecte et l'analyse approfondie des politiques locales pour évaluer le degré de développement de la promotion de la santé, ainsi que des collaborations intersectorielles. Le CAPLA-Santé permet également d'identifier des barrières et des leviers au développement de politiques de promotion de la santé par l'AP.

D) Article :

Noël Racine, A., Van Hoye, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, JM., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A. (2020). Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé. *Health Promotion Practice*.
<https://doi.org/10.1177/1524839920916462>

Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé

Antoine Noël Racine, MSc¹ 
 Aurélie Van Hoyer, PhD²
 Amandine Baron, MSc^{2,3}
 Flore Lecomte, MSc³
 Jean-Marie Garbarino, PhD¹
 Bernard Massiera, PhD¹
 Marina Honta, PhD⁴
 Anne Vuillemin, PhD¹ 

The promotion of health-enhancing physical activity (HEPA) has become a key objective in public health policy. Therefore, based on the national HEPA Policy Audit Tool Version 2 (HEPA PAT v2) of the World Health Organization, a tool was designed to support local governments in assessing HEPA policies. This study aims to describe the adaptation and testing of the HEPA policy analysis tool (CAPLA-Santé) at the local level in France. The work was conducted in three stages: (1) an intersectoral group of experts was constituted, and the group adapted each item of the HEPA PAT v2 tool to the local level; (2) a testing phase with seven local governments helped to collect data and feedback on the tool; and (3) a final workshop was organized to adjust and finalize the tool. The final version of CAPLA-Santé contains 21 items divided into six major sections: overview of HEPA stakeholders in the local government area, policy documents, policy contents, funding and political engagement, studies and measures relating to physical activity in the local government area, and progress achieved and future challenges. CAPLA-Santé allows the collection and in-depth analysis of local level policies to assess the progress in promoting HEPA and intersectoral collaboration as well as identifying successful policy levers and remaining challenges.

Keywords: health promotion; physical activity; local government; policy; assessment

Health-enhancing physical activity (HEPA) policies have been developed over the past few years by governments at the national and subnational levels (Breda et al., 2018; Daugbjerg et al., 2009; Varela et al., 2017; Wilkinson, 2006). The increased recognition of the importance of physical activity as a policy area was supported by the development of policy frameworks by the World Health Organization (WHO), which encourages the development and the implementation of national and subnational policies promoting HEPA across multiple sectors (WHO, 2016, 2018).

¹Université Côte d'Azur, Nice, France

²Université de Lorraine, Nancy, France

³Société Française de Santé Publique, Laxou, France

⁴Université de Bordeaux, Bordeaux, France

Authors' Note: We would like to thank the members of the CAPLA-Santé expert group, department heads, and elected officials who participated to this study. A sincere thank you to Stacey Johnson for her diligent proofreading of this article. This work was supported by a PhD grant from the Région Sud; the association Azur Sport Santé and the Direction Générale de la Santé, Ministry of Health; and Santé Publique France. Address correspondence to Anne Vuillemin, Faculté des Sciences du Sport, Laboratoire Motricité Humaine Expertise Sport Santé, Université Côte d'Azur, 261 Boulevard du Mercantour, Nice, 06205, France; e-mail: anne.vuillemin@univ-cotedazur.fr.

Health Promotion Practice

Month XXXX Vol. XX, No. (X) 1–9

DOI: 10.1177/1524839920916462

Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions

© 2020 Society for Public Health Education

According to the literature on “health in all policies,” the integration of health issues, such as physical activity, into policy decision making across intersectoral collaborations is a key factor of success in promoting health (De Leeuw & Clavier, 2011; Ollila, 2011). To help foster intersectoral collaboration and to provide a comprehensive overview of national HEPA policies, the WHO developed the HEPA Policy Audit Tool (PAT) with an updated version published in 2015. Version 2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015). The HEPA Policy Audit Tool Version 2 (HEPA PAT v2) is structured in a “question-and-answer” format (28 items in 11 sections) based on the literature and on a pilot study conducted in seven countries. The instrument may be addressed to key informants from a broad range of sectors involved in the development of HEPA policies. This standardized tool allows the collection and compilation of data related to national policies (e.g., context, process, content, and implementation) in order to assess the progress in promoting HEPA and intersectoral collaboration, and to identify successful policies levers (Bull et al., 2014). The HEPA PAT has been pilot tested in seven European countries (Bull et al., 2015), including France (Prévo-Ledrich et al., 2016; Van Hoye et al., 2019), and used in countries of the Eastern Mediterranean region (WHO, 2014). All of these studies pointed out the importance of the local level for HEPA promotion because this is the level where people live, work, and play. Thus, local governments have a crucial role in HEPA promotion (Wilkinson, 2006). Local government may be defined as “local authorities at city/municipal, or county, or regional/state level” (Spitters et al., 2017). These local-level authorities have the capacity to define and implement policies that may support a community’s ability to be active, by integrating a multisectoral approach (Wilkinson, 2006). Moreover, previous work suggested that collaboration at both the national and local levels is needed in order to develop the practice of physical activity (Cavill et al., 2006; Vuori et al., 2004).

In France, a decentralization process has transferred some legal and “discretionary” jurisdictions (optional according to the law) from the national government to local governments (Halpern et al., 2018). Depending on the type and scale of local governments (city, metropolitan area, county, or region), the power of local authorities to implement HEPA policies may be different. However, most of them have the legal power to act on many determining factors affecting health across sectors such as urban development, environmental, social, sports, and health services. Thus, local government has a major role to play in the promotion of HEPA by implementing intersectoral policies (Bull et al., 2014; Bull et al., 2015; Wilkinson, 2006).

While the literature on this topic at the national level is increasing (Klepac Pogrmilovic et al., 2018), little is known about local evidence of HEPA policies to support local governments (Bull, 2018). Moreover, a recently developed framework for physical activity policy analysis highlights the need for analysis of local-level policies (Klepac Pogrmilovic et al., 2019). Although the HEPA PAT contains some questions concerning the local level (Bull et al., 2014; WHO, 2015), there are no standardized instruments to capture the relevant local HEPA policy information. Therefore, based on the HEPA PAT v2 a local HEPA PAT was developed in French (CAPLA-Santé: analysis tool for local HEPA). This article aims to report on the development and pilot testing of CAPLA-Santé designed to carry out the collection of comprehensive information on local HEPA policies.

► METHOD

CAPLA-Santé was developed between September 2017 and July 2018. The work was conducted in three stages: (1) adaptation of the HEPA PAT v2 to the local level, (2) pilot testing, and (3) formalization of the final version of the tool.

Adaptation of the HEPA PAT v2 to the Local Level

A multidisciplinary panel of intersectoral experts was constituted ($n = 17$) representing different organizations that included researchers, professionals, national, and local policy makers from the health, sport, and transport sectors (Table 1).

The project was initiated by exploring the scientific literature on local governmental HEPA policies to guide the development of CAPLA-Santé. Two independent researchers searched in seven databases to extract peer-reviewed research articles published in English between January 2006 and December 2016. A total of 21 articles were extracted. From these results, some specificities at the local level were identified, such as territorial and contextual variables that could influence HEPA policies: territory size, urban or rural context, human resources and funding, coordination of local governments at different sublevels, involvement and relationships between stakeholders, community support, characteristics of the community, and characteristics of the built and natural environment. These specificities were taken into consideration for the adaptation of the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015).

Six workshops were organized with the panel of experts to adapt the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014;

TABLE 1
The Multidisciplinary and an Intersectoral Experts' Panel

<i>Organization</i>	<i>No. of experts</i>	<i>Sector</i>
Ministry for Solidarity and Health	1	Health
National Public Health Agency	1	Health
French Society of Public Health	2	Health
French National Olympic and Sports Committee	2	Sports
Regional Directorate for Youth, Sports and Social Cohesion, Ministry of Sports	1	Sports
Inter-ministerial Coordination for the Development of Walking and Bicycle Use, Ministry of Ecological and Solidarity Transition	1	Transport
French Society of Exercise and Sports Medicine	2	Sports and health
Université Côte d'Azur (1 academic and 1 PhD student)	2	Higher education and research
University of Lorraine (1 academic)	1	Higher education and research
University of Bordeaux (1 academic)	1	Higher education and research
University of Liège	1	Higher education and research
General Commission for Territorial Equality	1	Social
World Health Organization French Healthy Cities Network	1	Multisectoral

WHO, 2015) to the local level (Table 2). Items and sections were added or deleted, duplicate ideas were condensed, and wording of the statement elements was enhanced to improve clarity and representativeness. The aim was to optimize the clarity of the use of CAPLA-Santé by different types of stakeholders (e.g., policy makers, policy implementers, researchers, etc.) from various sectors.

Pilot Testing

The pilot testing was carried out from February 2018 to June 2018. The first version of CAPLA-Santé was tested on local governments at the subnational level, in two territories located in the South and the East of France. In each pilot territory, a coordinator from the panel of experts contacted local governments at different administrative levels to voluntarily participate in the

TABLE 2
Details of the Workshop's Tasks

<i>Workshop</i>	<i>Workshop tasks</i>
Workshop 1 (October 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Presentation of the results of the scoping review on local governmental policies promoting HEPA • Sharing definitions of the key terms and reaching a consensus: "policy," "local government," and "physical activity" • First brainstorming session: adaptation of each section and items of the HEPA PAT v2 to the local level
Workshop 2 (November 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Second brainstorming session: reaching a consensus from panel experts to adapt each section and item of the HEPA PAT v2 to the local level
Workshop 3 and 4 (December 2017-January 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Work on the protocol for the pilot testing
Workshop 5 (February 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Protocol validation for the pilot testing
Workshop 6 (July 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Finalization and formalization of the first version "CAPLA-Santé" following the pilot testing

Note. HEPA = health-enhancing physical activity; HEPA PAT v2 = HEPA Policy Audit Tool Version 2.

pilot testing. The objective was to recruit a minimum of one local government at different levels (city, metropolitan area, county, region). Local governments were initially contacted by email. In order to test and collect comprehensive information on local policy, the coordinator had, for each local government, to (1) collect and review written HEPA policy documents from the local government through websites and conduct interviews with key informants from several sectors (health, sport, transport, urban, environment). These policy documents could be strategies, action plans, guidelines, deliberations, local authority articles of association, memos, meeting reports, electoral programs, or website information, and (2) address all items of the tool to key informants through structured interviews. During the interviews a glossary of key terms was provided to key informants to explain the concept, such as HEPA, policy, or local level.

Through interviews, key informants provided qualitative feedback on the clarity, relevance, and acceptability of all items. Each structured interview was digitally recorded and transcribed verbatim. Their feedback was used to formalize the final version of CAPLA-Santé during the final workshop (Table 2).

Moreover, when the local government was volunteered, a meeting involving the interviewed key informants was proposed to validate, in a collective way, the information collected using CAPLA-Santé. This step aimed to add elements helping to improve the use of CAPLA-Santé and to understand in which way it could be used by policy makers.

Formalization of the Final Version of CAPLA-Santé

A final workshop was organized with the panel of experts in order to reach a consensus on the final version of the tool. The coordinators presented the data collection results including qualitative feedback from key informants on the clarity and the relevance of items. Based on these results, the panel of experts reviewed certain items of the tool. Consensus was then reached on the final version of CAPLA-Santé.

► RESULTS

Adaptation of the HEPA-PAT to the Local Level

During the workshop sessions, some key notions were debated, such as “policy,” “action,” “intervention,” and “the scale of the local level.” As policy is a broad field, the group of experts decided to use the same definition of policy that was used in the HEPA PAT v2 for the national level: “Written document that contains priorities, defines goals and objectives, and usually

[comes from a specific sector of] public administration” (WHO, 2015, p. 7; Bull et al., 2014).

The group of experts decided to consider the local level from local government scales: city, county, and regional levels as defined by Spitters et al. (2017). Thus, each notion defined and shared by the group of experts allowed them to reach a consensus on the item’s adaptation to the local level.

Of the 28 items of the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015), seven items were not considered to be relevant for the local level and were excluded (Items 1, 4, 11, 15, 18, 19, 26). All of the 21 remaining items were translated into French and 17 items were adapted to the local level. Consequently, of the 11 sections of the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015), two were excluded (Sections 1 and 9), Sections 4 and 5 were merged, and Sections 3 to 7 were merged to provide six sections in total.

By the end of the last workshop, a first version of CAPLA-Santé was drafted. The tool contained 21 items divided into six major sections: (1) overview of stakeholders involved in the promotion of HEPA in the territory (5 items), (2) policy documents (3 items), (3) policy contents (6 items), (4) funding and political engagement (1 item), (5) studies and measures related to physical activity in the territory (3 items), and (6) progress achieved and challenges to be addressed (3 items).

Pilot Testing

Seven local governments participated in the pilot testing phase: city ($n = 4$), metropolitan area ($n = 1$), county ($n = 1$), and region ($n = 1$; Table 3). Key informants interviewed ($n = 20$) were from the sports ($n = 10$), health ($n = 6$), transport ($n = 2$), urban development ($n = 1$), and environmental ($n = 1$) sectors. Both coordinators that led the data collection using semistructured interviews reported some difficulties in identifying key informants involved in the promotion of HEPA in local governments. According to the local governments, the sectors and people involved in HEPA promotion were different, making it difficult to identify a key informant. For example, in some local governments, the health sector has a specific dedicated service, whereas in other local governments, this service was lacking or merged with another, as in France, each local government can organize their departments as they wish. Most key informants were department heads ($n = 18$), and a few were elected officials ($n = 2$).

The semistructured interviews with the local government “F” (county level) and “G” (regional level) did not allow the completion of most of the items of the first version of CAPLA-Santé. Participants could only complete

TABLE 3
Type of Local Governments and Key Informants

<i>Local governments</i>	<i>Type of local authorities</i>	<i>No. of key informants interviewed</i>	<i>Represented sectors</i>
A	City	4	Sports, health, urban development
B	City	3	Sports, health
C	City	2	Sports, environment
D	City	3	Sports, health, transportation
E	Metropolis	3	Sports, health
F	County	2	Sports, health
G	Region	3	Sports, health, transportation

items from Section 1 on the overview of stakeholders involved in the promotion of HEPA in the territory. Nevertheless, participants from these governments were able to identify a few stakeholders. Other items could not be completed because these local governments did not have any HEPA policies. For other local governments (A, B, C, D, and E), the cross-data collection through semistructured interviews made it possible to complete all items of the first CAPLA-Santé. Sometimes, the key informant alone was not able to provide information for certain items, but these items were completed afterward by key informants from other sectors of the same local government as already found at the national level (Bull et al., 2014; Bull et al., 2015).

Key informants gave qualitative feedback on the clarity and the relevance of the items on the first version of CAPLA-Santé. Although a list of key terms was provided (HEPA, policy, local level), sometimes items seemed confusing to some key informants due to a different representation of certain key notions such as policy/action, coordination/collaboration, and sedentary/inactivity. Following this, a broader list of terms was created and improved to help stakeholders clearly understand the items.

A total of 28 written HEPA policy documents were collected and reviewed (Figure 1), coming from different sectors: transport ($n = 8$), sports ($n = 7$), environmental ($n = 4$), health ($n = 3$), education ($n = 3$), and social ($n = 3$). Sometimes, written HEPA policy documents were not identified by the coordinators during the document review on local government websites but were identified during the semistructured interviews with key informants. Most of them were not published on local government websites but were internal documents. In contrast, sometimes written HEPA policy documents were identified by the coordinators during the document review, but key informants were not aware of them. Sometimes, key informants confused

written HEPA policies with actions. The classification of a document as a written HEPA policy was not always easy. Collected HEPA policy documents were usually not detailed, or were not downloadable, they were succinctly described on the website without further information. Some information had to be supplemented or explained by key informants in order to have a better understanding of the context of the policy.

Local Governments A and D were volunteered to organize a collective meeting to validate the information collected using CAPLA-Santé. Key informants from the sports (elected official and department head), health (department head), and urban development sectors (department head; $n = 4$) participated in the focus group of local Government A. Key informants from the health (department head), urban development (department head), and environmental sectors (elected official; $n = 4$) participated in the collective meeting of local Government B. CAPLA-Santé was perceived as being “useful for promoting discussion and collaboration among the various departments of our city” (department head). Some elected officials and department heads would use the tool as a catalyst and an advocacy tool to promote HEPA in their territories: “The promotion of HEPA is a new strategy in the development of local policies” (elected official). Moreover, it could “stimulate a global approach to HEPA through an intersectoral dynamic” (department head). The overview of local HEPA policies that can produce CAPLA-Santé “could help to formalize a global HEPA policy” and “highlight intersectoral action” (elected official).

The complete process of using CAPLA-Santé took 6 months and included (1) contacts with local governments, (2) document reviews, (3) semistructured interviews, (4) reporting and summarizing data, and (5) collective meeting to validate the information collected using CAPLA-Santé.

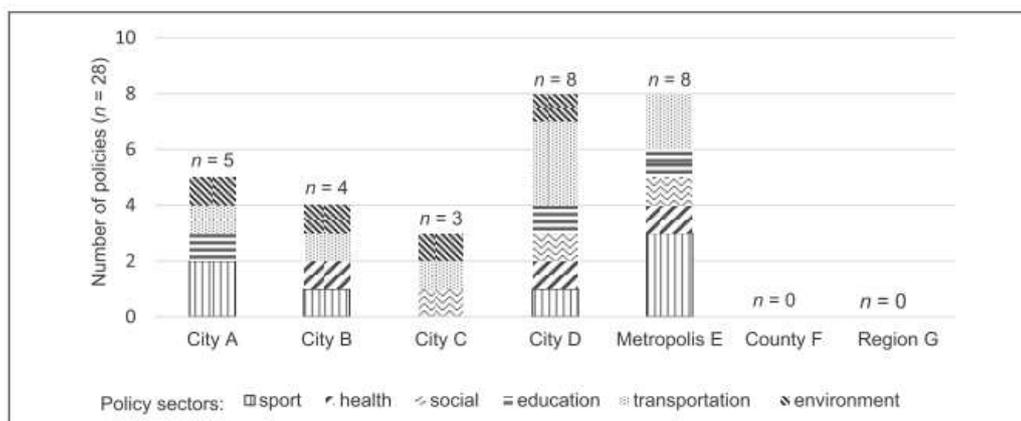


FIGURE 1 Written HEPA Documents Collected From Local Governments

Formalization of the Final Version of CAPLA-Santé

Based on pilot testing, the final version of CAPLA-Santé contained 21 items divided into six major sections. The type and number of items and major sections did not change from the first version. According to user experience during pilot testing, all items seemed to be relevant. However, based on the feedback of key informants, some items were discussed (n = 11), and rephrased (n = 10) to enhance clarity.

Following the finalization of the last version of CAPLA-Santé and based on pilot testing, a glossary of terms, an interview grid, an accompanying guide, and an inventory of potential policy documents and funding and data sources were developed to facilitate the use and dissemination of the tool. CAPLA-Santé is available in English in the Supplemental Material.

DISCUSSION

From the adaption of the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015) by a multidisciplinary and intersectoral group of experts, a local HEPA policy analysis tool was developed: CAPLA-Santé. This tool provides an overview of HEPA policies at the local level.

The main challenge in adapting the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015) was to take into account specificities of the local level compared with the national level. Many contextual variables could affect local HEPA policy (Reis et al., 2016). In addition, structural variables could also affect local HEPA policies, like the local government system’s organization. The French local governmental system is organized at different levels (e.g.,

municipality, metropolis, county, region) and with different types of administration, with different responsibilities and authorities (Halpern et al., 2018). Moreover, these local governments can decide for themselves how to organize their departments. For example, in the pilot test some municipalities had a health sector department, whereas others did not. Therefore, items of CAPLA-Santé were adapted to take into account the particularities of the local governmental system as it is organized in France.

The type, scale, and jurisdiction of local governments may be different in other countries. Thus, the responsibilities and characteristics of local governments may influence the way in which HEPA policies are developed and implemented. The political structure and system organization influences the way in which physical activity policies are delivered at the local level, as shown by Bull et al. (2014) in the development of the HEPA PAT v2.

Another important aspect of the adaptation of HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015) to CAPLA-Santé was the translation of key terms into French. The terms used in CAPLA-Santé were different from the terminology used in the original HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015). Modifications of terms were requested by the workshop participants to make the tool understandable for policy makers at the local level. The pilot testing showed that if the list of terms provided was not completed and clear, policy makers were often confused.

Results showed several difficulties for potential users: Key terms were not always understandable, identifying key informants was challenging, and HEPA

policy documents were complex. Therefore, based on the experience of the pilot testing, several documents were created, such as a glossary of terms, an interview grid, an accompanying guide, and an inventory of potential policy documents and funding and data sources. Most of these documents, which aim to help users, did not exist in the HEPA PAT v2 at the national level (Bull et al., 2014; WHO, 2015).

While the HEPA PAT v2 contains some questions concerning the local level (Bull et al., 2014; WHO, 2015), CAPLA-Santé includes some questions related to the national level. The use of the HEPA-PAT allowed researchers to discover that local level government is important when implementing national policy (Bull et al., 2015; Prévot-Ledrich et al., 2016; Van Hoyer et al., 2019; WHO, 2014). Although some local governments can develop HEPA policies without the support of national policies, the use of CAPLA-Santé could assess how national policy influences the development of HEPA policies at local levels.

Another added element compared to the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015) was the data collection from both department heads (who usually implement policies) and, whenever possible, from elected officials. Collecting both types of perceptions of the framing and implementation of HEPA policies provides a better overview of policy progress (Muellmann et al., 2017). Adding the point of view of elected officials allows an understanding of how and why local governments decide to develop a HEPA policy. In that way, barriers and levers of political decisions concerning HEPA promotion can be identified in more depth.

Regarding the importance of concepts such as “health in all policies” with intersectoral collaboration in the public health field (De Leeuw & Clavier, 2011; Ollila, 2011), it was important to systemically collect data from different sectors thanks to the triangulation between interviews and reviewed documents, as is proposed in CAPLA-Santé. All the more so, as the local level seems to be a good arena for implementing intersectoral collaboration (Rantala et al., 2014). During this pilot testing phase, key informants were sometimes unaware of HEPA policies implemented by other sectors of their local government. They usually did not adopt a global and intersectoral HEPA policy, especially when these areas were outside of health and sports. These types of results were also observed at the national level when the HEPA PAT V2 was used in France by Prévot-Ledrich et al. (2016): In the absence of a global policy promoting physical activity, few sectors were involved and lacked coordination. Thus, CAPLA-Santé could highlight and enhance the mechanisms of intersectoral collaboration and coordination existing at the local level.

Using a collective consensus process with semistructured interviews and meetings, CAPLA-Santé was collaboratively produced by policy makers, professionals, and researchers from different sectors or disciplines. From this complex interplay, this tool analyzing local HEPA policies could be used as an interface between research, policy, and practice. The literature highlighted the need to bridge the gap between evidence and action (Brownson & Jones, 2009). While developing CAPLA-Santé, this method, which involved various stakeholders working on the promotion of HEPA, allowed different types of knowledge to be integrated. In this way, the tool was able to better embrace the complexity of local HEPA policies and capture relevant policy information.

Limitations

This study had certain limitations. Although CAPLA-Santé could be adapted to other country contexts, some modified items of the HEPA PAT v2 (Bull et al., 2014; WHO, 2015) to the local level are specific to the French context such as the policy system organization at the subgovernmental level. The HEPA PAT was improved with a second version based on user experiences (Bull et al., 2014; WHO, 2015). CAPLA-Santé could also be improved through an iterative process. Furthermore, CAPLA-Santé might not consider all aspects of local HEPA policies, the political decision-making process, or the policy change over time. During the development of the tool, the intersectoral group of experts may have neglected to add certain items. Local governments included in the pilot test may not be completely representative because they were not randomly selected but resulted from previous contacts with the coordinator of the expert panel. During the development of the tool, the time allowed for the testing phase was limited, and it proved difficult to contact local volunteer governments.

Implications for Practice, Policy, and Research

Based on the HEPA PAT v2 of the WHO (2015; Bull et al., 2014), CAPLA-Santé was designed to provide a process to overview HEPA policies at the local French level. Pilot testing suggests that this local HEPA PAT tool allows the collection and in-depth analysis of policy and context in order to assess the progress of the promotion of HEPA, intersectoral collaboration, and the identification of successful policy levers. Using mixed methods with key informants across multiple sectors, CAPLA-Santé could prove to be useful for researchers, policy makers (e.g., elected officials), policy implementers (department heads), or any other stakeholders involved in the promotion of HEPA. It could be used as a decision making and advocacy tool

for local stakeholders or as a process framework for collecting and analyzing policy data for researchers. Broader research with this standardized instrument is now needed in order to better understand the development and implementation of HEPA policies, while taking the local context into account. Results of this research could help strengthen the capacity of local governments in building HEPA policies.

ORCID iDs

Antoine Noël Racine  <https://orcid.org/0000-0001-9513-9248>

Anne Vuillemin  <https://orcid.org/0000-0002-5778-0285>

SUPPLEMENTAL MATERIAL

Supplemental Material for this article is available at <https://journals.sagepub.com/home/hpp>.

REFERENCES

Breda, J., Jakovljevic, J., Rathmes, G., Mendes, R., Fontaine, O., Hollmann, S., Rütten, A., Gelius, P., Kahlmeier, S., & Galea, G. (2018). Promoting health-enhancing physical activity in Europe: Current state of surveillance, policy development and implementation. *Health Policy, 122*(5), 519–527. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.015>

Brownson, R. C., & Jones, E. (2009). Bridging the gap: Translating research into policy and practice. *Preventive Medicine, 49*(4), 313–315. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.06.008>

Bull, F. (2018). Translating science to inform global policy on physical activity. *Journal of Sport and Health Science, 7*(1), 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2017.10.005>

Bull, F. C., Milton, K., & Kahlmeier, S. (2014). National policy on physical activity: The development of a policy audit tool. *Journal of Physical Activity & Health, 11*(2), 233–240. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0083>

Bull, F., Milton, K., Kahlmeier, S., Arlotti, A., Juričan, A. B., Belander, O., Martin, B., Martin-Diener, E., Marques, A., Mota, J., Vasankari, T., & Vlasveld, A. (2015). Turning the tide: National policy approaches to increasing physical activity in seven European countries. *British Journal of Sports Medicine, 49*(11), 749–756. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-093200>

Cavill, N., Foster, C., Oja, P., & Martin, B. W. (2006). An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *Promotion & Education, 13*(2), 104–111. <https://doi.org/10.1177/10253823060130020104>

Daugbjerg, S. B., Kahlmeier, S., Racioppi, F., Martin-Diener, E., Martin, B., Oja, P., & Bull, F. (2009). Promotion of physical activity in the European region: Content analysis of 27 national policy documents. *Journal of Physical Activity & Health, 6*(6), 805–817. <https://doi.org/10.1123/jpah.6.6.805>

De Leeuw, E., & Clavier, C. (2011). Healthy public in all policies. *Health Promotion International, 26*(2), 237–244. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar071>

Halpern, C., Hassenteufel, P., & Zittoun, P. (2018). *Policy analysis in France*. Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1zqnr8>

Klepac Pogrmilovic, B., O’Sullivan, G., Milton, K., Biddle, S. J. H., Bauman, A., Bellew, W., Cavill, N., Kahlmeier, S., Kelly, M. P., Mutrie, N., Pratt, M., Rutter, H., Varela, A. R., Woods, C., & Pedisic, Z. (2019). The development of the Comprehensive Analysis of Policy on Physical Activity (CAPPA) framework. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16*(1), Article 60. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0822-5>

Klepac Pogrmilovic, B., O’Sullivan, G., Milton, K., Biddle, S. J. H., Bauman, A., Bull, F., Kahlmeier, S., Pratt, M., & Pedisic, Z. (2018). A global systematic scoping review of studies analysing indicators, development, and content of national-level physical activity and sedentary behaviour policies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 15*(1), Article 123. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0742-9>

Muellmann, S., Steenbock, B., De Cocker, K., De Craemer, M., Hayes, C., O’Shea, M. P., Horodyska, K., Bell, J., Luszczynska, A., Roos, G., Langoien, L. J., Rugseth, G., Terragni, L., De Bourdeaudhuij, I., Brug, J., & Ischke, C. R. (2017). Views of policy makers and health promotion professionals on factors facilitating implementation and maintenance of interventions and policies promoting physical activity and healthy eating: Results of the DEDIPAC project. *BMC Public Health, 17*(1), 932. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4929-9>

Ollila, E. (2011). Health in all policies: From rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health, 39*(6), 11–18. <https://doi.org/10.1177/1403494810379895>

Prévot-Ledrich, J., Van Hoye, A., Lombrail, P., Lecomte, F., & Vuillemin, A. (2016). Overview of French public policies promoting health-enhancing physical activity. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France), 28*(Suppl. 1), S25–S31. <https://doi.org/10.3917/spub.160.0025>

Rantala, R., Bortz, M., & Armada, F. (2014). Intersectoral action: Local governments promoting health. *Health Promotion International, 29*(1), i92–i102. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau047>

Reis, R. S., Salvo, D., Ogilvie, D., Lambert, E. V., Goenka, S., Brownson, R. C., & Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. (2016). Scaling up physical activity interventions worldwide: Stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet, 388*(10051), 1337–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30728-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30728-0)

Spitters, H., Lau, C., Sandu, P., Quanjel, M., Dulf, D., Glümer, C., van Oers, H., & Van de Goor, I. (2017). Unravelling networks in local public health policymaking in three European countries: A systems analysis. *Health Research Policy and Systems, 15*(1), Article 5. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0188-2>

Van Hoye, A., Vandoorne, C., Absil, G., Lecomte, F., Fallon, C., Lombrail, P., & Vuillemin, A. (2019). Health enhancing physical activity in all policies? Comparison of national public actors between France and Belgium. *Health Policy, 123*(3), 327–332. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.008>

Varela, A. R., Pratt, M., Powell, K., Lee, I. M., Bauman, A., Heath, G., Martins, R. C., Kohl, H., & Hallal, P. C. (2017). Worldwide surveillance, policy, and research on physical activity and health: The global observatory for physical activity. *Journal of Physical Activity & Health, 14*(9), 701–709. <https://doi.org/10.1123/jpah.2016-0626>

Vuori, I., Lankenau, B., & Pratt, M. (2004). Physical activity policy and program development: The experience in Finland. *Public*

Health Reports, 119(3), 331–345. <https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.04.012>

Wilkinson, R. (2006). *The solid facts: Promoting physical activity and active living in urban environments: The role of local governments* (WHO Regional Publications, European Series No 89), World Health Organization.

World Health Organization. (2014). *Tenth annual meeting of HEPA Europe European network for the promotion of health-enhancing physical activity. Report of a WHO meeting, 28-29 August 2014, Zurich, Switzerland*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/288580/Tenth-annual-meeting-of-HEPA-Europe-Zurich-rev1.pdf?ua=1

World Health Organization. (2015). *Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT): Version 2 (2015)*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2015/health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat-version-2-2015>

World Health Organization. (2016). *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. World Health Organisation Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world. Global action plan on physical activity 2018–2030*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

Etude 3 : Analysis of the local health-enhancing physical activity policies in the French Riviera

A) Contexte et objectif :

Les résultats de la revue exploratoire de la littérature (i.e., étude 1) ont montré qu'il y a peu d'études portant sur les politiques locales de promotion de la santé par l'AP. De plus, les études déjà menées sur le sujet proviennent principalement des pays anglo-saxons. Or les résultats de l'étude 1 suggèrent que les spécificités du pays et du contexte local affectent le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP. Ainsi, à partir du Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité Physique-Santé (CAPLA-Santé) développé dans l'étude 2, l'étude 3 avait pour objectif de mieux comprendre le développement des politiques locales de promotion la santé par l'AP dans le contexte azuréen.

B) Méthodes :

Les responsables des sports, de la santé et des affaires sociales des municipalités de taille moyenne des départements des Alpes-Maritimes et du Var ont été ciblées pour cette étude ($n = 17$). Dans chaque municipalité, des données ont été recueillies à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de responsables de services, et d'analyses documentaires afin de compléter le CAPLA-Santé.

C) Résultats :

Au total, 10 municipalités se sont portées volontaires pour participer à cette étude. Les entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des responsables des sports ($n = 10$), de la santé ($n = 5$) et des affaires sociales ($n = 6$) de ces municipalités. Des documents de cadrages ont été formalisés dans 6 municipalités ; 4 d'entre elles ont basé leurs politiques sur des recommandations scientifiques ou une politique nationale. Ces documents de cadrage ($n = 14$) provenaient principalement des secteurs du sport ($n = 8$) et de la santé ($n = 4$). Certaines municipalités ($n = 3$) assuraient un rôle de leadership dans les collaborations intersectorielle. Les résultats suggèrent que l'appui des politiques nationales, l'engagement des élus et un réseau d'acteurs important pourraient favoriser le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP. A l'inverse, le manque de collaboration et de ressources intersectorielles pourrait limiter ce développement.

D) Articles :

Noël Racine, A., Garbarino, J. M., Massiera, B., Vuillemin, A. Analysis of the local health-enhancing physical activity policies in the French Riviera (prochainement soumis).

Analysis of the local health-enhancing physical activity policies in the French Riviera

Antoine Noël Racine¹, Jean-Marie Garbarino¹, Bernard Massiera¹, Anne Vuillemin¹

¹ Université Côte d'Azur, LAMHESS, France. Graduate School of Health Science Ecosystems, 261 Boulevard du Mercantour, B.P. 3259, 06205 NICE Cedex 03, France. mail to: antoine.noel-racine@etu.univ-cotedazur.fr; jean-marie.garbarino@univ-cotedazur.fr; bernard.massiera@univ-cotedazur.fr; anne.vuillemin@univ-cotedazur.fr

Corresponding author: Anne Vuillemin, Graduate School of Health Science Ecosystems, 261 Boulevard du Mercantour, B.P. 3259, 06205 Nice Cedex 03, France. Phone: +33 489 153 963, Email: anne.vuillemin@univ-cotedazur.fr

Funding: This work was supported by a PhD grant from the Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur and the association Azur Sport Santé.

ABSTRACT

Background: Policy is one of the levers to initiate structural and environmental changes to foster health-enhancing physical activity (HEPA) promotion. However, little is known about local evidence to support governments regarding their policies to promote HEPA. This study aims to carry out the collection of comprehensive information on municipal HEPA policies on the French Riviera to provide an overview of the development of these policies in this territory.

Methods: Mid-size cities from the 2 counties constituting the French Riviera were targeted ($n = 17$). In each city, a local HEPA policy analysis tool, CAPLA-Santé, was administered to key informants heading the departments of sport, health and social. Data were collected using semi-structured interviews and documents analysis.

Results: A total of 10 mid-size cities were volunteered to participate. Key informants from the sport ($n = 10$), health ($n = 5$) and social ($n = 6$) departments were interviewed. Written HEPA policy documents were formalized in 6 cities, among which 4 based their policies on scientific evidences or a national policy. These written policy documents ($n = 14$), were mainly from the sport ($n = 8$) and the health ($n = 4$) sectors. Some cities had a head of department to ensure cross-sectoral collaboration ($n = 3$). Key informants reported that the support of national policies, the commitment of elected officials and an important local stakeholders' network facilitated the HEPA promotion; whereas lack of intersectoral collaboration and resources were a limitation.

Conclusions: The results help to better understand the development of municipal HEPA policies, highlighting some barriers, facilitators and perspectives. Using a local HEPA policy analysis tool can provide evidence to support policymakers. These findings could be valuable to scale up HEPA promotion at the local level.

INTRODUCTION

The health benefits of physical activity to prevent non-communicable disease are well established.^{1,2} In this context, health-enhancing physical activity (HEPA) promotion is an important issue in the public health field.^{3,4} According to the literature, policy is one of the levers to initiate structural and environmental change to foster HEPA promotion.⁵⁻⁸ The development of sustainable HEPA policies should provide to people a wide range of real opportunities to adopt a physically active lifestyle.^{7,9-11} It has been shown that a strong HEPA policy intervention have an impact on population health.⁷ Nevertheless, data on physical activity level showed that a significant part of the worldwide population is insufficient physically active.¹² In France, 31% of adults people and 81% of young people doesn't meet the World Health Organization (WHO) recommendations for physical activity.^{13,14} Since the 2000s successive French national governments has developed HEPA policies to address the problem of physical inactivity.^{15,16,17} However, solving the problem of physical inactivity is complex.¹⁸ The involvement of a national or federal government alone is insufficient.¹⁹ HEPA promotion require also the implication of governments at the local level involving a large scale of sectors and stakeholders.¹⁹⁻²¹ The local level is particularly suitable to implement intersectoral policies for HEPA promotion, by influencing the conditions and the environments where people live.^{9,22,23} This means that local government have to deal with complex ecosystems embedded in specific context.²⁴ But little is known about local evidence supporting governments regarding their policies to promote HEPA.²⁵ And a recent review exploring published research on local governmental HEPA policies showed that the scientific literature on the topic remains scarce.²⁶ HEPA policies analysis can improve awareness of policy-makers and researchers on gaps and opportunities to increase the physical activity level of the population.²⁷ In addition, there is a need to extend HEPA promotion monitoring through policy indicators to improve the policy-making and the policy decision.⁷ A better understanding of the development and the implementation of local HEPA policies could help to provide suitable solutions to local governments. This study aims to carry out the collection of comprehensive information on municipal HEPA policies on the French Riviera to provide an overview of the development of these policies in this territory.

METHOD

Description of CAPLA-Santé tool

CAPLA-Santé (Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé - Analysis Framework of local HEPA policies) is an analysis tool of local HEPA policies developed in

collaboration with the French Society of Public Health.²⁸ Based on the WHO HEPA Policy Audit Tool (PAT) version 2^{27,29}, which analyze national HEPA policies. Briefly, a multidisciplinary and intersectoral group of experts including researchers, professionals and policymakers (national and local levels) were involved to develop CAPLA-Santé. The group of experts adapted each item of the HEPA PAT v2 to the local level. After a test within 7 local governments to provide feedbacks on the framework, a final workshop was organized to adjust and finalize the framework. The final version of CAPLA-Santé (Supplement 1) contains 21 items divided in 6 major sections: overview of HEPA stakeholders in the local government area, policy documents, policy contents, funding and political engagement, studies and measures related to physical activity in the local government area, and progress achieved and future challenges.

Participants

Mid-size municipalities (between 20,000 and 100,000 residents according to INSEE³⁰) from the French Riviera (Alpes-Maritimes and Var counties) were selected for this study ($n = 17$). Municipalities were initially contacted by e-mail. If necessary, a phone call was organized to provide more details on the research project. Municipalities' volunteers to participate to the project were included in the study. Data on the characteristics of each municipality (number of inhabitants, median income per inhabitant, number of people affected by a chronic illness) were collected from the Regional Health Observatory of Provence-Alpes-Côte d'Azur database.³¹ In each municipality, the objective was to recruit a minimum of 2 key informants from 3 main sectors: sport, health and social.

Data collection and analysis

Data were collected between September 2018 and March 2019 from two sources: written HEPA policy documents collected from the internet (website for the municipalities) and key informants from the sport, health and social sectors of the municipalities included in this study. The definition of a written HEPA policy document used in this study was the one used in CAPLA-Santé: *“Written document that contains priorities, defines goals and objectives, and usually comes from a specific sector of public administration”*.²⁸ To be reviewed, written HEPA policy documents collected should clearly have a health objective. Through face to face and phone call semi-structured interviews, all items of the CAPLA-Santé were addressed to key informants from the sport, health and social sectors. Each interview was digitally recorded and transcribed verbatim. After data collection, a final report and a synthesis of CAPLA-Santé

results were provided to each municipality. Data from each municipality were added in a matrix including all items of CAPLA-Santé to conduct a global analysis.

RESULTS

Participants

Among 17 mid-size municipalities invited, 10 were volunteered to participate to this study. In these mid-size municipalities, 21 key informants heading the departments of sport ($n = 10$), health ($n = 5$) and social ($n = 5$) sectors were involved. Table 1 presents the characteristics of the municipalities and key informants interviewed.

Data collection and analysis

The average time of the semi-structured interviews was 35 minutes.

Section 1: overview of HEPA stakeholders in the local government area

Key informants from municipalities identified an average of 4 public structures engaged in HEPA promotion in their territory. Public structures identified were mainly from sport ($n = 15$), health ($n = 13$) and educational ($n = 6$) sectors. Among the 10 municipalities included in this study, 6 considered themselves as a leader to push forward HEPA promotion within their territory; 3 municipalities had a head of department that ensure cross-sectoral collaboration or coordination in implementing HEPA policies, 5 municipalities had connections with a HEPA promotion network. Table 2 presents details of the section for each municipality.

Section 2: policy documents

A total of 14 written HEPA policy documents collected from 6 municipalities were reviewed (Figure 1). These policy documents were from the sport ($n = 8$), health ($n = 4$), social ($n = 1$) and environment ($n = 1$) sectors.

Section 3: policy contents

Of the 14 of written HEPA policy documents collected from municipalities, none included quantitative objectives. Objectives written in these documents were different according to the sector and the target audience such as “to improve the health of people suffering from chronic diseases through physical activity”; or “to facilitate access of free and outdoor physical activity in line with the public health recommendation” or “to maintain the independence of elderly people with physical activity”. Table 3 provides details on the contents of the policies for each municipality.

Section 4: funding and political engagement

Only municipalities having HEPA policies ($n = 6$), identified source of funding helping to implement these policies. Most of the funds were provided by other government bodies at local and national levels, such as the “Agence Régionale de santé” (i.e. Regional Health Agency), “Agenda 21” (i.e. an environmental action plan to be implemented at local level), and the “Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d’Autonomie” (i.e. the county conference of funders for the prevention of loss of autonomy). Municipality ‘A’ also identified funding from the private sector (insurance). No source of funding was recurring (1-year maximum).

Section 5: studies and measures relating to physical activity in the local government area

No municipalities reported a surveillance system relating to physical activity. Municipality ‘A’ conducted 2 surveys: one to explore physical activity expectations and needs of the target audience; and one to measure obesity at school in a HEPA policy development perspective. No municipalities reported cost-benefit study relating to physical activity.

Section 6: progress achieved and future challenges

Table 4 summarizes key moments that played a role in the municipalities HEPA policies development, the strengths and weaknesses to develop these policies, and their progress achieved as well as their future challenges.

DISCUSSION

The use of CAPLA-Santé provided evidence that it could help to enhance or to strengthen the capacity-building of local governments to develop HEPA policies. The results provided an overview of the HEPA policies development in mid-size municipalities from the French Riviera. These results contributed to identify the stakeholders to be involved in HEPA policies at the local level; what type of HEPA policies may be stated by mid-size municipalities in the French context; and what could facilitate or limit the development of these policies. Lastly, the results allowed to explore perspectives of HEPA policies development and provide future research and practice directions. For example, it has been shown that when a dense network of stakeholders was involved in HEPA promotion within the territory, more written policy documents were formalized by the municipalities. Similarly, most of the municipalities with written HEPA policy documents had connections with a HEPA network. Although this cross-

data analysis has no cause-effect relationship, it raises that the emergence of HEPA promotion in the municipal policy agenda could be facilitated by the advocacy of a local HEPA network. One of the most used theory to understand how an issue such as HEPA promotion could be settled in the policy agenda is the ‘*the multiple streams*’ theory.³² According to Kingdon *et al* (1995), the advocacy of strong ‘*policy entrepreneur*’ such as a stakeholders’ network could facilitate the opening of a ‘*policy window*’ rising to an issue in the policy agenda.³³ The use of ‘*the multiple streams*’ theory with data collected from CAPLA-Santé in different contexts and with additional municipalities could highlight the influence of local network of stakeholders in the policy agenda of a municipality. Thus, it could be interesting to explore how a strong local advocacy could stimulate and scale up the development of HEPA policies.³⁴

In addition, national advocacy could also stimulate and scale up the development of the local HEPA policies. The results from the policy documents section showed that municipalities which have developed the most and various HEPA policies, based their policies from national policy and, or scientific evidence. Although, that is in line with the literature^{5,35,36} and with WHO recommendations,^{10,11} there is still a need to better understand the influence between national and local level on HEPA policies, and to better translate research evidence to policy-makers.⁷

There is also a need to investigate the municipalities opportunities and difficulties to use more often an environmental approach.^{6,20,37} In this study, municipalities sparsely implement concrete actions based on the environmental approach, which is not in line with the literature. Studies have shown that HEPA policies should prioritize environmental approaches over individuals such as developing active transport, green park and open-space.^{6,7,9,38} Moreover, such approach allows to target a larger proportion of the population. This difficulty to adopt an environmental approach could be partially explained by the lack of intersectoral collaboration.³⁹⁻⁴¹ Our data showed that when municipalities had HEPA policies, few sectors were involved outside of sport and health. For example; urban or environmental sectors have hardly been involved. Yet, it is well established that to lead effective HEPA policies, it’s necessary to adapt an intersectoral approach.^{7,42} A bridge between last-evidence and policy-makers need to be ensured to improve the efficiency of the HEPA policies.⁴³

A surveillance system is important to provide information in order to develop and implement HEPA policies.^{7,44} In this study, no municipalities had a PA or sedentary behavior surveillance system. The PA and sedentary behavior surveillance should be based on repeated measures to provide data on the level on PA and sedentary behavior but also on associated factors.⁴⁴ For municipalities having a surveillance system, it is probably not a priority due to the budget

constraints and the limited human resources in order to run it. Nevertheless, with the emergence of the accelerometers in the smartphones and applications to measure PA,^{7,45} municipalities have a great perspectives to set up a surveillance system with few resources.

This study had certain limitations. The HEPA policy analysis is limited to two counties in a French context. Moreover, only mid-size municipalities were recruited in these counties. Smaller municipalities (under 20,000 residents according to INSEE ³⁰) having probably less resources to develop HEPA policies than mid-size municipalities; whereas, big municipalities (over 100,000 inhabitants according INSEE ²⁹) having probably much more resources to develop HEPA policies than mid-size municipalities but being more complex to move. However, different magnitude of resources in mid-size municipalities may also occurred, and it's difficult to have homogeneous sample of municipalities. Similarly, it was difficult to recruit key informants who had few times to participate to this study. Key informants interviewed were from only three sectors (sport, health and social) and information from other sectors such as urban or environment may have been missed. Last, data from responses obtained during the interviews may have been biased due to social and political desirability.⁴⁶

CONCLUSIONS

This study carried out the collection of comprehensive information on local HEPA policies on the French Riviera to provide an overview of the HEPA policies throughout this territory. Our results contribute to a better understanding of the development of local HEPA policies, highlighting some barriers, facilitators and perspectives. The use of CAPLA-Santé tool provided policy information that could help policymakers in their HEPA policy decisions. Municipalities need to adopt more systematically intersectoral and environmental approaches in order to enhance the promotion of physical activity. Further studies in different contexts and research translation into practice are now needed to help policymakers to implement these approaches.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study was supported by the Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur under a PhD grant, and co-funded by the association Azur Sport Santé.

REFERENCES

1. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
2. Reiner M, Niermann C, Jekauc D, Woll A. Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2013;13(1):813. doi:10.1186/1471-2458-13-813
3. ISPAH International Society for Physical Activity and Health IIS for PA and. The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development. *Br J Sports Med*. 2017;51(19):1389-1391. doi:10.1136/bjsports-2017-098063
4. Global Advocacy Council for Physical Activity International Society for Physical Activity and Health. The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action. *J Phys Act Health*. 2010;7(3):370-85.
5. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert E V, Goenka S, Brownson RC. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet*. 2016;388(10051):1337-1348. doi:10.1016/S0140-6736(16)30728-0
6. Golden SD, McLeroy KR, Green LW, Earp JAL, Lieberman LD. Upending the Social Ecological Model to Guide Health Promotion Efforts Toward Policy and Environmental Change. *Heal Educ Behav*. 2015;42(1):8-14. doi:10.1177/1090198115575098
7. Ding D, Varela AR, Bauman AE, et al. Towards better evidence-informed global action: lessons learnt from the Lancet series and recent developments in physical activity and public health. *Br J Sports Med*. October 2019. doi:10.1136/BJSPORTS-2019-101001
8. Pratt M, Perez LG, Goenka S, et al. Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience. *Prog Cardiovasc Dis*. 2015;57(4):356-367. doi:10.1016/J.PCAD.2014.09.002
9. Wilkinson R. *The Solid Facts - Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments - the Role of Local Governments : WHO Regional Publications, European Series No 89*. World Health Organization; 2006.
10. World Health Organization. *More Active People for a Healthier World : Global Action*

- Plan on Physical Activity 2018-2030.*; World Health Organization. 2018.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Physical Activity Strategy for the WHO European Region 2016-2025*. World Health Organisation Regional Office for Europe; 2016.
 12. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet Glob Heal*. 2018;6(10):e1077-e1086. doi:10.1016/S2214-109X(18)30357-7
 13. World Health Organization. France - Physical activity factsheet (2018). <http://www.euro.who.int/en/countries/france/data-and-statistics/france>. Published September 21, 2018. Accessed October 7, 2019.
 14. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010.
 15. Prévot-Ledrich J, Van Hoya A, Lombrail P, Lecomte F, Vuillemin A. Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé. *Sante Publique* 2016;1:25. doi:10.3917/spub.160.0025
 16. Daugbjerg SB, Kahlmeier S, Racioppi F, et al. Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents. *J Phys Act Health*. 2009;6(6):805-817.
 17. Van Hoya A, Vandoorne C, Absil G, et al. Health enhancing physical activity in all policies? Comparison of national public actors between France and Belgium. *Health Policy*. 2019;123(3):327-332. doi:10.1016/J.HEALTHPOL.2019.01.008
 18. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*. 2012;380(9838):294-305. doi:10.1016/S0140-6736(12)60898-8
 19. Rütten A, Abu-Omar K, Gelius P, Schow D. Physical inactivity as a policy problem: applying a concept from policy analysis to a public health issue. *Heal Res Policy Syst*. 2013;11(1):9. doi:10.1186/1478-4505-11-9
 20. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert E V, Goenka S, Brownson RC. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet*. 2016;388(10051):1337-1348. doi:10.1016/S0140-6736(16)30728-0
 21. Vuori I, Lankenau B, Pratt M. Physical Activity Policy and Program Development: The Experience in Finland. *Public Health Rep*. 2004;119(3):331-345.

- doi:10.1016/j.phr.2004.04.012
22. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*). 2018;122(3):284-292. doi:10.1016/j.healthpol.2017.12.005
 23. Health Organization Regional Office for Europe. Healthy cities Promoting health and equity-evidence for local policy and practice .
<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/healthy-cities.-promoting-health-and-equity-evidence-for-local-policy-and-practice.-summary-evaluation-of-phase-v-of-the-who-european-healthy-cities-network>. Published 2014. Accessed May 11, 2020.
 24. Spitters HPEM, Lau CJ, Sandu P, et al. Unravelling networks in local public health policymaking in three European countries - a systems analysis. *Heal Res policy Syst*. 2017;15(1):5. doi:10.1186/s12961-016-0168-2
 25. Bull F. Translating science to inform global policy on physical activity. *J Sport Heal Sci*. 2018;7(1):3. doi:10.1016/J.JSHS.2017.10.005
 26. Noël Racine A, Van Hoyer A, Boyd A, et al. A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity. *Int J Sport Policy Polit*. September 2020:1-17. doi:10.1080/19406940.2020.1816561
 27. Bull FC, Milton K, Kahlmeier S. National Policy on Physical Activity: The Development of a Policy Audit Tool. *J Phys Act Heal*. 2014;11(2):233-240. doi:10.1123/jpah.2012-0083
 28. Noël Racine A, Van Hoyer A, Baron A, et al. Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé. *Health Promot Pract*. April 2020:152483992091646. doi:10.1177/1524839920916462
 29. Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT) - version 2 (2015). January 2019. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2015/health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat-version-2-2015>. Accessed October 8, 2019.
 30. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques.
<https://www.insee.fr/fr/accueil>. Accessed October 9, 2019.
 31. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. SIRSÉPACA.
<http://www.sirsepaca.org>. Accessed May 11, 2020.
 32. King A. John W. Kingdon, Agendas, Alternatives, and Public Policies.. *J Public Policy*. 1985;5(2):281-283. doi:10.1017/S0143814X00003068
 33. Rütten A, Abu-Omar K, Gelius P, Schow D. Physical inactivity as a policy problem:

- applying a concept from policy analysis to a public health issue. *Heal Res Policy Syst.* 2013;11(1):9. doi:10.1186/1478-4505-11-9
34. McKay H, Naylor PJ, Lau E, et al. Implementation and scale-up of physical activity and behavioural nutrition interventions: An evaluation roadmap. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2019;16(1):102. doi:10.1186/s12966-019-0868-4
 35. Vuori I, Lankenau B, Pratt M. Physical activity policy and program development: the experience in Finland. *Public Health Rep.* 2004;119(3):331-345. doi:10.1016/j.phr.2004.04.012
 36. Woods CB, Mutrie N. Putting Physical Activity on the Policy Agenda. *Quest.* 2012;64(2):92-104. doi:10.1080/00336297.2012.669318
 37. Giles-Corti B, Vernez-Moudon A, Reis R, et al. City planning and population health: a global challenge. *Lancet.* 2016;388(10062):2912-2924. doi:10.1016/S0140-6736(16)30066-6
 38. Giles-Corti B, Vernez-Moudon A, Reis R, et al. City planning and population health: a global challenge. *Lancet.* 2016;388(10062):2912-2924. doi:10.1016/S0140-6736(16)30066-6
 39. Coghill C-L, Valaitis RK, Eyles JD. Built environment interventions aimed at improving physical activity levels in rural Ontario health units: a descriptive qualitative study. *BMC Public Health.* 2015;15(1):464. doi:10.1186/s12889-015-1786-2
 40. Lemon SC, Goins KV, Schneider KL, et al. Municipal Officials' Participation in Built Environment Policy Development in the United States. *Am J Heal Promot.* 2015;30(1):42-49. doi:10.4278/ajhp.131021-QUAN-536
 41. Thomas MM, Hodge W, Smith BJ. Building capacity in local government for integrated planning to increase physical activity: evaluation of the VicHealth MetroACTIVE program. *Health Promot Int.* 2009;24(4):353-362. doi:10.1093/heapro/dap035
 42. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert E V, Goenka S, Brownson RC. Scaling up physical activity interventions across the globe: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet.* 2016;388(10051):1337-1348. doi:10.1016/S0140-6736(16)30728-0
 43. Brownson RC, Jones E. Bridging the gap: Translating research into policy and practice. *Prev Med (Baltim).* 2009;49(4):313-315. doi:10.1016/J.YPMED.2009.06.008
 44. Rivière F. Contribution to the surveillance and measurement of physical activity and sedentary behaviors. December 2017. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01835434/>.

Accessed November 28, 2019.

45. Althoff T, Sosič R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature*. 2017;547(7663):336-339. doi:10.1038/nature23018
46. Lavrakas P. *Encyclopedia of Survey Research Methods*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States of America : Sage Publications, Inc.; 2008. doi:10.4135/9781412963947

Table 1. Characteristics of the municipalities and key informants.

Municipality	Inhabitants (n)*	Median income (€) **	People affected by a chronic illness (n) ***	Key informant position	Sector position
A	74 875	22 392	12 441	HD Responsible of HEPA project Project officer	social sport health
B	49 322	22 046	8 012	HD HD	social sport
C	28 919	22 858	4 592	HD HD	social sport
D	50 937	20 704	7 607	HD	sport and social
E	41 571	20 010	7 250	HD HD	sport health
F	35 296	23 152	6 913	HD HD	sport health
G	64 903	18 656	11 305	HD HD	sport health
H	74 285	18 962	14 369	HD HD	sport social

I	25 047	20 940	4 656	HD	social
				HD	sport
J	23 347	21 778	3 342	HD	social
				HD	sport
				HD	health

Note: Head of the department (HD) * Data from the National Institute of Statistics and Economic Studies – INSEE (2018). ** Data from INSEE (2018). *** Number of people affected by a chronic illness covered by governmental insurance for their healthcare expenditure. Data from the Regional Health Observatory of Provence-Alpes-Côte d’Azur (2018).

Table 2. Overview of HEPA stakeholders in the local government area.

Municipality	Sectors and public structures (n) engaged in HEPA promotion	Non-governmental stakeholders (n) engaged in HEPA promotion	Leadership identified	Coordinator identified	Connections with HEPA Network
A	sport (<i>n</i> = 2), health (<i>n</i> = 1), multisectoral (<i>n</i> = 1)	Insurance and private sport (<i>n</i> = 2), sport (<i>n</i> = 1), health (<i>n</i> = 1)	municipality	sport department	yes
B	sport (<i>n</i> = 3), multisectoral (<i>n</i> = 2) health (<i>n</i> = 1), education (<i>n</i> =1)	sport (<i>n</i> = 1), health (<i>n</i> = 1) sport (<i>n</i> = 3), health (<i>n</i> = 2),	municipality	-	yes
C	sport (<i>n</i> = 2), health (<i>n</i> = 1), social (<i>n</i> = 1), multisectoral (<i>n</i> = 1) health (<i>n</i> = 3), education (<i>n</i> 2),	insurance and private sport (<i>n</i> = 2)	municipality	-	yes
D	sport (<i>n</i> = 1),	sport (<i>n</i> = 1)	-	-	-
E	sport (<i>n</i> = 2), health (<i>n</i> = 1)	sport (<i>n</i> = 1), health (<i>n</i> = 1)	-	-	-
F	multisectoral (<i>n</i> = 1)	sport (<i>n</i> = 1), health (<i>n</i> = 1), insurance (<i>n</i> =1)	-	-	none
G	health (<i>n</i> = 3), sport (<i>n</i> = 2), education (<i>n</i> = 1); multisectoral (<i>n</i> = 1)	health (<i>n</i> = 2), private sport (<i>n</i> = 1), sport (<i>n</i> = 1)	municipality	social department	yes
H	sport (<i>n</i> =1), health (<i>n</i> = 1), education (<i>n</i> = 1)	sport (<i>n</i> = 1), health (<i>n</i> = 1) sport (<i>n</i> =1), health (<i>n</i> = 1),	municipality	health department	yes
I	health (<i>n</i> = 2), sport (<i>n</i> = 1),	education (<i>n</i> = 1)	municipality	-	-
J	sport (<i>n</i> = 1), education (<i>n</i> = 1)	sport (<i>n</i> = 1), education (<i>n</i> = 1)	-	-	-

- none

Table 3. Policy contents.

Municipality	Policy settings	Target audiences	Communication strategies or actions	Concrete actions
A	sports and leisure	general population	Website	
	urban environment	seniors	social networks	PA program fitness trail
	health and social care centers	inactive and people suffering from chronic diseases	local newspapers events awareness of health-care professionals	
B	sports and leisure	sedentary people	website events	PA program
C	sports and leisure	seniors	website social networks	PA program
D	no data	no data	local newspapers no data	no data
E	no data	no data	no data	no data
F	no data	no data	website social networks	events promoting PA for health
H	sports and leisure	general population	website	
	tourism	inactive people	social networks	fitness outdoor and trail network HEPA events
	urban environment	pre-school and children	events	
I	sports and leisure			
	primary school	seniors	website	PA programs
	priority neighborhoods for urban policy	children	social networks	
J	no data	no data	no data	no data

Table 4. Synthesis of Section 6: progress achieved and future challenges.

Municipality	Keys moments	Strengths	Weakness	Progress	Challenges
A	national legislation of physical activity prescription; local conference on the topic	local stakeholder network; geographic situation; sport facilities; presence of PA and health professionals	limited resources; lack of cycle path network	implementation of HEPA actions	to formalize a global HEPA action; to develop HEPA events; to identify recurring funding to sustain HEPA policies
B	pilot implementation of PA program	local stakeholder network; quality and number of PA facilities	lack of intersectoral coordination; geographical difficulties to access to PA facilities	sustainment of PA pilot program for the seniors to a regular program	to improve stakeholder's coordination; to identify recurring findings to sustain HEPA policies; to develop public space to practice PA
C	willingness of the mayor to promote PA	local stakeholder network; geographic situation	few PA programs available for sedentary and inactive people; lack of resources; PA facilities overusing	implementation of HEPA actions	to develop human resources with PA and health training; to identify recurring funding to sustain HEPA policies
D	no data	local stakeholder network	lack of policy willingness; difficulties to move in the city without a car; lack of resources	no data	to have a policy willingness; to develop a global intersectoral HEPA policy
E	no data	knowledge of the territory	lack of resources	no data	to develop active mobility; to develop an HEPA plan
F	no data	local stakeholder network; quality and number of sport facilities; knowledges of the local context	lack of policy willingness; lack of knowledge in PA and health, lack of intersectoral collaboration	no data	to formalize a HEPA policy, to develop a campaign to sensible residents

G	national policy to promote PA	local stakeholder network; culture of sport; global vision of health	lack of resources and PA facilities	implementation of HEPA actions	to develop a global HEPA project from children to older people
H	mandate of the mayor, national HEPA campaign	local stakeholder network, geographic situation; willingness of the mayor; PA facilities	overcrowded PA facilities	implementation of HEPA actions	to target more inactive people, to develop more cyclable paths
I	national policy to promote PA	geographical situation; PA facilities; good communication	lack of resources	implementation of HEPA actions	to target more inactive people; to develop a global intersectoral HEPA policy with dedicated human resources;
J	no data	local network of stakeholders	lack of PA facilities and lack of public open space	no data	to have policy willingness and to develop a global HEPA policy with the metropolis

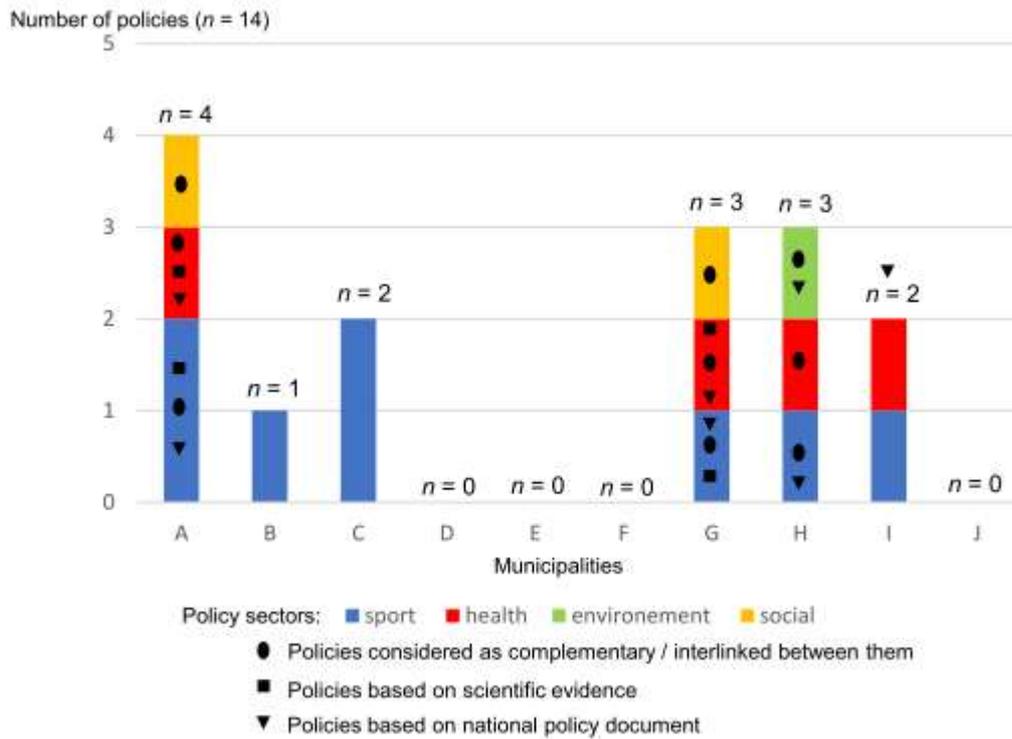


Figure 1. HEPA policy documents collected from municipalities

Etude 4 : Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities

A) Contexte et objectif :

L'étude 1 faisait état de l'importance d'analyser les différentes perceptions des acteurs impliqués dans la promotion la santé par l'AP au niveau local, y compris celles des élus afin de favoriser les collaborations intersectorielles et le développement de politiques efficaces. De plus, les résultats de l'étude 3 ont montré que l'engagement des élus facilite le développement de la promotion de l'AP, tandis que le manque de collaborations intersectorielles freine ce développement sur le territoire azuréen. Par conséquent, l'objectif de cette étude était d'identifier les barrières et leviers perçus au développement des politiques de promotion de la santé par l'AP par les responsables de services et les élus de différents secteurs dans les communes de taille moyenne du territoire azuréen.

B) Méthodes :

Dans cette étude, la méthode de la cartographie conceptuelle a été utilisée. Une liste de déclarations complétant la phrase suivante : « *dans une ville moyenne, pour développer des politiques de promotion de la santé par l'AP, il faut...* » a été soumise à des élus et des responsables de services dans 17 municipalités de taille moyenne sur le territoire Azuréen. Les participants ont d'abord évalué l'importance de chaque déclaration sans tenir compte de leur contexte local ; puis ils ont évalué la faisabilité de chaque déclaration en tenant compte du contexte local. Dans les deux cas, ils ont utilisé une échelle de Likert allant de 1 à 6.

C) Résultats :

Au total, 23 responsables de services et 10 élus issus des secteurs du sport ($n = 14$), de la santé ($n = 10$) et du social ($n = 9$) dans 11 municipalités ont participé à cette étude. Une liste de 84 déclarations, classées en 16 catégories, a été notée par les participants en fonction de leur importance ($M = 4,52$, $ET = 0,86$) et de leur faisabilité ($M = 3,77$, $ET = 0,74$). De potentiels barrières ($n = 10$) et leviers ($n = 38$) au développement de politiques de promotion de la santé par l'AP ont été identifiées. Les résultats variaient selon la position et le secteur des participants (annexe 7). Ils suggèrent que les facteurs contextuels locaux peuvent influencer sur le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP. Les différentes

perceptions des leviers et barrières potentiels selon les secteurs peuvent affecter la collaboration intersectorielle.

D) Article :

Noël Racine, A., Garbarino, JM., Corrion, K., D'Arripe-Longueville, F., Massiera, B., Vuillemin, A. (2020). Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities. *Health Research Policy and Systems*, 18, 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00575-z>

RESEARCH

Open Access

Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities



A. Noël Racine, J. M. Garbarino, K. Corrión, F. D'Arripe-Longueville, B. Massiera and A. Vuillemin 

Abstract

Background: Policy is one of the levers for initiating structural change to foster the promotion of health-enhancing physical activity (HEPA). To this end, policy-makers have to deal with complex ecosystems embedded in specific contexts. However, limited research has been conducted on this topic at the local level. The purpose of this study was to identify the perceived barriers and levers of HEPA policies according to department heads and elected officials across various sectors in mid-size French municipalities.

Methods: This study used a mixed method primarily based on an adaptation of the concept mapping approach. A list of statements completing the sentence: 'In a mid-size municipal context, to develop HEPA policies, it is necessary to ...' was submitted to key informants of 17 mid-sized French cities. Key informants in each municipality first rated the importance of each statement without considering their local context; they then rated the feasibility of each statement given their local context. In both cases, they used a Likert scale ranging from 1 to 6.

Results: A total of 23 municipal department heads and 10 elected officials from the sport ($n = 14$), health ($n = 10$) and social ($n = 9$) sectors in 11 mid-size French cities participated in this study. A list of 84 statements, sorted into 16 categories, was rated by participants according to their importance ($M = 4.52$, $SD = 0.86$) and their feasibility ($M = 3.77$, $SD = 0.74$). Potential barriers to ($n = 10$) and levers of ($n = 38$) HEPA policy development were identified. These results varied according to the position and sector of the participants.

Conclusions: The results suggest that local contextual factors can affect the development of HEPA policies in mid-size French municipalities. The different perceptions of the potential levers and barriers according to sector might affect intersectoral collaboration. This study contributes by enhancing understanding of how local HEPA policies are developed in the French context.

Keywords: Health-enhancing physical activity, local policy, municipality, policy-making, concept mapping

* Correspondence: anne.vuillemin@univ-cotedazur.fr
 Université Côte d'Azur, LAMHESS, Nice, France



© The Author(s). 2020 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Background

Physical inactivity and sedentary behaviours are important risk factors for chronic diseases [1]. These issues have thus become a preoccupation in the public health policy field [2]. Over the past several years, governments at international, national and local levels have been developing policies to promote health-enhancing physical activity (HEPA) [3–6]. According to the literature, policy is one of the levers for initiating structural change to address the issues related to physical inactivity and sedentary behaviours [7]. Policy can indeed influence many of the social, economic and physical health determinants [8, 9]. Influenced by these determinants, the environments in which people live have a particularly strong influence on their health behaviours [10], including physical activity [11, 12]. Yet, in order to have a significant influence on health behaviours, policies should be intersectoral, following the Health in All Policies approach [13, 14]. This approach consists of taking health decisions across a range of policy areas outside the health sector and the local level is particularly important for this policy implementation [15–18]. In France, the decentralisation process has included the transfer of some of the legal and ‘facultative’ competencies (optional according to the law) from the national government to local governments [19]. This has meant that local governments can use their competencies to act on many health determinants such as urban, environmental, social, sport and health factors [4]. From these competencies, municipalities have the authority to influence the conditions and the environment where people live; it is a particularly suitable level to promote an active and healthy lifestyle [20, 21]. Studies on national HEPA policies also highlighted the importance of the local level [22, 23]. To this end, municipalities play a major role in implementing intersectoral policies for HEPA promotion [4]. However, implementing intersectoral policies can be difficult [18] as policy-makers from various sectors need to share a common language, vision and policy goals [18]. Involvement in intersectoral policies may be limited when policy-makers lack an understanding of the benefits of this approach and have different policy priorities based on their sector [18, 24]. Their perceptions of the importance of HEPA policies, especially when they come from different sectors, may be an indicator of their willingness to become involved [25, 26]. Studies have shown that capturing the views of policy-makers and professionals across multiple sectors therefore provides a deeper understanding of the key factors that facilitate intersectoral collaborations and HEPA policy implementation [27, 28]. However, there is still a lack of local evidence on HEPA promotion to help governments in their policy decisions [29], whereas contextual variables might well have an important influence on local HEPA policy

development [30]. Thus, this study sought to (1) capture the perceptions about HEPA policy development from municipal department heads and elected officials in different sectors and (2) identify the barriers and levers of HEPA policies according to the local context.

Methods

Participatory mixed method

This study was conducted following a participatory mixed method mainly based on an adaptation of the concept mapping approach (CMA) [31]. Based on qualitative data and statistical analysis, CMA can be used to explore, capture and compare the perceptions of different types of stakeholders [32, 33], including the perception of their barriers and facilitators about a specific topic [34, 35], which is in line with our concerns in this study. Moreover, CMA seems to be particularly promising to develop evidence-based strategies in the public health policy field [36]. The CMA is a 6-step process described by Trochim [37]. Which involves the preparation, the generation of statements, the structuring of statements, the representation of statements, the interpretation of maps and the utilisation of maps. However, this is not the only way to accomplish CMA. Some studies have adapted the technique of CMA “to meet specialised needs and to accommodate external constraints” [38]. In this study, the characteristics and the constraints of the targeted participants impacted the design of this study and prompted researchers to adapt the technique of CMA. Thus, the following adapted four steps were used: (1) preparation, (2) generation of statements, (3) participant selection and statement rating, and (4) mapping analysis. The Concept Systems Global Max[®] software [39] was used for the mapping analysis step.

Preparation

The preparation step involved defining the focus prompt sentence that could be formulated in an open-ended way. Researchers in the physical activity for health domain ($n = 6$) formulated the following: ‘In a mid-size municipal context, to develop health-enhancing physical activity policies, it is necessary to ...’.

The key terms of the focus prompt sentence, like ‘policy’ and ‘physical activity’, were agreed upon and defined by the researchers. Policy was defined as “legislative or regulatory action taken by federal, state, city, or local governments, government agencies, or nongovernmental organizations. Policy includes formal and informal rules and design standards that may be explicit or implicit” [40]. Physical activity was defined as follows: “any bodily movement produced by skeletal muscles that requires energy expenditure, it can include sport and any physical practice in daily living...” [41].

Generation of statements

In the CMA, the generation of statements step is usually completed by the same group of participants who then sort and rate these generated statements. In this study, researchers faced the challenge of involving policy-makers as participants (i.e. elected officials and department heads) with 'specific constraints'. This type of participant had a limited time available to participate in a study with several rounds. Managing the recruitment process can be difficult in CMA with certain types of participants [42]. Moreover, the number of participants may decrease throughout the CMA steps due to lack of availability, attrition or fatigue to several rounds of participation [43]. Considering this, a group of experts ($n = 12$) was constituted for the statement-generation step and sorted these statements into themed categories, whereas a group of policy-makers ($n = 33$) was recruited for the rating step to collect more quantitative data for the analysis. Thus, this strategy reduced the risk of losing participants throughout the process and increased the chances of collecting more quantitative data for analysis.

The generation of statements was based on the focus prompt sentence defined in the preparation step. The aim was to integrate scientific and practical knowledge in the generated statements. The group of experts included researchers in the physical activity for health domain ($n = 6$), municipal department heads ($n = 3$) and elected officials ($n = 3$). Department heads and elected officials were selected by the research team from municipalities strongly engaged in HEPA promotion. First, the researchers conducted a literature review to identify the key determinants and key factors for developing HEPA policies in a municipal context. PubMed, Web of Science, ScienceDirect and Google Scholar databases were used to search for the terms 'physical activity', 'policy', 'local government' and 'municipality' in English and French between 2007 and 2018. Following extraction of the relevant scientific literature on the topic, a first list of statements was generated by the researchers to complete the focus prompt sentence.

Based on their experiences, municipal department heads and elected officials generated a second list of statements. The first and second lists of statements were then merged to obtain a single list. From there, other brainstorming sessions ($n = 4$) were organised with the group of experts. During these sessions, the statements were classed in order to build categories of determinants. The statements and categories were added, deleted or redefined until a final consensus was reached. Moreover, duplicate ideas were removed, and the wording of the statement elements was enhanced to improve clarity. After the brainstorming sessions, a final list of statements sorted into categories was generated. Thus,

the group of experts deliberately decided not to invite policy-makers to sort the statements into piles using Concept Systems Global[®] software. Instead, consensus was found through brainstorming sessions, the group of experts decided to sort statements into categories that would be understandable and relevant, and therefore easier to rate by the group of policy-makers. Sorting is usually used to measure, analyse and map the relationship as well as the perceived similarity between statements [31]. However, this was not the objective in this study.

Participant selection and statement rating

Participant selection

Participants were selected from 17 mid-size municipalities (between 20,000 and 100,000 residents [44]) from the Alpes-Maritimes and Var counties in France. These two counties, in close proximity to the research team, were selected to facilitate data collection. Small municipalities (under 20,000 inhabitants according INSEE [44]) have less resources to develop HEPA policies compared to mid-size municipalities. Thus, policy-makers might not have the same experience and perception to HEPA policy development. In these counties, there are only two big municipalities (over 100,000 inhabitants according INSEE [44]) with a different magnitude of resources compared with mid-size municipalities; thus, to ensure more homogeneous municipalities, the research team decided to select only mid-size municipalities. These municipalities were initially contacted by email, outlining the purpose of the study and how it would be conducted. Then, if necessary, a phone call or a face-to-face meeting was organised to provide more details on the research project. Municipalities' volunteered to participate in the project. Data on the characteristics of each municipality were collected from the regional health observatory database [45], including number of inhabitants, median income per inhabitant, number of people affected by a chronic illness, average number of new people each year affected by a chronic illness and number of written HEPA policies by sector. Then, department heads and elected officials from these municipalities who were involved in the sport, health and social sectors were invited to participate in the statement rating step. The aim of this participant selection was to have a range of perceptions about the factors related to HEPA policy development from several sectors. No participant was selected from the group of experts.

Statement rating

An individual meeting was scheduled with each participant in order to explain the aim of the study and statement rating instructions. Face-to-face meetings increase the likelihood of participation from this type of

informant. A scientific review showed that compliance of the rating step in CMA seemed to be higher with face-to-face meetings compared to those using the web-based Concept Systems Global Max[®] software [43]. Participants were requested to complete paper-based surveys, including demographic information and expert-generated statements at their convenience. Collected participant demographic data included gender (man or woman), age (age category), physical activity level (a single question), training courses on physical activity and health (yes, no, or no but have knowledge), and number of written HEPA policies by sector. The participants were then asked to rate the importance and feasibility of each statement on a 6-point Likert scale. Studies on Likert scales have found that 4- to 7-point scales return the strongest reliability and validity [46, 47]. The advantage of 6-point scales is to avoid a midpoint forcing the choice [48]. Therefore, the choice was made to use a 6-point scale for statement rating. The participants were first instructed to rate the importance of each statement, independent of their local context, from (1) 'not at all important' to (6) 'extremely important'. They were then instructed to rate the feasibility of each statement with regard to their local context, on the scale from (1) 'not at all feasible' to (6) 'extremely feasible'. Once completed, paper-based surveys were sent to the first author. Data from these surveys were entered into the Concept Systems Global MAX[®] software for analysis.

Mapping analysis

Using Concept Systems Global MAX[®] software, data from the statement rating step were computed to generate go-zone maps. Descriptive statistics on the importance and feasibility ratings were also calculated to create a go-zone map. Each point on the graph represented the mean rating value of each statement in terms of its importance and feasibility. The map was divided into four zones by the mean rating value of importance on the vertical axis and the mean rating value of feasibility on the horizontal axis. The upper right zone comprised the statements that were above the mean rating values of importance and feasibility; therefore, these statements were assumed to refer to potential levers. The upper left zone comprised those statements that were above the mean rating value of feasibility but below the mean rating value of importance. The bottom right zone contained the statements that were above the mean rating value of importance but below the mean rating value of feasibility. These statements could thus be assumed to refer to potential barriers. The bottom left zone comprised the statements that were below the mean rating values of importance and feasibility. The Concept Systems Global Max[®] generates go-zone maps according to different scenarios. Go-zone maps were produced

according to the sector (i.e. sport, health or social) and the position (i.e. department head or elected official) of the participants. The same and different HEPA policy levers and barriers between the sectors and the participants' position were also identified.

Results

A total of 84 statements sorted into 16 categories were generated. The rating participation by the municipalities was 65% (11/17). Table 1 presents the characteristics of the municipalities included in this study.

The statements were rated by 33 key informants from 11 municipalities, including department heads ($n = 23$) and elected officials ($n = 10$). Key informants were from the sport ($n = 14$), health ($n = 10$) and social ($n = 9$) sectors. The demographic characteristics of the key informants are presented in Table 2.

Overall group results

From the statement ratings by all participants (overall group results), the mean importance score was 4.52 (SD = 0.86) and the mean feasibility score was 3.77 (SD = 0.74). Figure 1 maps the potential levers ($n = 38$) (upper right zone) and barriers ($n = 10$) (bottom right zone) of HEPA policy development through go-zone analysis. Other statements were mapped in the upper left zone ($n = 9$) and bottom left zone ($n = 27$). Table 3 presents the top 10 statements identified as potential levers of and barriers to HEPA policy development. Table 4 presents the mean (M) and standard deviation (SD) of the rating of importance and feasibility by categories for overall group.

Subgroup results

In Table 5, the mean ratings of importance and feasibility are presented for the subgroups of sport, health, social, department heads and elected officials. Figure 2 presents the perceptions of levers and barriers to HEPA policy development according to subgroup. The numbers of potential levers and barriers were different according to the subgroup: sport ($n_{\text{levers}} = 36$, $n_{\text{barriers}} = 17$), health ($n_{\text{levers}} = 40$, $n_{\text{barriers}} = 10$), social ($n_{\text{levers}} = 33$, $n_{\text{barriers}} = 18$), department heads ($n_{\text{levers}} = 34$, $n_{\text{barriers}} = 10$) and elected officials ($n_{\text{levers}} = 32$, $n_{\text{barriers}} = 18$).

Additional file 1 shows the sector and position of each respondent for each statement identified as a potential lever or barrier. The same statements were identified as potential levers ($n = 17$) across the sport, health and social groups, whereas no statement was unanimously rated as a potential barrier by these groups. When we considered the positions of respondents, the same statements were identified as potential levers ($n = 21$) and potential barriers ($n = 4$) by both department heads and elected officials.

Table 1 Characteristics of the municipalities included

Municipality	Inhabitants (n) ^a	Median income (€) ^b	People affected by a chronic illness (n) ^c	Additional chronic illness (n) ^d	Number of written HEPA policies by sector (n)
A	74,875	22,392	12,441	2039	Sport (n = 2), Health (n = 1), Social (n = 1)
B	74,285	18,962	14,369	2237	Sport (n = 1), Health (n = 1), Environment (n = 1)
C	64,903	18,656	11,305	1837	Sport (n = 1), Health (n = 1)
D	50,937	20,704	7607	1230	None
E	49,322	22,046	8012	1305	Sport (n = 1)
F	41,571	20,010	7250	1102	None
G	35,296	23,152	6913	1088	None
H	28,919	22,858	4592	756	Sport (n = 2)
I	25,047	20,940	4656	780	Sport (n = 1), Health (n = 1)
J	23,347	21,778	3342	574	None
H	22,360	22,666	4047	674	None

HEPA Health-Enhancing Physical Activity

^aData from the National Institute of Statistics and Economic Studies - INSEE (2018); ^bData from INSEE (2018); ^cNumber of people affected by a chronic illness covered by governmental insurance for their healthcare expenditure. Data from the Regional Observatory of Provence-Alpes-Côte d'Azur (2018); ^dAverage number of additional people each year affected by a chronic illness covered by governmental insurance for their healthcare expenditure (from 2007 to 2014). Data from the Regional Observatory of Provence-Alpes-Côte d'Azur (2018).

Table 2 Demographic characteristics of the participants

	Overall n = 33 (%)	Sport n = 14 (%)	Health n = 10 (%)	Social n = 9 (%)	Department Heads n = 23 (%)	Elected Officials n = 10 (%)
Sex						
Men	14 (42)	10 (71)	1 (10)	3 (34)	10 (43)	5 (50)
Women	19 (58)	4 (29)	9 (90)	6 (66)	13 (57)	5 (50)
Age categories						
<30 years	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
30–39 years	6 (18)	2 (14)	1 (10)	2 (22)	6 (26)	0 (0)
40–49 years	3 (10)	1 (7)	2 (20)	2 (22)	2 (9)	1 (10)
50–59 years	18 (54)	10 (65)	5 (50)	3 (34)	14 (61)	4 (40)
60–69 years	3 (9)	0 (0)	1 (10)	1 (11)	1 (4)	2 (20)
≥70 years	3 (9)	1 (7)	1 (10)	1 (11)	0 (0)	3 (30)
Have participated in a physical activity or health training course						
Yes	9 (28)	6 (44)	2 (20)	1 (11)	7 (30)	2 (20)
No	12 (36)	4 (28)	2 (20)	6 (67)	9 (40)	3 (30)
No, but have knowledge	12 (36)	4 (28)	6 (60)	2 (22)	7 (30)	5 (50)
Physical activity practice						
No	4 (12)	0 (0)	1 (10)	3 (34)	2 (9)	2 (20)
Occasionally	11 (33)	4 (28)	4 (40)	4 (44)	7 (30)	4 (40)
Regularly	11 (33)	7 (50)	3 (30)	1 (11)	9 (40)	2 (20)
Often	4 (12)	2 (15)	2 (20)	0 (0)	4 (17)	0 (0)
Very often	3 (10)	1 (7)	0 (0)	1 (11)	1 (4)	2 (20)

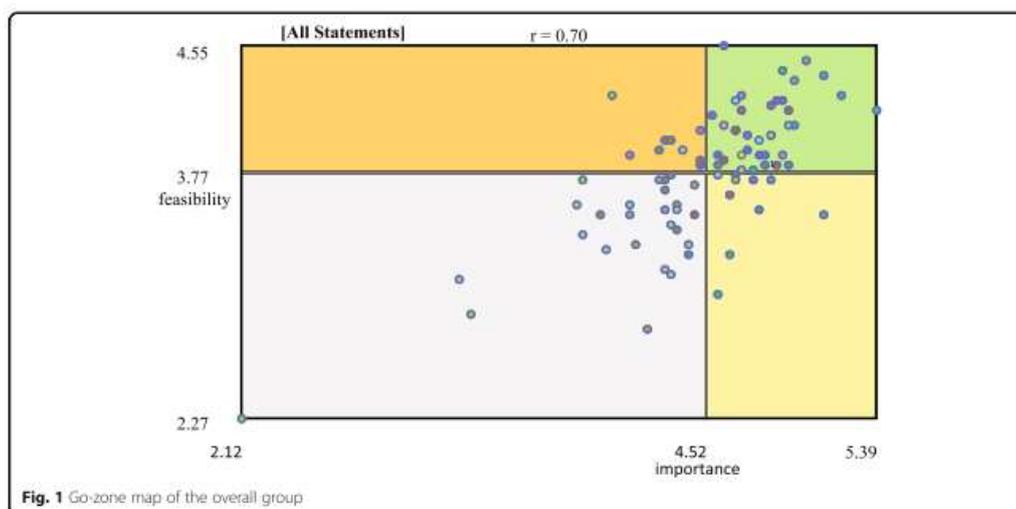


Table 3 Top 10 statements identified as potential levers of and barriers to HEPA policy development

Categories	Statements	M _{importance} (SD)	M _{feasibility} (SD)
Levers			
Population targeted	Target the community across the life course	5.39 (0.75)	4.15 (0.83)
Action on community	Develop communication strategies to inform, raise awareness and promote HEPA	5.03 (0.73)	4.45 (0.61)
Action on community	Develop events to inform, raise awareness and promote HEPA	4.97 (0.73)	4.33 (0.64)
Partnership	Partner with the sport sector	4.94 (0.83)	4.15 (0.56)
Human resources	Training for human resource personnel	4.94 (0.79)	4.06 (0.66)
Action on environment	Develop public spaces	4.94 (0.70)	3.82 (0.63)
Action on community	Identify the needs of the community	4.91 (0.91)	3.88 (0.89)
Practice targeted	Act on the school environment	4.91 (0.68)	4.39 (0.90)
Knowledge	Have knowledge about the diversity of local stakeholders that may be involved	4.91 (0.68)	4.21 (0.65)
Knowledge	Have knowledge based on field experience	4.88 (0.86)	4.21 (0.78)
Barriers			
Population targeted	Target vulnerable people (health)	5.12 (0.74)	3.52 (0.75)
Population targeted	Target disadvantaged people (social)	4.85 (0.87)	3.73 (0.67)
Action on environment	Develop active transportation	4.79 (0.80)	3.55 (0.66)
Knowledge	Have local contexts knowledge	4.76 (0.61)	3.73 (0.83)
Coordination	Have coordination mainly ensured by transversal relations between the departments	4.67 (1.19)	3.73 (0.80)
Mandate	Initiate actions beyond the duration of the mandate	4.67 (0.85)	3.76 (0.87)
Practice targeted	Act on active transportation	4.64 (0.82)	3.27 (0.63)
Mandate	Have policies consistent with those from other local governments	4.64 (0.89)	3.76 (0.65)
Practice targeted/Economic model	Act on the private sector	4.58 (0.75)	3.03 (0.64)
	Have an economic model involving other public funding	4.58 (0.66)	3.76 (0.56)

Note: overall group data (n = 33)
HEPA Health-Enhancing Physical Activity, M mean

Table 4 Mean (M) and standard deviation (SD) of the rating of importance and feasibility by categories for overall group

Categories	M _{importance} (SD)	M _{feasibility} (SD)
Mandate	4.63 (0.03)	3.93 (0.04)
Political commitment	4.31 (0.02)	3.72 (0.03)
Governance	4.75 (0.01)	3.99 (0.02)
Coordination	3.60 (0.73)	3.37 (0.48)
Population targeted	5.11 (0.03)	4.01 (0.09)
Practice targeted	4.71 (0.01)	3.70 (0.25)
Expression of the community	4.43 (0.05)	4.05 (0.02)
Knowledge	4.70 (0.02)	4.09 (0.06)
Human resources	4.29 (0.01)	3.35 (0.11)
Expertise	4.46 (0.12)	3.70 (0.06)
Economic model	4.10 (0.14)	3.44 (0.06)
Action on community	4.60 (0.14)	3.91 (0.13)
Action on environment	4.76 (0.03)	3.67 (0.05)
Action on the organisation	4.70 (0.01)	3.89 (0.01)
Partnership	4.67 (0.03)	3.87 (0.04)
Evaluation	4.65 (0.03)	3.81 (0.04)

Additional file 2 presents the descriptive statistics for all statements and categories according to subgroup.

Discussion

This study captured perceived barriers and levers of HEPA policy development from elected officials and department heads in the sport, health and social sectors of French municipalities.

All municipalities included in this study are considered mid-size in France (between 20,000 and 100,000 residents [44]). While the size of municipalities was standardised to the selection, there is still an important size disparity between some of them, which could possibly influence the perception of policy-makers on HEPA policy development. However, municipalities that have almost the same number of residents could also be quite different due to environmental characteristics (e.g. presence and accessibility of public spaces, parcs, walking and cycling paths, etc.) or the population (e.g. lifestyle, social inequalities, etc.). Thus, these characteristics could influence the perception of policy-makers to develop

Table 5 Mean (M) and standard deviation (SD) of the rating of importance and feasibility for subgroups

Subgroups	M _{importance} (SD)	M _{feasibility} (SD)
Sport sector	4.53 (0.76)	3.88 (0.68)
Health sector	4.45 (0.83)	3.68 (0.74)
Social sector	4.51 (0.83)	3.79 (0.72)
Department Head	4.49 (0.84)	3.73 (0.71)
Elected Official	4.58 (0.88)	3.86 (0.78)

policies. As the municipality is a complex ecosystem [49, 50], it is difficult to select a homogeneous sample. Further research should identify the main municipality characteristics that could influence HEPA policy development.

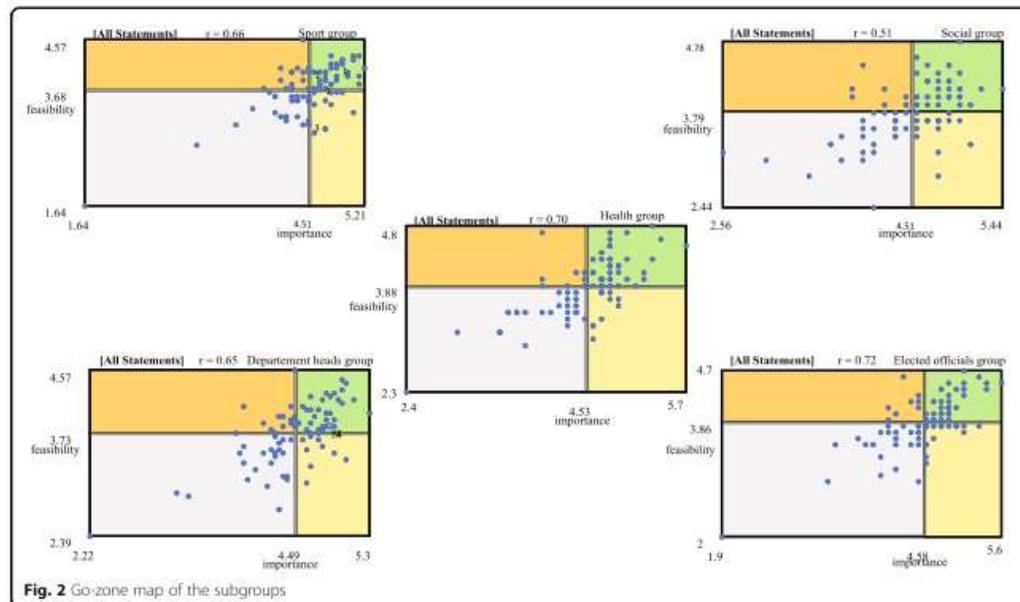
Some studies have also shown that the individual characteristics of policy-makers can influence their perceptions regarding policies promoting HEPA, including their personal physical activity practice [51, 52]. In this study, most participants declared to occasionally or regularly practice some form of physical activity or to have knowledge or training in physical activity and health. However, a big gap remains between perception, priority and action. Policy-makers may engage in physical activity or perceive its positive effects on health but not prioritise it, which limits the development of HEPA policy.

These findings helped to identify potential levers and barriers to policy development. Some of the potential levers, such as 'target the community across the life course' (statement 23) and 'develop public spaces' (statement 66), were in line with the HEPA recommendations of WHO [53, 54]. Other statements, such as 'develop active transportation' (statement 67) or 'promote HEPA for 'vulnerable people' (statement 27) and 'socially disadvantaged people' (statement 28), were perceived as important and in line with the WHO recommendations but were not considered feasible (potential barriers).

The barriers identified in this study seemed to be due to local factors. The findings showed a gap between what was rated as important for developing HEPA policies when the local context was not considered and what was rated as feasible in the local context. According to the literature, HEPA promotion should be adapted and embedded in context [2, 30]. Nevertheless, these results suggest that it is sometimes difficult to adapt HEPA policy-making to real contextual settings in a complex ecosystem like a municipality.

The finding of barriers suggests that municipalities need to be supported in their efforts to overcome them. More research in other contexts is needed to observe if these barriers are recurring and to better understand why they are not overcome. However, one difficulty is that barriers seem to differ according to the policy-maker's sector and position, as shown by the results. Thus, we hypothesise that a framework standardising the collection of qualitative data on local HEPA policy development and analyses that takes into account the policy-makers' characteristics would provide evidence on how best to support municipalities.

The levers for HEPA policy development also varied according to the sector and position of the policy-makers. However, concept mapping might be an interesting way for them to encourage and enhance



intersectoral collaborations inside and outside a given municipality, as recommended in the literature [13, 14, 16]. This approach can highlight a shared vision and the potential levers that are common to the various sectors. Yet, in order to make headway in adopting intersectoral policies, the policy-makers from these sectors need to share not only a vision and levers, but also a common language and policy goals [18]. Moreover, it may not be enough to involve key stakeholders from other sectors in HEPA promotion. Studies have highlighted that the awareness of HEPA importance by elected officials and department heads from various sectors determine their involvement in HEPA promotion [25, 26]. Strong leadership and strong political advocacy might therefore help enhance the development of intersectoral HEPA policies [53, 54]. The use of concept mapping by municipalities might also highlight the differing perceptions across sectors on the importance and feasibility of developing local HEPA policies. This would shed light on why sectors sometimes choose to work in 'silos' rather than collaborate.

This study had some limitations. The research was restricted to France and the mid-size municipalities were from only two counties both in the southern region. Thus, the generalisability of these results is limited. Furthermore, it is highly likely that the municipalities that volunteered to participate in this study were more involved in HEPA promotion. Due to difficulties in recruiting policy-makers from municipalities to participate in several steps of CMA, the methodology was

adapted. This could be considered a limitation. The brainstorming and rating steps were made by two different groups. The sample size of the expert group who generated and sorted statements was small. Some relevant statements might therefore have been missed in the list proposed by the expert group. Moreover, as statements were not sorted into categories using Concept Systems Global MAX[®] software, some statistical analysis could not be done. Policy-makers who participated in this study were only from three sectors, although many other sectors, such as the urban, environmental or educational sectors, could be involved in HEPA promotion. Therefore, it was not possible to analyse every position in every sector. Similarly, it was not possible to analyse the perceived barriers and levers of HEPA policy according to the characteristics of municipalities. The statement ratings were based on perceptions and this as well might have biased the results due to social and political desirability [55]. In addition, the ratings might have been influenced by the participants' personal physical activity levels, their knowledge about physical activity and health, or by the characteristics of their municipality. Last, some of the statements that emerged or did not emerge from the go-zone as potential levers or barriers might be explained by threshold effects.

Conclusions

This study contributes to a better understanding of the development of local HEPA policies. It does so by

capturing and analysing the perceptions of key informants about local HEPA policy development in mid-size French municipalities. The findings revealed potential levers and barriers. According to the sector (sport, health, social) and the position (department heads, elected officials), some of these potential levers and barriers were shared and others were informant specific. Although sector-related perceptions can affect intersectoral collaboration, the use of concept mapping by the local government might counter this tendency and enhance collaboration. Findings also showed a gap between what the policy-makers deemed important to do to develop HEPA policies when local context was not considered and what they thought was feasible in their local context. The results indeed suggested that local context factors might affect the development of HEPA policies in mid-size French municipalities. Findings further suggested that municipalities need to be supported to overcome barriers and more easily develop HEPA policies in local contexts. To this end, collecting local HEPA policies from a large sample of municipalities using a standardised framework could help to compare and better understand these policies. Thus, analysing qualitative data such as the type and the content of a HEPA policy as well as the characteristics of the local context, would likely provide evidence to support municipalities in their policy-making. More research is now needed to extend the analysis of local HEPA policies in different local and country contexts.

Supplementary information

Supplementary information accompanies this paper at <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00575-z>.

Additional file 1.
Additional file 2.

Abbreviations

HEPA: Health-Enhancing Physical Activity; CMA: Concept Mapping Approach

Acknowledgements

We would like to thank the department heads and elected officials who participated to this study. A sincere thank you to Stacey Johnson for her diligent proofreading of this paper.

Authors' contributions

ANR collected, analysed, interpreted the data and was a major contributor in writing this manuscript. JMG and BM designed the work. KC and FAL have substantively revised the manuscript. AV administrated the project, designed the work and substantively revised the manuscript. All authors were involved in the generation statement phase of the concept mapping approach. All authors read and approved the final manuscript.

Funding

This work was supported by the Université Nice Sophia Antipolis (REACTIVES project) and by a PhD grant from the Région Sud and the association Azur Sport Santé.

Availability of data and materials

All data generated or analysed during this study are included in this published article and its supplementary information files.

Ethics approval and consent to participate

Ethical approval was obtained from the Université Côte d'Azur before starting the study under the reference: DPO-1588. All participants were informed of the purpose of the study, their roles as research participants and their rights to voluntary participation, anonymity and confidentiality of information. Written informed consent was obtained from all participants before data collection.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Received: 8 November 2019 Accepted: 14 May 2020

Published online: 08 June 2020

References

- Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*. 2012;380(9838):294–305.
- Sallis JF, Bull F, Guthold R, Heath GW, Inoue S, Kelly P, et al. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet*. 2016;388(10051):1325–36.
- Breda J, Jakovljevic J, Rathmes G, Mendes R, Fontaine D, Hollmann S, et al. Promoting health-enhancing physical activity in Europe: current state of surveillance, policy development and implementation. *Health Policy*. 2018; 122(5):519–27.
- Wilkinson R. The Solid Facts - Promoting Physical Activity and Active Living in Urban Environments - The Role of Local Governments: World Health Organization; 2006. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/promoting-physical-activity-and-active-living-in-urban-environments-the-role-of-local-governments-the-solid-facts>. Accessed 26 Mar 2020.
- Daugbjerg SB, Kahlmeier S, Racioppi F, Martin-Diener E, Martin B, Oja P, et al. Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents. *J Phys Act Health*. 2009;6(6):805–17.
- Varela AR, Pratt M, Powell K, Lee I-M, Bauman A, Heath G, et al. Worldwide surveillance, policy, and research on physical activity and health: the Global Observatory for Physical Activity. *J Phys Act Health*. 2017;14(9):701–9.
- Golden SD, McLeroy KR, Green LW, Earp JAL, Lieberman LD. Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Educ Behav*. 2015;42(1):8–14.
- Bias E, Gilson L, Kelly MP, Labonté R, Lapitan J, Muntaner C, et al. Addressing social determinants of health inequities: what can the state and civil society do? *Lancet*. 2008;372(9650):1684–9.
- Dean HD, Williams KM, Fenton KA. From theory to action: applying social determinants of health to public health practice. *Public Health Rep*. 2013; 128(3):1.
- Marmot M, Wilkinson RG. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJ, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380(9838):258–71.
- Giles-Corti B, Donovan RJ. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Soc Sci Med*. 2002; 54(12):1793–812.
- Ollila E. Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scand J Public Health*. 2011;39(6):11–8.
- De Leeuw E, Clavier C. Healthy public in all policies. *Health Promot Int*. 2011;26(2):237–44.
- Clavier C, De Leeuw E. Health Promotion and the Policy Process. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Rudolph L, Caplan J. Health in All Policies: A Guide for State and Local Government. Public Health Institute. 2013; <http://www.phi.org/resources/?resource=hiapgguide>. Accessed 26 Mar 2020.

17. Steenbakkers M, Jansen M, Maarse H, de Vries N. Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities. *Health Policy*. 2012;105(2–3):288–95.

18. Guglielmin M, Murtaner C, O’Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy*. 2018;122(3):284–92.

19. Halpern C, Hassenteufel P, Zittoun P. *Policy analysis in France*. Bristol: Bristol University Press; 2018.

20. De Leeuw E, Tscouros AD, Dyakova M, Green G. *Healthy Cities, Promoting Health and Equity - Evidence for Local Policy and Practice*. World Health Organisation Regional Office for Europe; 2014. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/healthy-cities-promoting-health-and-equity-evidence-for-local-policy-and-practice-summary-evaluation-of-phase-v-of-the-who-european-healthy-cities-network>. Accessed 26 Mar 2020.

21. Takano T, Nakamura K. An analysis of health levels and various indicators of urban environments for healthy cities projects. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(4):263–70.

22. Prévot-Ledrich J, Van Hoye A, Lombrail P, Lecomte F, Vuillemin A. Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l’activité physique bénéfique pour la santé. *Sante Publique*. 2016;1(HS):25–31.

23. Honta M. The State and management of partnership arrangements in France: an analysis of the implementation of the ‘Sport, Health and Well-being’ plan. *Int J Sport Policy*. 2016;8(4):577–91.

24. Wang ML, Goins KV, Anatchkova M, Brownson RC, Evenson K, Maddock J, et al. Priorities of municipal policy makers in relation to physical activity and the built environment: a latent class analysis. *J Public Health Manag Pract*. 2016;22(3):221–30.

25. Brownson RC, Ballew P, Dieffenderfer B, Haire-Joshu D, Heath GW, Kreuter MW, et al. Evidence-based interventions to promote physical activity. *Am J Prev Med*. 2007;33(1):66–78.

26. Zwald ML, Eyer AA, Goins KV, Brownson RC, Schmid TL, Lemon SC. Understanding municipal officials’ involvement in transportation policies supportive of walking and bicycling. *J Public Health Manag Pract*. 2017; 23(4):348–55.

27. Cole R, Burke M, Leslie E, Donald M, Owen N. Perceptions of representatives of public, private, and community sector institutions of the barriers and enablers for physically active transport. *Transp Policy*. 2010;17(6):496–504.

28. Muellmann S, Steenbock B, De Cocker K, De Craemer M, Hayes C, O’Shea MP, et al. Views of policy makers and health promotion professionals on factors facilitating implementation and maintenance of interventions and policies promoting physical activity and healthy eating: results of the DEDIPAC project. *BMC Public Health*. 2017;17(1):932.

29. Bull F. Translating science to inform global policy on physical activity. *J Sport Health Sci*. 2018;7(1):3–4.

30. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet*. 2016;388(10051):1337–48.

31. Trochim W, Kane M. Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(3):187–91.

32. Lebel A, Cantinotti M, Pampalon R, Thériault M, Smith LA, Hamelin AM. Concept mapping of diet and physical activity: uncovering local stakeholders perception in the Quebec City region. *Soc Sci Med*. 2011;72(3): 439–45.

33. Green AE, Fettes DL, Aarons GA. A concept mapping approach to guide and understand dissemination and implementation. *J Behav Health Serv Res*. 2012;39(4):362–73.

34. Weinstein LC, LaNoue M, Hurley K, Sifri R, Myers R. Using concept mapping to explore barriers and facilitators to breast cancer screening in formerly homeless women with serious mental illness. *J Health Care Poor Underserved*. 2015;26(3):908–25.

35. Ries AV, Voorhees CC, Gittelsohn J. Environmental barriers and facilitators of physical activity among urban African-American youth. *V Children*. *Youth Environ*. 2010;20(1):26–51.

36. Van Bon-Martens MJH, van de Groot LAM, Holsappel JC, Kuunders TJM, Van der Bruggen MAM, Brake JHM, et al. Concept mapping as a promising method to bring practice into science. *Public Health*. 2014;128(6):504–14.

37. Trochim WMK. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Eval Program Plann*. 1989;12(1):1–16.

38. Johnsen JA, Biegel DE, Shafiq R. Concept mapping in mental health: uses and adaptations. *Eval Program Plann*. 2000;23(1):67–75.

39. Concept Systems Inc. *Concept Systems Global MAX*. 2020. <https://www.conceptsystems.com/gw/software>. Accessed 26 Mar 2020.

40. Schmid TL, Pratt M, Witmer L. A framework for physical activity policy research. *J Phys Act Health*. 2006;3(1):520–9.

41. Caspersen CI, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126–31.

42. Cook K, Bergeron K. Using Group concept mapping to engage a hard-to-reach population in research: young adults with life-limiting conditions. *Int J Qual Methods*. 2019;18:160940691989131.

43. Rosas SR, Kane M. Quality and rigor of the concept mapping methodology: a pooled study analysis. *Eval Program Plann*. 2012;35(2):236–45.

44. INSEE. *Villes et communes de France – Tableaux de l’économie française*. INSEE. 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303318/sommaire=3353488>. Accessed 26 Mar 2020.

45. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d’Azur. *SIRSePACA*. 2019. <http://www.sirsepaca.org>. Accessed 26 Mar 2020.

46. Dillman D. *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. 2nd Ed. Inc. JWB & 2007.

47. Dawes J. Do data characteristics change according to the number of scale points used? An Experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales. *Int J Mark Res*. 2008;50(1):61–104.

48. Chyung SY, Roberts K, Swanson I, Hankinson A. Evidence-Based Survey Design: The Use of a Midpoint on the Likert Scale. *Perform Improv*. 2017; 56(10):15–23.

49. Rydin Y, Bleahu A, Davies M, Dávila JD, Friel S, De Grandis G, et al. Shaping cities for health: Complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet*. 2012;379(9831):2079–108.

50. Davies JK, Kelly M. *Healthy cities: research and practice*. London: Routledge; 2014.

51. Lemon SC, Goins KV, Schneider KL, Brownson RC, Valko CA, Evenson KR, et al. Municipal officials’ participation in built environment policy development in the United States. *Am J Health Promot*. 2015;30(1):42–9.

52. Zwald ML, Eyer A, Goins KV, Lemon SC. Multilevel analysis of municipal officials’ participation in land use policies supportive of active living: city and individual factors. *Am J Health Promot*. 2016;30(4):287–90.

53. World Health Organization. *More Active People for a Healthier World: Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030*. 2018. <https://www.who.int/news/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>. Accessed 7 Nov 2019.

54. World Health Organization Regional Office for Europe. *Physical Activity Strategy for the WHO European Region 2016–2025*. 2016. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025>. Accessed 7 Nov 2019.

55. Lavrakas P. *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd; 2008.

Publisher’s Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



Etude 5 : Applying policy science theories to model the development of local Health Enhancing Physical Activity policies

A) Contexte et objectif :

L'étude 5 s'appuie sur l'ensemble des travaux de cette thèse. La revue exploratoire de la littérature menée lors de l'étude 1 faisait état de la nécessité d'analyser l'ensemble du processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP, et d'analyser de manière plus systématique ces politiques à partir d'un cadre théorique ou conceptuel afin de mieux les comprendre. Par conséquent, l'objectif de cette étude était de créer un cadre conceptuel qui modélise et explique l'ensemble des stades de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. Ainsi, ce cadre conceptuel s'appuie sur des données empiriques obtenues lors de l'étude 3 par l'intermédiaire du CAPLA-Santé (i.e., étude 2), de l'étude 4, ainsi que les principales théories utilisées par les sciences politiques dans le domaine de la promotion de la santé.

B) Méthodes :

Cette étude s'est déroulée en 3 étapes : (1) évaluer le niveau de développement des politiques de promotion de la santé par l'AP dans 10 municipalités à partir du CAPLA-Santé (2) donner un bref aperçu des principales théories des sciences politiques utilisées en promotion de la santé, et (3) à partir de ces perspectives empiriques et théoriques, modéliser un cadre conceptuel pour mieux comprendre le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP.

C) Résultats :

Un cadre conceptuel sur le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP a été modélisé. Ce cadre conceptuel est composé de 5 étapes décrivant le développement d'une politique depuis le début du processus d'élaboration des politiques jusqu'au changement de politique. Le cadre conceptuel permet également de catégoriser le niveau de développement de la politique municipale de promotion de la santé par l'AP. De plus, il fournit des aspects théoriques permettant d'expliquer les mécanismes du processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP.

D) Article :

Noël Racine, A., Garbarino, J. M., Massiera, B., Vuillemin, A. Applying policy science theories to model the development of local Health-Enhancing Physical Activity policies (prochainement soumis).

Applying policy science theories to model the development of local Health-Enhancing Physical Activity policies

Antoine Noël Racine ¹, Jean-Marie Garbarino¹, Bernard Massiera ¹, Anne Vuillemin ¹.

¹ Université Côte d'Azur, LAMHESS, Nice, France. Faculté des Sciences du Sport, 261 Boulevard du Mercantour, B.P. 3259, 06205 NICE Cedex 03, France. antoine.noel-racine@etu.univ-cotedazur.fr; jean-marie.garbarino@univ-cotedazur.fr; bernard.massiera@univ-cotedazur.fr; anne.vuillemin@univ-cotedazur.fr

Corresponding author: Anne Vuillemin, Graduate School of Health Science Ecosystems, 261 Boulevard du Mercantour, B.P. 3259, 06205 Nice Cedex 03, France. Phone: +33 489 153 963, Email: anne.vuillemin@univ-cotedazur.fr

Funding: This work was supported by a PhD grant from the Région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur and the association Azur Sport Santé.

Applying policy science theories to model the development of local Health-Enhancing Physical Activity policies

ABSTRACT

Background: Physical inactivity is considered as a pandemic, requiring strong policy responses to address this major health issue. However, research on the development of Health-Enhancing Physical Activity policies (HEPA) remains scarce, particularly at the local level. There is a need to produce evidence to better understand the process of the development of local HEPA policies. This study aims to model the development of HEPA policy promotion in French municipalities.

Methods: This research was led in 3 steps: (1) assess the level of development of HEPA policies from 10 French municipalities using a local HEPA analysis tool, (2) provide a brief overview of core political sciences theories applied in health promotion, and (3) from these empirical and theoretical perspectives, model a conceptual framework to better understand the development of HEPA policy promotion in French municipalities.

Results: Based on empirical data and the *Multiple Streams*, the *Policy cycles* and the *Institutional Rational Choice* theories, a conceptual framework of the development of municipal HEPA policy promotion was modeled. This conceptual framework is compounded of 5 stages describing the development of municipal HEPA policy from the beginning of the policymaking process to the policy change.

Conclusions: This paper contributes to a better understanding of the development of municipal HEPA policy. The conceptual framework presented in this article allowed to categorize the level of development of a municipal HEPA policy. Moreover, it provides some theoretical aspects necessary to explain mechanisms of the HEPA policymaking process.

Key words: health-enhancing physical activity, municipality, policy science, multiple streams, policy process, policymaking

BACKGROUND

Insufficient physical activity is associated with major consequences on health such as a higher risk to develop a non-communicable disease or a lower quality of life and mental health (Bize *et al.*, 2007; Lee *et al.*, 2012). Its prevalence was estimated at 27.5 % of the worldwide population (Guthold *et al.*, 2018). Consequently, physical inactivity is considered as a pandemic problem (Kohl *et al.*, 2012), requiring strong policies responses to address this major health issue (Reis *et al.*, 2016; World Health Organization, 2018). According to the literature, ‘upstream’ approaches such as policies are crucial to increase the physical activity level of the population in a sustainable way (Ding *et al.*, 2019; Golden *et al.*, 2015). To this end, a combination of policy solutions is required, involving many stakeholders from a wide range of sectors at multiple level to develop a complex ecosystem supporting an active lifestyle (Reis *et al.*, 2016; World Health Organization, 2018). Although policy research on health-enhancing physical activity (HEPA) has been expanded the last two decades (Varela *et al.*, 2018), more researches are needed to produce evidence in order to support policy-makers in their decision (Ding *et al.*, 2019; Rütten *et al.*, 2016). Research on HEPA policies at the local level remains scarce (Noël Racine *et al.*, 2020a), unlike the national level (Klepac Pogrmilovic *et al.*, 2018). A recent review exploring published research on local government policies promoting HEPA showed that few studies analyzed HEPA policies based on theoretical or conceptual framework (Noël Racine *et al.*, 2020a). To fill this gap, the ‘CAPLA-Santé’ framework was recently developed to give an overview and to better understand the local HEPA policies in the French context (Noël Racine *et al.*, 2020b). It provides an overview of these policies and contribute to identify barriers, levers and remaining challenges for their development. However, using ‘CAPLA-Santé’ (Noël Racine *et al.*, 2020b) does not allow to understand how and why local HEPA policies are developed and implemented by policy-makers, as well as why some local governments are more or less involved in HEPA promotion. To translate research into efficient policy and practice, studies should move from the ‘what’ to the ‘how’ (Brownson and Jones, 2009). For that theories from political sciences could enhance the understanding of ‘how’ and ‘why’ health policy are structured and implemented (Bernier and Clavier, 2011; de Leeuw *et al.*, 2014). Therefore, a political science approach could help to analyze the process of policy change over time and not just the current content of the policy (Bernier and Clavier, 2011; de Leeuw *et al.*, 2014). Applied to a HEPA policy, a political science approach could help to analyze the process of development of the local HEPA policy in order to provide evidence on policy change to improve their support. As a result, the objective of this study was to model the development of HEPA policy promotion in French municipalities.

METHOD

This research was led in 3 steps: (1) assess the level of development of HEPA policies from 10 French municipalities using CAPLA-Santé, a local HEPA analysis tool (Noël Racine *et al.*, 2020b), (2) provide a brief overview of core political science theories applied in health promotion, and (3) from these empirical and theoretical perspectives, model a conceptual framework to better understand the development of HEPA policy promotion in French municipalities.

Assessment of the development level of HEPA policies

Mid-size municipalities (between 20,000 and 100,000 residents according INSEE) from the Alpes-Maritimes and Var counties in France ($n = 10$) were targeted. These municipalities were initially invited to participate in a previous study on local HEPA policies (Noël Racine *et al.*, 2020c). Table 1 presents the main characteristics of these municipalities. The assessment of the development level of HEPA policies of these municipalities was achieved using, CAPLA-Santé, a local HEPA policy analysis tool: (Noël Racine *et al.*, 2020b). This tool contains 21 items divided into six major sections: overview of HEPA stakeholders in the local government area, policy documents, policy contents, funding and political engagement, studies and measures relating to physical activity in the local government area, and progress achieved and future challenges. Data were collected in each municipality between September 2018 and March 2019 through structured interviews of key informants and the collection of written HEPA policy documents by authors from websites. Data from each municipality were added in a global matrix to provide an overview of the progress of the HEPA policy development. From this, municipalities were categorized according to their different level of development: no policy and no willingness, no policy but willingness, no policy but in project, minor policy, important policy. The importance of the policy (minor versus important) was defined on the basis of data collected with the CAPLA Santé. From items of this local HEPA analysis tool, 8 criteria were selected to establish the importance of the policy: the municipality has a written HEPA documents describing the policy, these documents are considered as complementary or articulated with each other, the policy is intersectoral (involving at least 3 sectors), the municipality is considered as the leader in the promotion of HEPA in the territory, the municipality has a department which ensure cross-sectoral collaboration or coordination in the territory, the policy is translated in concrete actions, the policy has different policy settings and target audience, the funding and the political commitment of the policy are maintained over

several years. If the municipal HEPA policy meet all criteria, it was considered as an important policy.

Political science theories in health promotion

A review was led to provide an overview of core political sciences theories applied in health promotion. PubMed and Google Scholar databases were used to identify articles published in English and French between 2000 and 2019. The search strategy employed four main keywords: ‘political science’, ‘policy process’, ‘health policy’ and ‘health promotion’. Titles, keywords and abstracts were screened to select potentially relevant studies on the topic. Then, articles selected from this last step were assessed in full text for eligibility. Articles were included when theoretical or conceptual approach from political science were applied in health promotion or physical activity promotion. The reference list of articles included was also screened in case some research was relevant for this study. Then, main political science theories and approaches were extracted.

Modeling of a conceptual framework

Based on the results of the assessment of the development level of HEPA policies in 10 French mid-size municipalities, authors selected political science theories which may better explain the policymaking process of these policies, ‘how’ and ‘why’ they were developed. To this end, authors organized three workshops to model the development of these municipality HEPA policies through a conceptual framework.

RESULTS

Assessment of the development level of HEPA policies

A total of 21 key informants were interviewed (Table 2) and 14 written HEPA policies were collected (Figure 1) addressing all items of the CAPLA Santé in each municipality. The municipality ‘F’ had no policy and no willingness ($n = 1$). The municipalities ‘D and J’ had no policy but have willingness ($n = 2$). The municipality ‘E’ had no policy but was in project ($n = 1$). The municipalities ‘B, C and I’ had a minor policy ($n = 3$). The municipalities ‘A, G and H’ had an important policy ($n = 3$).

Political science theories in health promotion

The databases used first recorded 4 751 articles. A total of 53 articles were screened for a full text assessment. Following this last step, 26 articles were included in our review, including 3 articles relying on political science and physical activity promotion (Piggin and Hart, 2017;

Pratt et al., 2016; Rütten et al., 2018). From this step, 5 political science theories were extracted from articles: *the Multiple Streams* of Kingdon (1995), *policy cycles* of Howlett et al., (2009), *Advocacy Coalition Framework* of Weible and Sabatier (2007), *Punctuated Equilibrium Theory* of Baumgartner and Jones (1993), the *Institutional Rational Choice* of Elinor Ostrom (1991). A summary of each theory is presented in Table 3.

Modeling of a conceptual framework

Based on the empirical data and the *Policy cycles* theory (Howlett et al., 2009), five stages of the development of municipal HEPA policy were identified (Figure 2): (0) contextual dynamic flow, (1) agenda setting, (2) policy formulation, (3) policy implementation, (4) policy change. The *Multiple Streams* (Kingdon, 1995) theory was used to explain ‘why’ and ‘how’ the HEPA promotion was stated in the agenda setting (stages 0 and 1). The *Institutional Rational Choice* theory (Ostrom, 1991) was used to explain other stages of the policy development process (stages 2, 3 and 4). The *Advocacy Coalition Framework* (Weible and Sabatier, 2007) and the *Punctuated Equilibrium Theory* (Baumgartner and Jones, 1993) were not used to model the conceptual framework of the development of municipal HEPA policies. These theories need empirical data over the time to be used.

The conceptual framework of the development of municipal HEPA policies is described in Figure 2. Authors assumes that this conceptual framework represents a simplification of a complex process embedded in specific ecosystems. In this framework, each stage of the municipal HEPA policy development is influenced by contextual variables that could be facilitators or barriers. Authors considered that contextual variables are not necessarily stables but dynamics. Moreover, authors assumed that the development process of municipal HEPA policy could be not always linear. Thus, the level of development of HEPA policy could evolve.

Stage 0, called ‘contextual dynamic flow’, relied on the *Multiple Streams* theory (Kingdon, 1995). According to Kingdon, there are 3 streams flow: the ‘*problem stream*’, the ‘*policy stream*’, and the ‘*political stream*’. The *problem stream* is the perception of specific issue by policymakers such as the level of physical inactivity in the community, that required solutions from the municipality. The ‘*political stream*’ comprises factors that could influence elected officials, such as beliefs, political sensitivity, electoral intent, legislative constraints... The ‘*policy stream*’ refer to potential solutions to address the issue, such as physical inactivity. These potential solutions are generally promoted by ‘*policy entrepreneur*’ that may be in this case: local stakeholders, experts, or heads of department from municipalities. When two, or all of these streams, are coupling together, a window policy is opening, giving the opportunity to

introduce the HEPA promotion in the agenda setting (stage 1). However, when none of these streams have connected each other at the same moment, a HEPA policy can't be developed. In this study, it was the case of the municipality F which had no policy and no willingness to develop a policy (stage 0). Whereas the municipalities D and J had willingness to develop a HEPA policy, setting this topic in the policy agenda (stage 1). In these municipalities, the problem of physical inactivity at the community level was perceived as important by elected officials. Moreover, HEPA promotion was considered as an opportunity to improve the quality of life of their citizen. Elected officials of these municipalities reported that the French national law fostering the prescription of physical activity for people with long-term conditions (article 144 in the law for the modernization of the French healthcare system, 26 January 2016), supported them to be involved in HEPA promotion. No policy was reported for the municipality E but it was in project, corresponding to the policy formulation (stage 2). In this stage, the municipality explore potential policy solutions and their feasibilities. To this end, the policy solution will be fitted according to rational choices (Ostrom, 1991), such as the physical and material conditions, the characteristics of the community, possibilities offered by the policy system (legal competencies of the municipality as an authority). However, according to Kingdon theory (1995), policy entrepreneurs such as experts, local stakeholders' network, or head of departments from the municipality could have also important influence on the policy decision and on the choice of the policy solution. The municipalities B, C and I had implemented a minor policy (stage 3). In this stage, the policy implementation could be achieved with limited resources involving few departments of the municipality; the funding and the political commitment are short-term. Two situations were distinguished in this stage: the municipality wanted to test and evaluate the efficiency of the policy before further developing and on the long-term; or HEPA promotion was not a high priority topic for elected officials limiting the resource for this policy. For municipalities A, G and H, HEPA promotion was considered as an important policy and important policy change since some years (stage 4).

DISCUSSION

Based on empirical data and the *Multiple Streams* (Kingdon, 1995), the *Policy cycles* (Howlett et al., 2009), and the *Institutional Rational Choice* (Ostrom, 1991) theories, a conceptual framework of the development of municipal HEPA policy promotion was modeled. This conceptual framework is compounded of 5 stages describing the development of a municipal HEPA policy from the beginning of the policymaking process to the policy change. Although this conceptual framework represents a simplification of a whole process of the

development of municipal HEPA policy, it highlights some mechanisms that could influence the policymaking and the policy decision. One of these mechanisms is the perception of the problem such as physical inactivity, and the importance for the municipality to lead HEPA policy. This mechanism described at stages 1 and 2 was also highlighted in some studies (Noël Racine *et al.*, 2020c, 2020d). At these stages, a strong advocacy could probably facilitate the scale up of the development of HEPA policy. Thus, various stakeholders could play a role to raise the awareness of physical inactivity issue to policymakers and to advocate HEPA solutions (World Health Organization, 2018). Medias, local stakeholders' network and researchers seemed to pay an important role to this end (Van de Goor *et al.*, 2017). This advocacy seemed particularly important because local policymakers have to deal daily with other important issues such as economic development, livability, climate change, air quality, natural resource conservation, traffic congestion, traffic safety... (Wang *et al.*, 2016). Therefore, advocate policy solutions promoting HEPA (*policy stream*) that could be embedded with other issues perceived as important for elected officials (*political stream*) may foster the chance to open a '*policy window*' to introduce HEPA promotion in the agenda setting. At the local level, due to the lack of surveillance data (Noël Racine *et al.*, 2020c), the perceptions of policymakers of physical inactivity as an issue (*problem stream*) is probably more complicated than at the national level. Pratt *et al.*, (2016) showed that physical inactivity is usually perceived as a problem by national governments thought a surveillance system from national institutions or studies from research. However, having a surveillance system for municipality is probably not a priority due to the budget constraints and the limited human resources in order to run it. Thus, others sub-national governments or local research units could play a role in the surveillance of the level of physical activity in order to alert policymakers on this issue (*problem stream*).

To model a conceptual framework on the development of municipal HEPA policies, it was necessary not to be limited by the application of the *Multiple Stream* theory (Kingdon, 1995). This policy process theory is mainly focused on the agenda setting and disregards subsequence stages of the policy process (Howlett *et al.*, 2015), such as policy formulation and policy implementation. Therefore, the *Policy cycles* (Howlett *et al.*, 2009), and the *Institutional Rational Choice* (Ostrom, 1991) were used to explain the following stages of the HEPA policy development. The stage of the policy formulation, when policymakers study possible policy solutions and their feasibility, could be an opportune moment to bridge the gap between research, policy and practice. If policymakers' access to evidence-based and good practice-based experiences, it will impact the efficacy of the policy solutions and interventions (Ding *et al.*, 2019). At the moment, research on HEPA policies at the local level remains scarce (Noël

Racine *et al.*, 2020a). In the future, the diffusion of the use of the local HEPA policy analysis tool CAPLA Santé (Noël Racine *et al.*, 2020b) in a very large sample of municipalities could provide evidence to policymakers. However, evidence should be easily accessible for them. To this end, establishing a powerful network between researchers and policymakers seems to be promising (Aro *et al.*, 2016; Van de Goor *et al.*, 2017). Once a policy solution is formulated and decided to be implemented (stage 2 to 3), policymakers will probably face to some barriers during the implementation (Barnidge *et al.*, 2013; Noël Racine *et al.*, 2020d). A gap could occur between what was planned and how it was implemented. Therefore, it is essential to evaluate the impact of the HEPA policy implemented in the community but also the internal impact within the municipality involved. Thus, the RE-AIM framework (Glasgow *et al.*, 1999) assessing 5 dimensions: reach, efficacy, adoption, implementation, and maintenance at the community and organizational level, may be particularly relevant to evaluate the policy implementation and its context. As suggested by Noël Racine *et al.*, (2020d), local contextual factors can affect the development of HEPA policies in mid-size French municipalities. Consequently, contextual variables were taken into account in the conceptual framework presented in this study. However, further research needs to better identify these variables at each stage of the HEPA policy development.

This study has some limitations. The empirical data were provided from only mid-size municipalities of two French counties. This conceptual framework is a simplification of a complex and dynamics process. Future researches are needed to test it in different context settings in order to upgrade this conceptual framework. In particular, each stage should be investigated in deep in next researches.

CONCLUSIONS

This paper contributes to a better understanding of the development of municipal HEPA policies. The conceptual framework presented in this article allowed to categorize the level of development of municipal HEPA policies. Moreover, it provides theoretical aspects explaining some mechanisms of the HEPA policymaking process. Applying this conceptual framework could provide evidence on the development of a HEPA policy in order to facilitate their scaling up and support.

REFERENCES

- Aro, A.R., Bertram, M., Hämäläinen, R.-M., Van De Goor, I., *et al.*, 2016. Integrating research evidence and physical activity policy making—REPOPA project. *Health Promot. Int.* 31, 430–439. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav002>
- Barnidge, E.K., Radvanyi, C., Duggan, K., Motton, F., Wiggs, I., Baker, E.A., Brownson, R.C., 2013. Understanding and Addressing Barriers to Implementation of Environmental and Policy Interventions to Support Physical Activity and Healthy Eating in Rural Communities. *J. Rural Heal.* 29, 97–105. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2012.00431.x>
- Baumgartner, F.R., Jones, B.D., 1993. *Agendas and instability in American politics.* University of Chicago Press.
- Bernier, N.F., Clavier, C., 2011. Public health policy research: Making the case for a political science approach. *Health Promot. Int.* <https://doi.org/10.1093/heapro/daq079>
- Bize, R., Johnson, J.A., Plotnikoff, R.C., 2007. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev. Med.* <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.017>
- Brownson, R.C., Jones, E., 2009. Bridging the gap: Translating research into policy and practice. *Prev. Med.* <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.06.008>
- De Leeuw, E., Clavier, C., Breton, E., 2014. Health policy - why research it and how: Health political science. *Heal. Res. Policy Syst.* <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-55>
- Ding, D., Ramirez Varela, A., Bauman, A.E., Ekelund, U., Lee, I.M., Heath, G., Katzmarzyk, P.T., Reis, R., Pratt, M., 2019. Towards better evidence-informed global action: Lessons learnt from the Lancet series and recent developments in physical activity and public health. *Br. J. Sports Med.* <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101001>
- Elinor Ostrom, 1991. *Rational Choice Theory and Institutional Analysis: Toward Complementarity on JSTOR.*
- Glasgow, R.E., Vogt, T.M., Boles, S.M., 1999. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework. *Am. J. Public Health.* <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1322>
- Golden, S.D., McLeroy, K.R., Green, L.W., Earp, J.A.L., Lieberman, L.D., 2015. Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Educ. Behav.* 42, 8S-14S. <https://doi.org/10.1177/1090198115575098>

- Guthold, R., Stevens, G.A., Riley, L.M., Bull, F.C., 2018. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob. Heal.* 6, e1077–e1086.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7)
- Howlett, M., McConnell, A., Perl, A., 2015. Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory. *Eur. J. Polit. Res.* 54, 419–434. <https://doi.org/10.1111/1475-6765.12064>
- Howlett, M., Ramesh, M., Perl, A., 2009. *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. Oxford University Press.
- Kingdon, J.W., 1995. *Agendas, alternatives, and public policies*, 2nd ed. ed. Longman, New York.
- Klepac Pogrmilovic, B., O’Sullivan, G., Milton, K., Biddle, S.J.H., Bauman, A., Bull, F., Kahlmeier, S., Pratt, M., Pedisic, Z., 2018. A global systematic scoping review of studies analysing indicators, development, and content of national-level physical activity and sedentary behaviour policies. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*
<https://doi.org/10.1186/s12966-018-0742-9>
- Kohl, H.W., Craig, C.L., Lambert, E.V., Inoue, S., Alkandari, J.R., Leetongin, G., Kahlmeier, S., et al., 2012. The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. *Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60898-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60898-8)
- Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T., A *et al.*, 2012. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 380, 219–229.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
<https://www.legifrance.gouv.fr> (accessed 5.4.20).
- Noël Racine, Antoine, Van Hoyer, A., Boyd, A., Jackson, F., Garbarino, J.-M., Massiera, B., Kahlmeier, S., Sandu, P., Vuillemin, A., 2020a. A scoping review of published research on local government policies promoting health-enhancing physical activity. *Int. J. Sport Policy Polit.* 1–17. <https://doi.org/10.1080/19406940.2020.1816561>
- Noël Racine, Antoine, Van Hoyer, A., Baron, A., Lecomte, F., Garbarino, J.-M., Massiera, B., Honta, M., Vuillemin, A., 2020b. Development of a Local Health-Enhancing Physical Activity Policy Analysis Tool in France: CAPLA-Santé. *Health Promot. Pract.* 152483992091646. <https://doi.org/10.1177/1524839920916462>
- Noël Racine, A., Garbarino, J.M., Massiera, B., Vuillemon, A. 2020c. Analysis of the local

health-enhancing physical activity policies in the French Riviera.

- Noël Racine, A., Garbarino, J.M., Corrion, K., D'Arripe-Longueville, F., Massiera, B., Vuillemin, A., 2020d. Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities. *Heal. Res. Policy Syst.* 18, 62. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00575-z>
- Piggin, J., Hart, L., 2017. Physical activity advocacy in the UK: a multiple streams analysis of a hybrid policy issue. *Leis. Stud.* 36, 708–720. <https://doi.org/10.1080/02614367.2017.1285957>
- Pratt, M., Salvo, D., Cavill, N., Giles-Corti, B., McCue, P., Reis, R.S., Jáuregui, A., Foster, C., 2016. An International Perspective on the Nexus of Physical Activity Research and Policy. *Environ. Behav.* 48, 37–54. <https://doi.org/10.1177/0013916515609668>
- Reis, R.S., Salvo, D., Ogilvie, D., Lambert, E. V., Goenka, S., Brownson, R.C., 2016. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet.* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30728-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30728-0)
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Messing, S., Weege, M., Pfeifer, K., Geidl, W., Hartung, V., 2018. How can the impact of national recommendations for physical activity be increased? Experiences from Germany. *Heal. Res. Policy Syst.* <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0396-8>
- Rütten, A., Schow, D., Breda, J., Galea, G., Kahlmeier, S., Oppert, J.M., van der Ploeg, H., van Mechelen, W., 2016. Three types of scientific evidence to inform physical activity policy: results from a comparative scoping review. *Int. J. Public Health.* <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0807-y>
- Van de Goor, I., Hämäläinen, R.M., Syed, A., Juel Lau, C., Sandu, P., Spitters, H., Eklund Karlsson, L., Dulf, D., Valente, A., Castellani, T., Aro, A.R., 2017. Determinants of evidence use in public health policy making: Results from a study across six EU countries. *Health Policy.* 121, 273–281. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.01.003>
- Varela, A.R., Pratt, M., Harris, J., Lecy, J., Salvo, D., Brownson, R.C., Hallal, P.C., 2018. Mapping the historical development of physical activity and health research: A structured literature review and citation network analysis. *Prev. Med.* <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.10.020>
- Wang, M.L., Goins, K.V., Anatchkova, M., Brownson, R.C., Evenson, K., Maddock, J., Clausen, K.E., Lemon, S.C., 2016. Priorities of municipal policy makers in relation to physical activity and the built environment: A latent class analysis. *J. Public Heal.*

Manag. Pract. 22, 221–230. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000289>

Weible, C.M., Sabatier, P.A., 2007. Advocacy Coalition Framework, in: International Encyclopedia of Political Science. SAGE Publications, United States.

<https://doi.org/10.4135/9781412959636.n7>

World Health Organization, 2018. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world.

Table 1. Main characteristics of mid-size municipalities included in the analysis

Municipality	Inhabitants (n)*	Median income (€)**	People affected by a chronic illness (n) ***	Additional chronic illness (n) ****
A	74 875	22 392	12 441	2 039
B	49 322	22 046	8 012	1 305
C	28 919	22 858	4 592	756
D	50 937	20 704	7 607	1 230
E	41 571	20 010	7 250	1 102
F	35 296	23 152	6 913	1 088
G	64 903	18 656	11 305	1 837
H	74 285	18 962	14 369	2 237
I	25 047	20 940	4 656	780
J	23 347	21 778	3 342	574

Note: * Data from the National Institute of Statistics and Economic Studies – INSEE (2018). ** Data from INSEE (2018). *** Number of people affected by a chronic illness covered by governmental insurance for their healthcare expenditure. Data from the Regional Observatory of Provence-Alpes-Côte d’Azur (2018). **** Average number of additional people each year affected by a chronic illness covered by governmental insurance for their healthcare expenditure (from 2007 to 2014). Data from the Regional Observatory of Provence-Alpes-Côte d’Azur (2018).

Table 2. Characteristic of key informants according the mid-size municipality

Local governments	Number of key informants interviewed	Position and represented sectors
A	3	Head of department from social sector Responsible of HEPA project from the sport sector Project officer from the health sector
B	2	Head of department from social sector Head of department from sport sector
C	2	Head of department from social sector Head of department from sport sector
D	1	Head of department of sport and social sector
E	2	Head of department from sport sector Head of department from health sector
F	2	Head of department from sport sector Head of department from health sector
G	2	Head of department from sport sector Head of department from health sector
H	2	Head of department from sport sector Head of department from social sector

I	2	Head of department from social sector Head of department from sport sector
J	3	Head of department from social sector Head of department from sport sector Head of department from health sector

Table 3. Summary of core political sciences theories applied in health promotion.

References	Summary of theories
<i>The Multiple Streams</i> (Kingdon, 1995)	This theory helps to explain (1) why some issues are stated in the political agenda through policy dynamics, and (2) how a policy window could lead to policy change. Kingdon distinguishes 3 streams flow: the problem stream, the policy stream, and the political stream. When these streams come together, a window policy is opened providing possibility to make change the policy.
<i>Policy cycles</i> (Howlett et al., 2009)	This theory allows to better understand the policymaking process using a heuristic method to describe main stages of the policy cycles. Howlett et al. identified 5 main stages in the policy cycle: agenda setting, policy formulation, policy decision, policy implementation, and policy evaluation.
<i>Advocacy Coalition Framework</i> (Weible and Sabatier, 2007)	This theory assumes that the policymaking decision leading to policy change is embedded in policy system by the interaction of advocacy coalitions. A strong alignment of the advocacy coalitions over the time is needed to drive to policy change.
<i>Punctuated Equilibrium Theory</i> (Baumgartner and Jones, 1993)	This theory suggests that policymaking is characterised by long periods of stability (equilibrium) with minor policy change, punctuated by brief periods of major change. According Baumgartner and Jones, the process of change is embedded in a complex system and is relied to the policy image from the public opinion and the involvement of set of stakeholders in a particular issue.
<i>Institutional Rational Choice</i> (Ostrom, 1991)	This theory argues that institutions make rational choices to maximise the achieving their objectives. There are 3 main categories of factors that influence the institution choice: the physical and material conditions, the characteristics of the community, as well as well the rules and the policy system.

Figure 1. Characteristics of written HEPA policies collected.

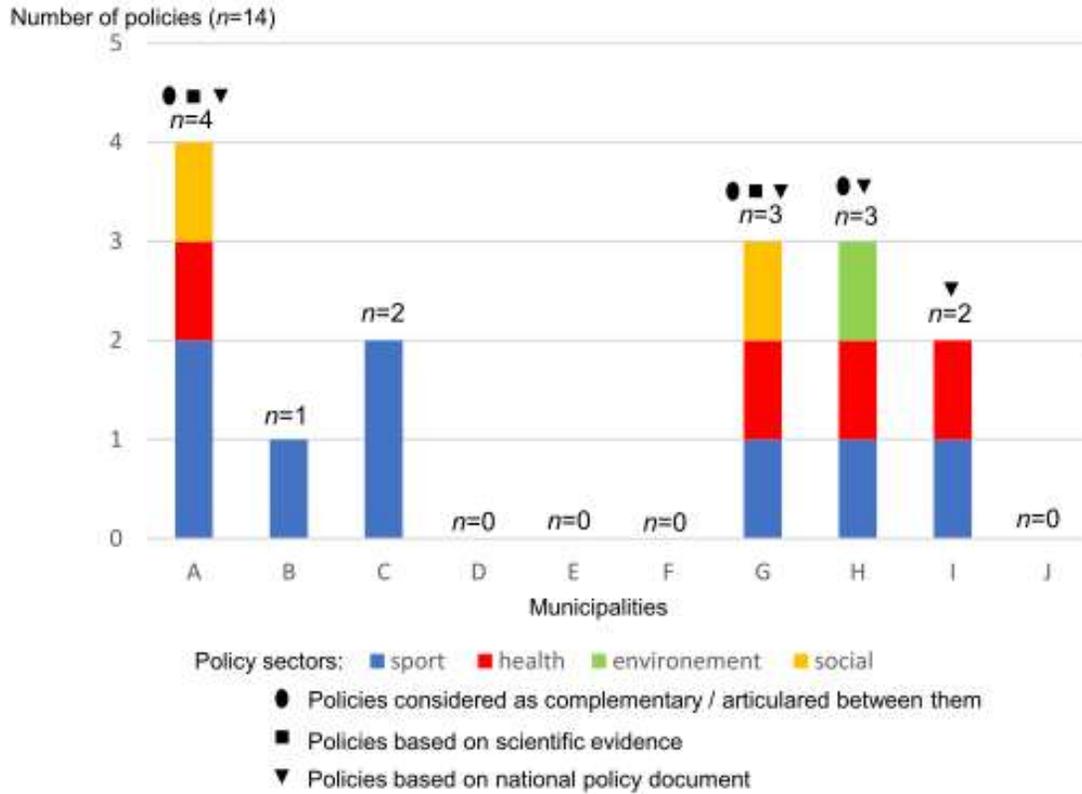
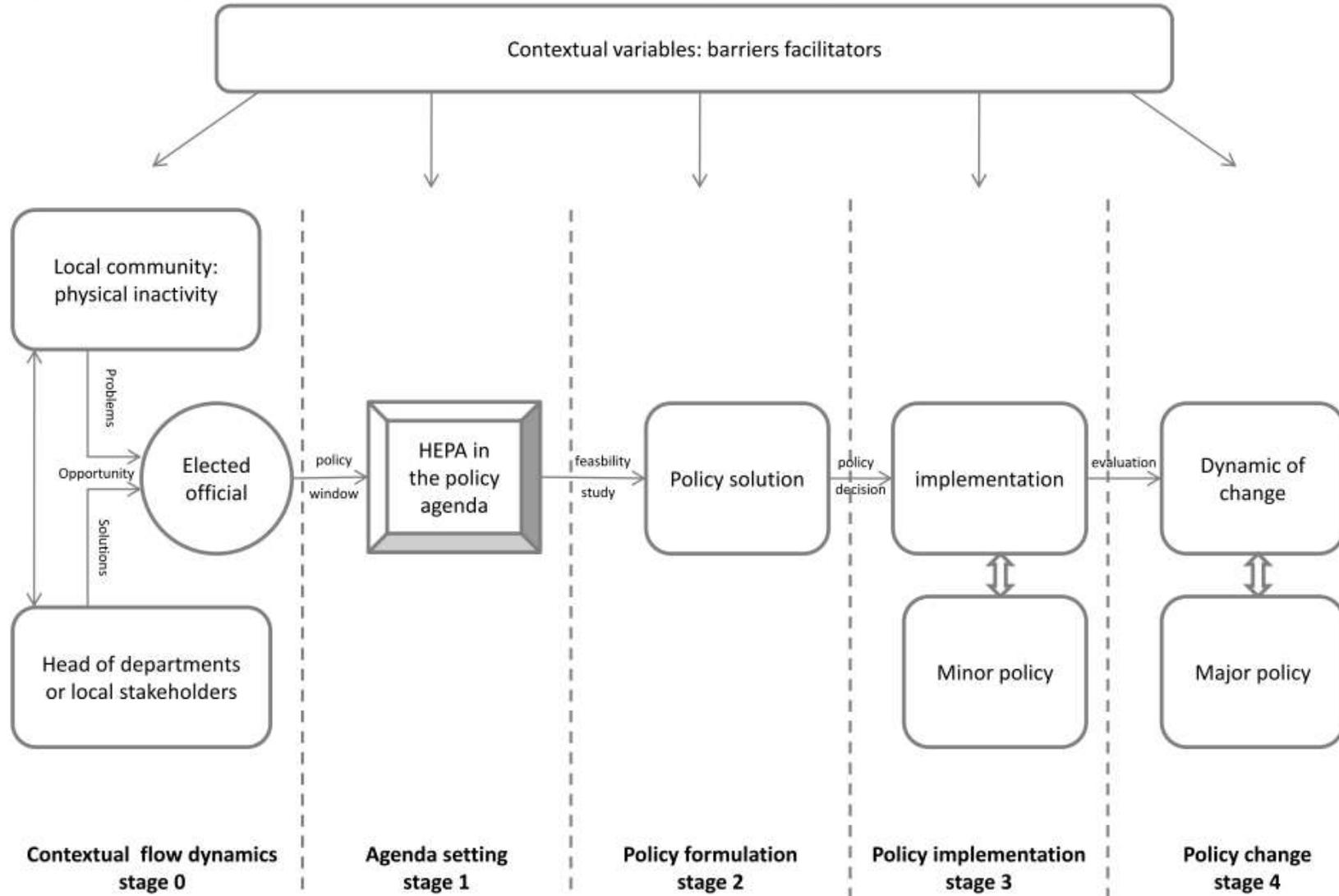


Figure 2. Conceptual framework of the development of municipal HEPA policies.



CHAPITRE 3 : DISCUSSION GENERALE

Ce travail doctoral défend la thèse selon laquelle il existe un certain nombre de facteurs, ainsi que des processus, qui influencent et conditionnent le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP. Ainsi il postule que l'identification et la compréhension de ces facteurs pourraient permettre de favoriser le développement et l'efficacité de ces politiques en tenant compte des spécificités des contextes locaux. Dans cette perspective, l'ensemble des études a été mené afin de répondre aux différentes questions de recherches, de mettre à l'épreuve la thèse défendue et de contribuer au développement des connaissances sur le sujet.

Partie 1 : État de la littérature

Axe 1 : Identifier dans la littérature les principaux résultats, limites et perspectives de recherche sur les politiques de promotion locales de promotion de la santé par l'AP.

Comment les politiques locales de promotion de la santé par l'AP sont-elles actuellement rapportées et étudiées dans la littérature scientifique ?

Les résultats de l'étude 1 confirment que les études menées sur les politiques locales de promotion de la santé par l'AP sont peu nombreuses à ce jour. Celles-ci proviennent majoritairement des pays anglo-saxons. En Europe, peu d'études ont été rapportées sur le sujet. De plus, les études menées dans les pays à revenu faible et intermédiaire sont également rares. Ceci corrobore les récents travaux de Ding *et al* (2020) qui pointent la nécessité de développer la recherche sur le sujet, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour lesquels la littérature ne dispose que de peu de données.

Les données collectées dans cette étude montrent que les caractéristiques et les différents contextes des politiques de promotion de la santé par l'AP étudiées dans la littérature sont plus ou moins bien décrites et détaillées selon les recherches. Par conséquent, à ce jour, l'analyse globale de la littérature ne permet pas de bien comprendre comment ces politiques sont mises en œuvre et adaptées aux différents contextes locaux. Or, ce type d'analyse est important afin de produire des preuves susceptibles de guider le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP (Reis *et al.*, 2016).

De plus, les résultats de l'étude 1 montrent que les politiques étudiées dans la littérature sont portées par des gouvernements infranationaux à plusieurs niveaux (i.e., fédéral, régional,

départemental ou municipal) ; le niveau municipal restant le plus largement étudié. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la littérature suggère que les politiques municipales ont des rôles primordiaux pour influencer le niveau de pratique d'AP des individus (Edwards et Tsouros, 2006 ; WHO, 2016, 2018). Le niveau municipal constitue le niveau le plus proche des populations pour agir sur les déterminants de la santé et de l'AP de la population (Takano and Nakamura, 2001; De Leeuw *et al.*, 2009, 2014). Par exemple en France, les municipalités disposent des compétences pour agir sur l'aménagement du territoire (e.g., création de pistes cyclables, rues piétonnes etc.) (Halpern *et al.*, 2018). Cependant, les autres gouvernements infranationaux doivent être également considérés car ils peuvent également jouer un rôle important. Par exemple en France via la compétence de l'aménagement du territoire, les conseils régionaux établissent des « *schémas régionaux d'aménagement et de développement du territoire* » qui peuvent impacter directement l'urbanisme des villes, et donc influencer les choix de la population en matière de déplacements actifs.

La revue exploratoire de la littérature a également permis d'extraire les méthodes utilisées par les chercheurs pour étudier ces politiques. Elle a par exemple mis en évidence qu'il n'existe pas à ce jour de méthode standardisée pour étudier les politiques de promotion de la santé par l'AP au niveau local, ainsi que pour les comparer entre elles dans différents contextes. De plus, les résultats ont également pu montrer que peu de chercheurs utilisent des cadres conceptuels ou théoriques dans l'étude des politiques locales. Lorsque cela est le cas, ces cadres proviennent principalement du domaine de la santé publique. Pourtant, les principales théories des sciences politiques pourraient fournir des perspectives utiles pour mieux comprendre le développement des politiques de santé (Bernier and Clavier, 2011; De Leeuw *et al.*, 2014). Une meilleure compréhension des processus de développement des politiques est essentielle pour pouvoir influencer le changement de politique (De Leeuw *et al.*, 2014). Ainsi, comme il est suggéré dans l'étude 5, l'utilisation des sciences politiques pour analyser les politiques de promotion de la santé par l'AP ouvre de nouvelles perspectives de recherche sur le sujet.

Un autre aspect méthodologique a été observé au travers de l'étude 1. La plupart des études sur les politiques de promotion de la santé par l'AP collectent des données auprès du personnel ou des responsables de service des gouvernements locaux, mais très peu auprès des élus. Or, pour mieux comprendre le processus d'élaboration des politiques, il paraît important de recueillir également les points de vue des élus qui semblent jouer un rôle clé comme le suggèrent les études 3 et 4. Lorsque la promotion de la santé par l'AP n'est pas perçue comme un enjeu important par les élus, leur manque de soutien et d'engagement impactent directement la mise en œuvre de ce type de politique (Brownson *et al.* 2007, Zwald *et al.* 2017). Par

exemple, cela peut se traduire par une politique peu ambitieuse, uni sectorielle et non pérenne disposant de moyens limités.

L'analyse globale des principaux résultats des études incluses dans la revue exploratoire de la littérature montre que les collaborations intersectorielles semblent constituer des prérequis indispensables pour développer des politiques de promotion de la santé par l'AP efficaces. Ce principe apparaît régulièrement dans la littérature du domaine (Reis *et al.*, 2016, OMS, 2018; Ding *et al.*, 2020). Cependant le développement de ces collaborations prend du temps et nécessite notamment un contexte favorable, un leadership stable, une vision partagée, des objectifs communs et formalisés, ainsi que des synergies entre les agendas politiques (Dennis *et al.* 2015, Dawson *et al.* 2015, Evenson *et al.* 2012, Shill *et al.* 2012, Thomas and *al.* 2009, Guglielmin *et al.*, 2018). Par conséquent, dans la réalité, la mise en œuvre de politiques intersectorielles peut être difficile (Guglielmin *et al.*, 2018). Approfondir les recherches sur les collaborations intersectorielles dans les politiques de promotion de la santé par l'AP pourrait permettre d'identifier d'autres facteurs susceptibles de freiner ou faciliter leur développement.

La revue exploratoire de la littérature suggère également que des facteurs locaux tels que : la taille, le contexte urbain ou rural, les ressources humaines, le financement, la coordination des gouvernements locaux à différents niveaux, l'implication et les relations entre les parties prenantes, le soutien communautaire, les caractéristiques de la communauté, et les caractéristiques de l'environnement bâti et naturel pourraient influencer plus au moins favorablement le développement des politiques de promotion de la santé par l'AP . La perception de l'importance de la promotion de la santé au niveau local par les acteurs des différents secteurs (e.g. santé, transport, éducation etc.) semble également impacter le développement de ces politiques, en particulier celle des élus.

La plupart des études incluses dans la revue exploratoire de la littérature souligne deux limites récurrentes sur le sujet. La première concerne les spécificités des contextes locaux étudiées, qui limitent la généralisation des résultats observés. Un certain nombre de publication soulignent l'importance de la prise en compte des contextes dans la conception et la mise en œuvre de politiques de promotion de la santé et notamment par l'AP (Stokols *et al.*, 1996; Milat *et al.*, 2012; 2015; Reis *et al.*, 2016; Pratt *et al.*, 2020; Ding *et al.*, 2020). Ces dernières années, certains auteurs suggèrent même de contextualiser l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer les comportements actifs au sein d'un écosystème donné, et de modéliser les dynamiques d'interactions entre ces facteurs, afin de développer des politiques de promotion de la santé par l'AP adaptées et efficaces (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020; Cavill *et al.*, 2020). Par conséquent, il serait intéressant de multiplier les études sur

les politiques locales de promotion de la santé par l'AP dans différents contextes, afin d'identifier les facteurs qui influencent le développement de ces politiques et qui seraient spécifiques à certaines variables contextuelles.

L'analyse à court terme des politiques locales de promotion de la santé par l'AP constitue une autre limite récurrente identifiée. Il est donc difficile d'évaluer les bénéfices de ce type de politique à moyen et long terme. De plus, les études sur le sujet analysent le plus souvent un stade de développement d'une politique (e.g., sa mise en œuvre) et non pas l'ensemble du processus de développement. Ainsi, les recherches futures devraient être élargies pour évaluer les politiques dès leur adoption jusqu'à leur pérennisation dans le temps.

Cette revue exploratoire des études scientifiques portant sur les politiques locales de promotion de la santé par l'AP est, à notre connaissance, la première publiée dans la littérature du domaine. Sur la base de la contribution académique actuelle, l'étude 1 met en évidence les principaux résultats, limites et perspectives de recherche sur ce sujet. Ainsi, cette revue de littérature permet de fournir des éléments et des indications afin de développer et approfondir la recherche dans le domaine. Cependant, celle-ci présente également quelques limites. Les bases de données utilisées pour identifier les études sur le sujet étaient limitées à la langue anglaise. Par conséquent, certaines études pertinentes n'ont probablement pas été identifiées. De même, la littérature grise qui pourrait donner des informations utiles sur les politiques locales de promotion la santé par l'AP n'a pas été incluse dans cette étude.

Partie 2 : Données empiriques

Axe 2 : Collecter et analyser des données sur le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen.

Comment collecter des données empiriques sur les politiques de promotion de la santé par l'AP au niveau local ?

La revue exploratoire de la littérature de l'étude 1 a montré qu'il n'existe pas, à ce jour, de méthode standardisée pour étudier les politiques de promotion de la santé par l'AP au niveau local. Au niveau national par contre, la littérature fait état d'un outil d'audit des politiques de promotion de l'AP bénéfique pour la santé (i.e., HEPA-PAT version 2) développé par l'OMS (2015) et qui permet de collecter des données pertinentes sur les politiques au moyen d'une méthode standardisée. Ainsi, dans la perspective de collecter des données empiriques sur les politiques de promotion de la santé par l'AP au niveau local, un cadre d'analyse des politiques

locales activité physiques-santé (CAPLA-Santé) a été développé dans l'étude 2, sur la base de l'outil d'audit des politiques nationales de l'OMS (2015).

Le CAPLA-Santé contient 21 items répartis dans six grandes sections : vue d'ensemble des acteurs de l'AP-santé sur le territoire, documents de cadrage, contenu des politiques, financement et engagement politique, études et mesures relatives à l'AP sur le territoire, et progrès à réaliser, défis à relever. Le cadre d'analyse permet de collecter des données sur l'ensemble des éléments au moyen d'entretiens semi-directifs, auprès de responsables de service et/ou d'élus de divers secteurs d'une collectivité territoriale, et d'une analyse des documents politiques internes ou clairement formalisés dans un média.

La collecte et la triangulation des données proposées par le CAPLA-Santé permet d'analyser les politiques locales de promotion de la santé par l'AP et leurs contextes. Cette analyse permet de donner un aperçu de l'état d'avancement des politiques sur un territoire et notamment des collaborations intersectorielles, mais aussi d'évaluer les progrès réalisés dans le domaine, si le CAPLA-Santé a été utilisé à plusieurs reprises sur un même territoire. Il permet également d'identifier des bonnes pratiques, ainsi que des facteurs qui influencent et qui conditionnent le développement de ces politiques. Le CAPLA-Santé peut ainsi constituer un outil de plaidoyer, notamment pour favoriser les collaborations intersectorielles et la collecte de données pertinentes pour l'aide à la décision à destination de tous les acteurs (e.g., responsables de services, élus, chercheurs, acteurs de terrain, etc.) impliqués dans la promotion de la santé par l'AP. Ce cadre d'analyse peut ainsi être une interface entre la recherche, la politique et la pratique, pouvant contribuer à réduire le fossé entre ces éléments, parfois souligné dans la littérature (Brownson et Jones, 2009). Pour faciliter l'utilisation et la diffusion du CAPLA-Santé des documents ont été formalisés tels qu'un glossaire des termes clés, comme cela avait été fait pour l'outil d'audit des politiques nationales (i.e., HEPA-PAT v2) (Bull *et al*, 2014; WHO, 2015). Cependant, contrairement à l'outil de l'OMS, un guide d'accompagnement (annexe 2), une grille d'entretien (annexe 3), un inventaire des documents de cadrage (annexe 4), ainsi que des sources de données et de financement potentielles (annexes 5 et 6), utiles pour la collecte documentaire, ont été formalisés dans le cadre du CAPLA-Santé.

Bien que le CAPLA-Santé puisse être adapté à d'autres contextes nationaux, le développement de ce cadre d'analyse s'est limité au contexte français, et ne peut donc pas être utilisé dans d'autres pays dans la perspective de réaliser des études comparatives. Par ailleurs, il y a peu de recul quant à son utilisation, en dehors de l'étude 3 menée dans le cadre de ce travail doctoral. Le CAPLA-Santé pourrait être amélioré par un processus itératif basé sur les

expériences des utilisateurs, comme cela avait été fait pour l'outil d'audit des politiques nationales développé par l'OMS.

L'étude pilote du CAPLA-Santé effectuée dans cette étude 2, ainsi que l'utilisation de la version définitive de ce cadre d'analyse dans l'étude 3, révèlent que la collecte de données peut prendre du temps et s'avérer compliquée. De plus, il est parfois difficile de repérer et de rencontrer des personnes clés telles que les élus, qui constituent pourtant des sources de données particulièrement riches dans ce type d'études. De plus, le nombre, la qualité, ainsi que la diversité des personnes interrogées peuvent directement impacter l'étude et ses résultats. Enfin, l'analyse peut se trouver limitée si les collectivités territoriales ne disposent pas de politiques locales formalisées de promotion de la santé par l'AP. Il est noté que dans ce cas l'utilisation du CAPLA-Santé peut permettre de sensibiliser les personnes interrogées aux différents intérêts de développer une politique de promotion de l'AP pour la santé.

Quelles sont les politiques locales de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen ?

L'utilisation du CAPLA-Santé dans l'étude 3 a permis d'identifier et d'analyser des politiques de promotion de la santé par l'AP dans 10 municipalités de taille moyenne sur le territoire azuréen. Les résultats ont montré que 4 municipalités n'avaient développé aucune politique de promotion de la santé par l'AP, et que 6 municipalités avaient formalisé des politiques écrites. Ces politiques étaient généralement décrites de manière très succincte et ne contenaient aucun objectif quantitatif. Dans 5 municipalités, elles se concrétisaient par des programmes d'AP destinés soit à l'ensemble de la population, soit à des groupes de populations spécifiques (e.g., enfants, seniors, malades chroniques etc.). Deux de ces municipalités ont combiné ces politiques avec des politiques d'aménagements urbains favorisant la pratique d'une AP. Une municipalité a fait le choix de promouvoir l'AP par l'intermédiaire d'une politique événementielle.

Les résultats de l'étude 3 ont ainsi montré que les municipalités de taille moyenne de la Côte d'Azur ont principalement adopté une approche centrée uniquement sur les individus. Or, d'après la littérature, ce type d'approche a des effets bénéfiques restreints puisqu'il limite les changements de comportements favorables à la santé dans la durée (Golden and Earp, 2012; Glanz, 2015). De plus, ces approches ne peuvent cibler que peu de personnes: quelques individus ou groupes d'individus à la fois (Glanz, 2015). Les municipalités devraient combiner leurs approches actuelles avec des approches structurelles et systémiques en agissant également

sur les différents environnements (i.e., sociaux, organisationnelles, économiques, naturels et urbains), afin de maximiser durablement la promotion de l'AP sur leur territoire (Edwards and Tsouros, 2006; WHO, 2016, 2018; Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020).

Dans cette perspective, les politiques de promotion de la santé par l'AP doivent s'intégrer dans de multiples secteurs (Edwards and Tsouros, 2006; WHO, 2016, 2018; Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020). Or, les résultats de l'étude 3 montrent que seulement trois des municipalités étudiées ont mené des politiques intersectorielles articulées ou coordonnées entre elles. Et ces politiques intersectorielles étaient limitées à 2 ou à 3 secteurs, dont principalement les secteurs du sport, de la santé et/ou du social ou de l'environnement. Les données recueillies dans l'étude 3 font état des difficultés des municipalités à adopter une politique globale de promotion de la santé par l'AP basée notamment sur l'intersectorialité. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les élus des autres secteurs ne perçoivent pas toujours les co-bénéfices que pourraient apporter à leur secteur l'intégration de la promotion de la santé par l'AP. La mise en avant des co-bénéfices d'une telle intégration auprès de ces élus pourrait probablement constituer une orientation stratégie à explorer (Baum *et al.*, 2014, WHO, 2018; Rutter *et al.*, 2020). Ainsi un plaidoyer important en ce sens pourrait favoriser la participation à de politiques intersectorielles de promotion de la santé par l'AP. Dans une étude sur la participation des élus municipaux à des politiques d'urbanismes favorables à la promotion de l'AP, Lemon *et al* (2016) ont montré que lorsque les élus considéraient l'AP comme importante, les collaborations intersectorielles étaient plus développées.

L'étude 3 a permis également d'identifier d'autres difficultés au développement des politiques de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen, telles que le manque de volonté des élus de développer ce type de politique, ainsi que le manque de ressources en termes d'infrastructures, de moyens humains, et de moyens financiers. Les résultats ont montré que ces politiques étaient principalement financées par les ressources propres des municipalités, qui doivent également faire face à d'autres problématiques dans divers secteurs (e.g. sociaux, économiques etc.), dans un contexte de baisse des dotations municipales d'Etat. Ceci pourrait expliquer en partie les arbitrages défavorables de l'attribution des ressources municipales dans la promotion la santé par l'AP, et donc du manque de volonté politique de certains élus. De plus, lorsque les municipalités obtiennent des financements externes pour leurs politiques de promotion de la santé par l'AP, celles-ci sont généralement non pérennes et proviennent principalement d'autres collectivités territoriales, ou d'agences gouvernementales infranationales qui doivent également faire face à des contraintes budgétaires importantes. Par conséquent, la question de l'optimisation des ressources est un enjeu majeur pour les

municipalités. Dans cette perspective, les collaborations intersectorielles pourraient encore constituer une solution pour utiliser de manière efficiente l'ensemble des ressources dont disposent les différents secteurs (Rantala *et al.*, 2014).

Les données extraites de l'étude 3 ont révélé qu'il n'existe pas de système de surveillance local du niveau d'AP de la population. Or, un système de surveillance est important pour fournir des informations afin d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer ces politiques (Ding *et al.*, 2019, Rivière, 2018). Les entretiens semi-directifs avec les informateurs clés des municipalités ayant participé à l'étude 3 ont souligné le fait qu'un système de surveillance de l'AP n'est pas une priorité, en raison des contraintes budgétaires et des ressources humaines limitées pour le faire fonctionner. Une nouvelle fois, les stratégies de collaborations pourraient constituer une solution pour faire face à cette problématique. Les municipalités pourraient par exemple s'appuyer sur d'autres acteurs tels que les universités, les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) ou encore les récentes maisons sport-santé ¹ afin de développer un système de surveillance sur leur territoire. Le développement des solutions de type mégadonnées (i.e., *big data*) par les villes intelligentes (i.e. *smart cities*) offre également de nouvelles possibilités d'intégrer des systèmes de surveillance de l'AP. Par exemple, des applications smartphone ou des capteurs intégrés au sein du mobilier urbain pourraient permettre de récolter des données sur la fréquentation et l'usage des environnements urbains destinés à l'AP (i.e. pistes cyclables et piétonne, parc etc...); et offrir des moyens d'analyse des types et du niveau d'AP de la population (Behrendt, 2016; Rathore *et al.*, 2016; Aletà *et al.*, 2017; Bacco *et al.*, 2017; Ek *et al.*, 2018; Allam, Tegally and Thondoo, 2019; Lindqvist *et al.*, 2020).

La capacité à mener des politiques urbaines d'aménagement du territoire afin de favoriser la pratique d'une AP est une autre difficulté rapportée par les municipalités. Ceci s'est confirmé dans l'étude 4 menée dans le cadre de ce travail doctoral. Or, il est bien établi dans la littérature que la mise en œuvre de ce type de politique peut constituer un levier puissant pour promouvoir l'AP (Stokols, 1992; Calogiuri and Chroni, 2014; Frumkin *et al.*, 2017; Bratman *et al.*, 2019). Cependant en pratique cela peut parfois d'avérer difficile, notamment du fait de la saturation et de la densité des espaces urbains dans certaines municipalités. De plus, les aménagements urbains nécessitent une planification anticipée sur le moyen et le long terme ; il est donc nécessaire d'intégrer dès le début et en tout temps les questions de l'AP dans les politiques d'urbanisme (Lee and Moudon, 2004; Sallis *et al.*, 2016). Dans cette perspective, les

¹ Etablissements destinés à accompagner les personnes souhaitant débiter ou reprendre une activité physique et sportive pour leur santé et leur bien-être. Ces établissements sont implantés sur les territoires en lien avec collectivités territoriales et les acteurs de la société civile.

personnes impliquées dans l'aménagement du territoire peuvent notamment s'appuyer sur les solutions mégadonnées issues de capteurs urbain, ainsi que sur d'autres technologies pour les aider dans leurs décisions (Handy *et al.*, 2002; Lee and Moudon, 2004; Ietà *et al.*, 2017; Bacco *et al.*, 2017; Ek *et al.*, 2018; Allam, Tegally and Thondoo, 2019; Lindqvist *et al.*, 2020). Ces technologies peuvent par exemple permettre le recueil de données sur les perceptions de la population relatives à leur environnement quotidien, et une meilleure compréhension des motifs empêchant les habitants d'adopter des comportements davantage favorables à une vie active (King *et al.*, 2016 ; Rosas *et al.*, 2016; Hinckson *et al.*, 2017; Tuckett *et al.*, 2018; Rubio *et al.*, 2020).

Des facteurs favorisant le développement de politiques de promotion de la santé ont été rapportés dans l'étude 3. Les résultats suggèrent qu'un réseau d'acteurs dense impliqués dans la promotion de l'AP au niveau local peut favoriser le développement de politique en ce sens. De même, l'existence de réseaux spécifiquement dédiés à la promotion de la santé par l'AP au niveau régional et national pourrait favoriser le développement de ce type de politique. Depuis quelques années sous l'impulsion du PNSSBE (ministère chargé des Sports, 2012) et de ses déclinaison au niveau régional, des réseaux infranationaux sport-santé bien-être se sont développés sur tout le territoire français. Par conséquent, l'utilisation du CAPLA-Santé dans d'autres territoires et dans d'autres contexte pourrait permettre de tester l'hypothèse selon laquelle les réseaux de promotion de la santé par l'AP pourraient favoriser le développement de politiques locales en ce sens. Dans l'étude 3, les résultats ont souligné l'importance des politiques nationales afin d'impulser des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. Cet aspect a été très peu étudié dans la littérature, excepté dans l'étude de Vuori *et al* (2004) menée en Finlande. Dans le futur, il pourrait être intéressant d'investiguer les différentes influences politiques entre les niveaux nationaux et locaux afin d'approfondir leur compréhension.

Des limites à cette étude doivent être mentionnées. L'analyse des politiques s'est effectuée dans un territoire particulier, dans des contextes spécifiques, et des municipalités de taille moyenne. Ainsi, les résultats ne sont probablement pas transposables et généralisables à d'autres territoires, contextes, tant que ce type d'étude n'est pas répliqué. De même, les données ayant été collectées sur une période donnée, celles-ci peuvent évoluer dans le temps. De ce fait, les conclusions ayant émergé de l'analyse sont étroitement liées au moment de l'analyse. Une utilisation répétée du CAPLA-Santé est donc recommandée pour assurer une mise à jour et un suivi de l'évolution des politiques. De plus, il a été difficile de recruter des informateurs clés, ces derniers du fait de leurs postes et statuts disposent généralement de peu de temps pour

participer à ce type d'étude. Les informateurs clés interrogés provenaient de 3 secteurs, mais il serait intéressant de pouvoir associer des informateurs issues d'autres secteurs pour favoriser une approche intégrée et systémique de la promotion de la santé par l'AP, comme suggéré par l'OMS (WHO, 2018) ainsi que par plusieurs auteurs (Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020; Cavill *et al.*, 2020). Par ailleurs, il convient de mentionner que les données provenant des réponses obtenues au cours des entretiens peuvent subir l'influence de la désirabilité sociale et politique (Lavrakas, 2008).

L'ensemble des résultats présentés dans l'étude permet néanmoins de donner un réel aperçu du développement des politiques de promotion de la santé par l'AP dans les municipalités de taille moyenne sur le territoire azuréen. L'utilisation du CAPLA-Santé a permis d'analyser ces politiques, et de mettre en évidence des obstacles, des éléments facilitateurs et des perspectives susceptibles de favoriser le développement de ce type de politiques, et de favoriser leur efficacité. Par conséquent, les informations fournies par le CAPLA-Santé pourraient aider les décideurs politiques dans leurs choix. Les résultats de l'étude 3 ont également contribué au développement des connaissances sur les politiques locales de promotion la santé par l'AP. Il s'agit d'une des premières études menées en France portant sur l'analyse globale de la politique de promotion de la santé par l'AP dans plusieurs municipalités de taille moyenne.

Quels sont les leviers et les barrières au développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP sur le territoire azuréen ?

Les résultats ont permis d'identifier les perceptions des barrières et leviers potentiels au développement de politiques de promotion de la santé par l'AP des responsables de service et des élus de différents secteurs des municipalités de taille moyenne sur le territoire azuréen. L'analyse globale des données collectées fait état d'une dizaine de barrières et d'une trentaine de leviers qui pourraient affecter, de manière plus ou moins importante, le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP.

Selon les participants à l'étude, il serait important de cibler l'ensemble de la population à tous les âges de la vie lorsque les municipalités développent des politiques de promotion de la santé par l'AP. Dans cette perspective, agir sur la communauté via des événements et des stratégies de communication semble être un levier important et facile à mettre en œuvre afin d'informer, de promouvoir et de sensibiliser à la promotion de l'AP sur le territoire. Bien que ce type d'action n'ait que peu d'effet à moyen et à long terme, une bonne campagne de

communication peut s'avérer bénéfique à court terme auprès d'une partie de la population, si les messages de promotion de l'AP sont simples, clairs, faciles à retenir et adaptés aux contextes locaux et à la population ciblée (Cavill and Bauman, 2004; Finlay and Faulkner, 2005; Dearing, Maibach and Buller, 2006; Stamatakis, 2010; Berry and Latimer-Cheung, 2013). Néanmoins, ces effets bénéfiques ne peuvent être observés que si la communication s'intègre dans une stratégie globale, avec de véritables alternatives de pratiques physiques proposées dans l'environnement des populations ciblées par ces messages de promotion de l'AP (Matsudo *et al.*, 2002, 2003, 2006).

Bien identifier les besoins de la communauté, avoir une bonne connaissance de l'ensemble des acteurs locaux, et avoir de l'expérience dans la promotion de la santé par l'AP semblent être des leviers importants pour développer ce type de politique. Les stratégies exprimées comme les plus importantes et les plus faciles à mettre en œuvre pour développer des politiques de promotion de la santé par l'AP sont les suivantes : le partenariat avec le secteur du sport, la formation de ressources humaines dans la prise en charge de l'AP adaptée à la santé de l'individu, le développement d'espaces publics, ainsi que des actions dans le secteur scolaire. Ces principaux facteurs sont perçus comme de potentiels leviers au développement des politiques de promotion de la santé par l'AP

A l'inverse, certaines barrières au développement de politiques de promotion de la santé par l'AP ont été identifiées. Il a été jugé important de développer des politiques à long terme qui aillent au-delà de la durée du mandat du maire (i.e., 6 ans), cela étant néanmoins considéré comme peu faisable. De même, il semble difficile de trouver un modèle économique viable et pérenne incluant d'autres financements extérieurs (i.e., autres collectivités territoriales, privée) pour développer des politiques de promotion de la santé par l'AP. Selon les municipalités, des politiques visant des populations vulnérables en termes de santé, ainsi que des populations désavantagées socialement sont difficiles à développer malgré leur importance. Comme il avait été déjà observé dans l'étude 3, les municipalités ont des difficultés à coordonner des politiques intersectorielles, et à développer des actions agissant sur l'environnement urbain (e.g., favoriser les transports actifs). Ces barrières identifiées devront par la suite être investiguées par des recherches plus qualitatives pour être mieux comprises, et dans le but d'apporter des solutions susceptibles d'optimiser l'accompagnement des municipalités dans le développement de politique de promotion de la santé par l'AP.

Ces barrières et leviers ont émergé de l'analyse des perceptions de l'ensemble des participants (i.e., élus et responsables de services des divers secteurs). Cependant, une analyse plus fine des données par secteur (i.e., sport, santé, ou social) et par position (i.e., responsables

de service versus élus) a montré que les perceptions des barrières et des leviers au développement de politiques de promotion de la santé par l'AP pouvaient différer en fonction de ces deux variables.

Certains facteurs étaient perçus de la même façon par tous les participants, tandis que d'autres étaient perçus comme des barrières par les uns et des leviers par les autres et inversement. Les différents secteurs ne partageaient donc pas toujours une même vision pour développer des politiques de promotion de la santé par l'AP. Or établir une vision partagée entre les secteurs est une étape indispensable pour développer des politiques intersectorielles (De Leeuw and Clavier, 2011; Ollila, 2011). Ainsi l'hypothèse suivante peut être émise : si les perceptions des leviers et des barrières aux développement de politiques de promotion de la santé par l'AP sont très différentes selon les secteurs, les collaborations intersectorielles pourraient en être négativement affectées. Ces résultats pourraient expliquer en partie l'installation des politiques en silos. Pour y remédier, certaines méthodes d'animation et de coordination pourraient être utilisées, comme par exemple l'utilisation de la cartographie conceptuelle (Trochim, 1989). Par cette méthode, les municipalités pourraient ainsi encourager et améliorer leurs propres collaborations intersectorielles, en favorisant l'émergence d'une vision partagée entre les secteurs, notamment concernant l'identification des leviers potentiels communs au développement des politiques de promotion de la santé par l'AP. L'utilisation de la méthode de cartographie conceptuelle (Trochim, 1989) dans l'étude 4 a notamment permis de mettre en évidence ces différences de perceptions entre les responsables de service et les élus concernant le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP. Pour aller plus loin, il serait intéressant de mieux comprendre comment ces différences de perceptions impactent concrètement le développement des politiques de promotion de la santé par l'AP, notamment lors des stades de prises de décision par les élus, et de la mise en œuvre par les responsables de services.

L'étude 1 faisait état de l'importance d'analyser les différentes perceptions des acteurs impliqués dans la promotion de la santé par l'AP au niveau local, y compris celles des élus, afin de favoriser les collaborations intersectorielles et le développement de politiques efficaces. L'étude 4 s'est intéressée spécifiquement à ces perceptions, contribuant ainsi à une meilleure compréhension de leur rôle dans le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP. A ce jour, et à notre connaissance, il s'agit ainsi d'une des premières études en Europe qui collecte des données à la fois auprès des élus, décisionnaires des politiques, et des responsables de services qui mettent en œuvre ces politiques. Les barrières identifiées dans cette étude montrent que les municipalités doivent être soutenues dans leurs efforts pour les

surmonter. Des recherches supplémentaires dans d'autres contextes sont nécessaires pour observer si ces obstacles sont récurrents, et pour mieux comprendre pourquoi ils ne sont pas surmontés et comment ils pourraient l'être.

Cette étude comporte des limites qu'il est important de souligner. Les résultats ne sont pas généralisables de par la spécificité du territoire, du contexte et des caractéristiques des municipalités. Par conséquent, ce type d'étude nécessite d'être répliqué dans d'autres contextes et territoires. De plus, les données ont été collectées auprès de municipalités volontaires, donc davantage susceptibles d'être impliquées dans la promotion de la santé par l'AP. Bien que la taille des municipalités incluses ait été standardisée, il existe toujours une importante disparité de taille entre certaines d'entre elles (i.e., entre 20 000 et 100 000 habitants), ce qui pourrait éventuellement influencer la perception des décideurs politiques sur l'élaboration des politiques de promotion de la santé par l'AP. Cependant, les communes qui comptent à peu près le même nombre d'habitants pourraient également être assez différentes en raison de caractéristiques environnementales ou populationnelles. Les caractéristiques des municipalités, ainsi que le niveau d'AP des participants ou leur intérêt pour la promotion de la santé par l'AP ont pu potentiellement influencer les résultats, cependant il n'a pas été possible d'analyser ces influences. Par conséquent, il serait utile d'investiguer ces aspects dans de futures recherches. De plus, les données ont été collectées seulement auprès de 3 secteurs, ce qui peut limiter l'interprétation des résultats vis-à-vis des problématiques d'intersectorialité. De même, les données recueillies ont pu être biaisées en raison de la désirabilité sociale et politique (Lavrakas, 2008).

Partie 3 : Modélisation

Axe 3 : Modéliser le processus de développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP.

Comment les sciences politiques pourraient-elles être utilisées pour mieux comprendre le développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP ?

Les théories des sciences politiques peuvent favoriser la compréhension du comment et du pourquoi les politiques de santé sont structurées et mises en œuvre (Bernier et Clavier, 2011; De Leeuw *et al.*, 2014). Les théories issues des sciences politiques sont capables d'analyser le processus de changement de politique au fil du temps, et pas seulement le contenu actuel de la politique (Bernier et Clavier, 2011; De Leeuw *et al.*, 2014). Par conséquent, l'utilisation des théories issues des sciences politiques pourrait s'avérer utile pour mieux comprendre le

processus de développement des politiques de promotion de la santé par l'AP. Cependant, les résultats de l'étude 1 ont montré que les théories en sciences politiques ne sont que rarement utilisées dans le champ de la promotion de la santé par l'AP, tant au niveau national que local. De plus, les résultats de l'étude 1 ont également souligné la nécessité d'analyser l'ensemble du processus de développement des politiques dans les recherches à venir. Par conséquent, sur les bases des théories en sciences politiques et sur la base des données empiriques recueillies dans l'études 3 et 4, un cadre conceptuel du processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP a été proposé. Celui-ci permet de modéliser et d'expliquer l'ensemble du processus de développement de ces politiques en différents stades.

Dans un premier temps, la théorie des cycles politiques (Howlett *et al.*, 2009) a été utilisée pour mieux comprendre le processus d'élaboration des politiques. Selon cette théorie, chaque politique s'inscrit dans un continuum complexe qui se décompose en plusieurs étapes. La compréhension de chacune de ces étapes par une méthode heuristique permet de mieux appréhender ce continuum complexe. A partir de la théorie des cycles politiques de Howlett *et al* (2009), ainsi que de l'analyse des politiques de promotion de la santé par l'AP des municipalités de taille moyenne sur le territoire azuréen (i.e., à partir de l'étude 3), cinq stades de développement ont été identifiés : (0) flux dynamique contextuel, (1) définition de l'agenda, (2) formulation de la politique, (3) mise en œuvre politique, (4) changement politique. Dans un deuxième temps, d'autres théories en sciences politiques ont été utilisées afin d'expliquer chaque stade, ainsi que le passage d'un stade de développement à un autre.

La théorie des flux multiples (Kingdon, 1995) a été utilisée pour comprendre le stade 0, ainsi que le stade 1. Cette théorie aide à expliquer (a) pourquoi certaines questions sont énoncées dans l'agenda politique à travers la dynamique des politiques, et (b) comment une ouverture politique pourrait conduire à un changement de politique. Kingdon (1995) distingue trois flux : le flux du problème, le flux de la solution et le flux de la politique. Lorsque ces flux se rejoignent, une ouverture politique offre la possibilité d'inscrire une thématique dans l'agenda politique.

Le stade 0 appelé flux des dynamiques contextuelles correspond au cas dans lequel le gouvernement local n'a aucune politique et où les dynamiques contextuelles ne sont pas favorables à l'émergence de la thématique de la promotion de la santé par l'AP dans l'agenda politique. Dans ce cas, le flux du problème, le flux de la solution et le flux de la politique ne se rejoignent pas. Le flux du problème est la perception d'une problématique spécifique par les politiciens, tel que le niveau d'AP sur le territoire, et qui exigerait des solutions de la part de ces politiciens. Le flux politique comprend des facteurs qui pourraient influencer les politiciens

telles que les croyances, la sensibilité politique, l'intention électorale, les contraintes législatives... Le flux de la solution se réfère aux réponses politiques potentielles pour résoudre le flux du problème (e.g., l'inactivité physique). Ces potentielles solutions sont généralement promues par des entrepreneurs politiques (e.g., *policy entrepreneur*) tels que les acteurs locaux, des experts ou des chefs de département des municipalités etc... Cependant, lorsqu'au moins deux de ces flux se couplent au même moment, une ouverture politique offre la possibilité d'introduire la promotion de la santé par l'AP dans l'agenda politique, ce qui correspond au stade 1 du développement d'une politique (i.e., définition de l'agenda).

Une fois que la problématique du niveau d'AP est inscrite dans l'agenda politique, les collectivités territoriales vont chercher à étudier une réponse politique et sa faisabilité pour répondre à ce problème (i.e., stade 2 : formulation politique). Par conséquent, les perceptions des décideurs (i.e., les élus) et des personnes qui vont potentiellement mettre en œuvre la solution politique (e.g., les responsables de services) tels que ceux étudiés dans l'étude 4 vont avoir une importance majeure. Si une réponse politique paraît faisable, une décision politique va être prise pour la mettre en œuvre en y attribuant des moyens plus ou moins importants à court, moyen ou long terme. Cette décision pourra en partie être expliquée par la théorie du choix rationnel institutionnel (Ostrom, 1991). Cette théorie soutient que les institutions font des choix rationnels pour maximiser la réalisation de leurs objectifs. Il existe 3 grandes catégories de facteurs qui influencent le choix de l'institution : les conditions physiques et matérielles, les caractéristiques de la communauté, et les règles et le système politique. Cependant, selon la théorie de Kingdon (1995), les entrepreneurs politiques tels que les experts, le réseau des parties prenantes locales ou les responsables de service de la municipalité pourraient également avoir une influence importante sur la décision politique concernant le choix de la solution politique.

Le stade 3 correspond à la mise en œuvre politique. A ce stade, celle-ci peut être réalisée avec des ressources limitées (i.e., humain, financier et, ou matériel), impliquant peu de secteurs (i.e., en silos), et n'impliquant pas encore un engagement politique à moyen ou long terme. A ce stade, soit la municipalité veut tester et évaluer l'efficacité de sa politique avant éventuellement de la développer de manière plus importante à moyen ou long terme ; soit la promotion de la santé par l'AP n'est pas une priorité politique pour les élus, ce qui aura pour effet de limiter les ressources affectées.

Le stade 4 est celui du changement politique. La promotion de la santé par l'AP est une priorité politique, les ressources dédiées sont conséquentes à moyen ou long terme et plusieurs secteurs sont impliqués dans la mise en œuvre.

L'ensemble du processus de développement des politiques de promotion de la santé par l'AP modélisé dans ce cadre conceptuel représente une simplification d'un processus complexe intégré dans des écosystèmes spécifiques. Dans ce cadre, chaque stade d'élaboration de la politique municipale de promotion de la santé par l'AP est influencé par des variables contextuelles qui pourraient être des freins ou des leviers comme ceux identifiés dans l'étude 4. Cependant, ce cadre conceptuel admet que les variables contextuelles ne sont pas stables mais dynamiques. Par conséquent, l'influence des différentes variables contextuelles peut varier dans le temps. De même, il suppose que le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP n'est pas toujours linéaire. Par conséquent, dans la réalité, il est tout fait possible qu'une politique passe d'un stade à un autre puis retourne au stade précédent pour de multiples raisons.

L'utilisation du cadre conceptuel décrit ci-dessus pourrait fournir des données probantes sur les processus de changements des politiques de promotion de la santé par l'AP afin de mieux les accompagner et d'intensifier leur développement. Il s'agit d'une première étude qui utilise les théories issues des sciences politiques sur la thématique de la promotion de la santé par l'AP au niveau local. De futures études sont désormais nécessaires afin de tester ce cadre conceptuel, y compris les théories utilisées à chaque stade de développement des politiques. Bien que ce cadre conceptuel utilise principalement 3 théories issues des sciences politiques : les cycles politiques (Howlett *et al.*, 2009), les flux multiples (Kingdon, 1995), et la théorie du choix rationnel institutionnel (Ostrom, 1991), sa mise à l'épreuve et son approfondissement nécessiteront peut-être l'utilisation d'autres théories afin de modéliser de manière plus complexe et plus précise le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP.

Cette étude présente certaines limites. Les données empiriques utilisées pour développer ce cadre conceptuel ont été collectées uniquement auprès de municipalités de taille moyenne de la Côte d'Azur. Ce cadre conceptuel n'est qu'une simplification de la réalité, le développement de politique locale de promotion de la santé par l'AP étant un processus long, complexe et dynamique. Ainsi, des recherches futures sont nécessaires dans différents contextes afin de tester, d'amender et de faire évoluer ce cadre conceptuel modélisant le processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP.

Perspectives de recherche

Ce travail doctoral offre plusieurs perspectives en termes de recherche scientifique. L'utilisation du CAPLA-Santé dans le cadre de travaux de recherche dans de multiples territoires, ainsi que dans différents contextes pourraient permettre de produire des données probantes sur le développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. De plus, ce type de travail pourrait permettre d'identifier d'autres facteurs ou de confirmer certains facteurs qui influencent le développement de ces politiques en fonction des variables contextuelles.

Il pourrait également être intéressant d'adapter le CAPLA-Santé à d'autres pays, notamment dans la perspective de mener des études comparatives. L'Observatoire Global pour l'Activité Physique (Go-PA) compile de manière standardisée des données sur les politiques nationales de façon à évaluer les progrès réalisés en promotion de la santé par l'AP dans plusieurs pays (Varela *et al.*, 2018). Un projet de recherche de même nature pourrait être réalisé pour le niveau local en utilisant le CAPLA-Santé. Ce type de recherche est d'autant plus justifié que la littérature montre que les politiques nationales de promotion de la santé par l'AP doivent être relayées au niveau local pour être efficaces (Vuori, 2004 ; WHO, 2016, 2020; Ding *et al.*, 2020).

Les résultats de l'étude 3 ont notamment montré que des politiques nationales de promotion de la santé par l'AP peuvent impulser ou favoriser le développement de politiques au niveau local. Par conséquent, ces interactions entre les politiques nationale et locales pourraient être investiguées. Ce sujet a été très peu étudié dans la littérature, et une meilleure compréhension de ces liens pourrait permettre d'intensifier le développement de politiques de promotion de la santé par l'AP dans les territoires.

Il est bien établi dans la littérature que l'intersectorialité est un facteur clé dans la promotion de la santé (OMS, 1986, 2005; Glanz 2015). Les problématiques de collaborations et de coordinations intersectorielles sont des barrières au développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP plusieurs fois observées au cours de ce travail doctoral (i.e., étude 3 et 4). L'intersectorialité a fait l'objet de nombreuses études sur les politiques nationales, cependant elles sont encore peu nombreuses au niveau local. La production de données probantes sur ce sujet pourrait aider à favoriser le développement de politiques intersectorielles.

La revue exploratoire de la littérature menée dans le cadre de l'étude 1 a fait état de besoins de recherches qui analyseraient l'ensemble du processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. L'étude 5 a permis de créer un cadre

conceptuel du processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. Bien que celui-ci doive être mis à l'épreuve, l'utilisation des théories en sciences politiques à chaque stade de développement pourrait permettre de mieux comprendre comment les politiques de développement passe d'un stade à un autre, jusqu'à mener une politique majeure de promotion de la santé par l'AP.

Perspectives de santé publique

Ce travail offre également des perspectives en termes de santé de publique. Outre le fait que le CAPLA-Santé puisse servir d'outil de plaidoyer et d'aide à la décision pour les collectivités locales, son utilisation dans de nombreuses études de cas pourraient permettre d'identifier des bonnes pratiques de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. Ainsi, une large diffusion et utilisation du CAPLA-Santé dans les collectivités territoriales pourraient permettre de mieux identifier, répertorier, et documenter ces bonnes pratiques afin de mieux guider les décideurs locaux dans le développement de leurs politiques.

Dans le champ de la promotion de la santé, le concept de santé dans toutes les politiques est bien établi (WHO, 2010). Les gouvernements européens dont la France commencent petit à petit à développer des politiques de promotion de la santé par l'AP en dehors du secteur de la santé et du sport (Prévot-Ledrich *et al.*, 2016 ; European Commission, 2019; Van Hoyer *et al.*, 2019). Cependant, cela reste encore insuffisant et les gouvernements doivent poursuivre leurs efforts dans cette voie (Prévot-Ledrich *et al.*, 2016 ; European Commission, 2019; Van Hoyer *et al.*, 2019). Au niveau local, l'étude 3 a montré que seules quelques collectivités territoriales du territoire azuréen développaient des politiques de promotion de la santé par l'AP dans d'autres secteurs que le sport et la santé, tels que le social, l'environnement ou l'éducation. Par conséquent, le concept d'AP dans toutes les politiques prend tout son sens. Il est alors nécessaire d'intensifier le plaidoyer et de promouvoir les co-bénéfices telles que le suggèrent les approches intégrées et systémiques (WHO, 2017, Nau *et al.*, 2019; Rutter *et al.*, 2019, 2020; Bellew *et al.*, 2020; Cavill *et al.*, 2020). La littérature suggère également de favoriser le développement d'une vision partagée entre les secteurs afin d'encourager les politiques intersectorielles (De Leeuw and Clavier, 2011; Ollila, 2011). Dans cette perspective, les résultats de l'étude 4 suggèrent que la méthode de la carte conceptuelle (i.e., concept mapping) généralement utilisée dans le milieu de la recherche pourrait aussi être utilisée avec profit par les acteurs de la promotion de la santé par l'AP dans le but de favoriser l'intersectorialité, en permettant l'identification de leviers communs de développement aux différents secteurs.

Conclusion

Ce travail de thèse avait pour objectif d'identifier les facteurs, ainsi que les processus qui influencent et conditionnent le développement de politiques locales de promotion de la santé par l'AP, et plus particulièrement au sein de villes moyennes du territoire azuréen, dans le but d'améliorer la compréhension, et par voie de conséquence l'optimisation, de leurs processus de développement.

Le niveau d'étude choisi, très local, et centré sur des villes moyennes comptant entre 20 000 et 100 000 habitants, présente une importante variabilité des contextes, ainsi que des écosystèmes bien spécifiques. Les résultats obtenus doivent donc être interprétés en tenant compte de ces particularités. Il convient donc notamment de rappeler le caractère restreint de l'échantillon des municipalités analysées, rendant difficile les perspectives de généralisation des résultats, de même que le caractère non longitudinal de l'étude, limitant les possibilités d'analyse de l'évolution des processus de développement des politiques locales, ou encore la dimension exploratoire de la modélisation proposée à la fin de l'étude, qui doit encore être mise à l'épreuve, ainsi que la portée explicative, dans le champ de recherche de la thèse, des théories des sciences politiques choisies pour élaborer cette modélisation.

Néanmoins malgré ces limites, probablement inhérentes à l'importante variabilité des contextes au niveau d'analyse choisi, les apports principaux de ce travail doctoral doivent être considérés du côté des méthodes d'observation, d'analyse et même de stimulation, des processus étudiés, relatifs aux développements des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. C'est dans cette perspective qu'il convient de rappeler les différentes approches proposées dans ce travail doctoral. Il a d'abord proposé un point sur l'état des connaissances dans le champ de recherche du domaine. Il a ensuite permis des avancées sur l'identification de certains facteurs susceptibles d'influencer les processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP. Il a par la suite contribué à la finalisation d'un Cadre d'Analyse des Politiques Locales d'Activité Physique-Santé (CAPLA-Santé), qui peut être utilisé comme outil de recherche, de plaidoyer ou d'aide à la décision par l'ensemble des acteurs impliqués dans la promotion de la santé par l'AP au niveau local. L'utilisation du CAPLA-Santé a notamment permis de donner un aperçu du développement en cours des politiques de promotion de la santé par l'AP dans les municipalités étudiées. Elle a aussi permis la mise en évidence de certains obstacles, éléments facilitateurs et autres perspectives, dans le but de favoriser le développement et l'efficacité de ces politiques. Ce travail doctoral a par ailleurs

proposé une analyse des différentes perceptions des freins et des barrières au développement des politiques étudiées, chez les élus et les responsables de service, issus des différents secteurs ayant participé à l'étude. Rappelons que ce type d'analyse pourrait servir de base à l'élaboration de stratégies de développement des collaborations intersectorielles au sein des municipalités étudiées.

Enfin, dans une perspective plus explicative, ce travail doctoral propose une formalisation des processus de développement des politiques locales de promotion de la santé par l'AP, construite au moyen de théories des sciences politiques, et susceptible de fournir à la fois un cadre de compréhension et d'analyse, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives de recherche.

Références bibliographiques

- Ajzen, I. (1991) 'The theory of planned behavior', *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Aletà, N. B., Alonso, C. M. and Ruiz, R. M. A. (2017) 'Smart Mobility and Smart Environment in the Spanish cities', in *Transportation Research Procedia*, 24, 163–170. doi: 10.1016/j.trpro.2017.05.084.
- Allam, Z., Tegally, H. and Thondoo, M. (2019) 'Redefining the Use of Big Data in Urban Health for Increased Liveability in Smart Cities', *Smart Cities*, 2(2), 259–268. doi: 10.3390/smartcities2020017.
- Allegrante, J. P. (2015) 'Policy and Environmental Approaches in Health Promotion', *Health Education & Behavior*, 42(1), 5-7. doi: 10.1177/1090198115575097.
- Althoff, T. *et al.* (2017) 'Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality', *Nature*, 547(7663), 336–339. doi: 10.1038/nature23018.
- Amireault, S., Godin, G. and Vézina-Im, L. A. (2013) 'Determinants of physical activity maintenance: A systematic review and meta-analyses', *Health Psychology Review*, 7(1), 55–91. doi: 10.1080/17437199.2012.701060.
- Aro, A. R. *et al.* (2016) 'Integrating research evidence and physical activity policy making-REPOPA project', *Health Promotion International*, 31(2), 430–439. doi: 10.1093/heapro/dav002.
- Bacco, M. *et al.* (2017) 'Environmental Monitoring for Smart Cities', *IEEE Sensors Journal*, 17(23), 7767–7774. doi: 10.1109/JSEN.2017.2722819.
- Baker, E. A., Wilkerson, R. and Brennan, L. K. (2012) 'Identifying the role of community partnerships in creating change to support active living', *American Journal of Preventive Medicine*, 43(5), 290-299. doi: 10.1016/j.amepre.2012.07.003.
- Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action : a social cognitive theory*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
- Barnidge, E. K. *et al.* (2013) 'Understanding and Addressing Barriers to Implementation of Environmental and Policy Interventions to Support Physical Activity and Healthy Eating in Rural Communities', *The Journal of Rural Health*, 29, 97–105. doi: 10.1111/j.1748-0361.2012.00431.x.
- Barton, H. and Grant, M. (2006) 'A health map for the local human habitat', *Journal*

of *The Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–253. doi: 10.1177/1466424006070466.

Baum, F. *et al.* (2014) ‘Evaluation of Health in All Policies: Concept, theory and application’, *Health Promotion International*, 29(1), 130–142. doi: 10.1093/heapro/dau032.

Bauman, A. and Craig, C. L. (2005) ‘The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity’, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2(1), 10. doi: 10.1186/1479-5868-2-10.

Bauman, A. *et al.* (2012) ‘Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?’, *The Lancet.*, 380(9838), 258–271. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60735-1.

Bamana, A., Tessier, S., and Vuillemin, A. (2008) ‘Association of perceived environment with meeting public health recommendations for physical activity in seven European countries’, *Journal of Public Health*. 30(3), 274–281. doi: 10.1093/pubmed/fdn041

Baumgartner, F. R. and Jones, B. D. (1993) *Agendas and instability in American politics*. University of Chicago Press.

Bellew, B. *et al.* (2011) ‘Public Policy Actions Needed to Promote Physical Activity’, *Current Cardiovascular Risk Reports*, 5(4), 340–349. doi: 10.1007/s12170-011-0180-6.

Bellew, W. *et al.* (2020) ‘Whole of systems approaches to physical activity policy and practice in Australia: The ASAPa project overview and initial systems map’, *Journal of Physical Activity and Health*, 17(1), 68–73. doi: 10.1123/jpah.2019-0121.

Benedetti, T. R. B. *et al.* (2020) ‘Re-thinking Physical Activity Programs for Older Brazilians and the Role of Public Health Centers: A Randomized Controlled Trial Using the RE-AIM Model’, *Frontiers in Public Health*, 8. doi: 10.3389/fpubh.2020.00048.

Behrendt, F. (2016) ‘Why cycling matters for Smart Cities. Internet of Bicycles for Intelligent Transport’, *Journal of Transport Geography*, 56, 157–164. doi: 10.1016/j.jtrangeo.2016.08.018.

Berry, T. R. and Latimer-Cheung, A. E. (2013) ‘Overcoming Challenges to Build Strong Physical Activity Promotion Messages’, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 7(6), 371–378. doi: 10.1177/1559827613499289.

Bernier, N. F. and Clavier, C. (2011) ‘Public health policy research: Making the case for a political science approach’, *Health Promotion International*, 26(1), 109–116. doi: 10.1093/heapro/daq079.

Berthelot, J.-M., Wilkins, R. and Ng, E. (2001) ‘Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996’, *Health Reports*. Available at:

<https://search.proquest.com/docview/207480396?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
(Accessed: 3 September 2020).

Biddle, S. J. H. *et al.* (2011) ‘Correlates of physical activity in youth: A review of quantitative systematic reviews’, *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 4(1), 25–49. doi: 10.1080/1750984X.2010.548528.

Bize, R., Johnson, J. A. and Plotnikoff, R. C. (2007) ‘Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review’, *Preventive Medicine*, 45(6), 401–415. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.07.017.

Blair, S. N. (2009) ‘Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century.’, *British journal of sports medicine*. British Association of Sport and Exercise Medicine, 43(1), 1–2. doi:10.1136/bjsm.2009.059360.

Bors, P. A. (2012) ‘Capturing community change: Active living by design’s progress reporting system’, *American Journal of Preventive Medicine*, 43(4), 281–289. doi: 10.1016/j.amepre.2012.07.008.

Bratman, G. N. *et al.* (2019) ‘Nature and mental health: An ecosystem service perspective’, *Science Advances*, 5(7), 0903. doi: 10.1126/sciadv.aax0903.

Breda, J. *et al.* (2018a) ‘Promoting health-enhancing physical activity in Europe: Current state of surveillance, policy development and implementation’, *Health Policy*, 122(5), 519–527. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.01.015.

Breda, J. (2018b) ‘Transforming public spaces to promote physical activity — a key contributor to achieving the Sustainable Development Goals in Europe’, *European Journal of Public Health*. 28(4), 213-599. doi: 10.1093/eurpub/cky213.599.

Brennan, L. K., Brownson, R. C. and Hovmand, P. (2012) ‘Evaluation of active living by design: Implementation patterns across communities’, *American Journal of Preventive Medicine*, 43(5), 351-366. doi: 10.1016/j.amepre.2012.07.007.

Breton, E. and De Leeuw, E. (2011) ‘Theories of the policy process in health promotion research: a review’, *Health Promotion International*, 26(1), 82-90. doi: 10.1093/heapro/daq051.

Brown, E. R. (1991) ‘Community action for health promotion: A strategy to empower individuals and communities’, *International Journal of Health Services*. 21(3), 441–456. doi: 10.2190/AKCP-L5A4-MXXQ-DW9K.

Brownson, R. C. *et al.* (2001) ‘Environmental and policy determinants of physical activity in the United States’, *American Journal of Public Health*, 91(12), 1995–2003. doi: 10.2105/AJPH.91.12.1995.

- Brownson, R. C. *et al.* (2007) 'Evidence-Based Interventions to Promote Physical Activity: What Contributes to Dissemination by State Health Departments', *American Journal of Preventive Medicine*, 33(1), 66–78. doi: 10.1016/J.AMEPRE.2007.03.011.
- Brownson, R. C. and Jones, E. (2009) 'Bridging the gap: Translating research into policy and practice', *Preventive Medicine*, 49(4), 313–315. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.06.008.
- Bull, F. *et al.* (2015) 'Turning the tide: National policy approaches to increasing physical activity in seven European countries', *British Journal of Sports Medicine*, 49(11), 749–756. doi: 10.1136/bjsports-2013-093200.
- Bull, F. (2018) 'Translating science to inform global policy on physical activity', *Journal of Sport and Health Science*, 7(1), 3. doi: 10.1016/J.JSHS.2017.10.005.
- Bull, F. C. *et al.* (2010) 'The Toronto charter for physical activity: A global call for action', *Journal of Physical Activity and Health*, 7(4) 421–422. doi: 10.1123/jpah.7.4.421.
- Bull, F. C., Milton, K. and Kahlmeier, S. (2014) 'National policy on physical activity: The development of a policy audit tool', *Journal of Physical Activity and Health*, 11(2), 233–240. doi: 10.1123/jpah.2012-0083.
- Burton, N., Turrell, G. and Oldenburg, B. (2003) 'Participation in recreational physical activity: Why do socioeconomic groups differ?', *Health Education and Behavior*, 30(2), 225–244. doi: 10.1177/1090198102251036.
- Butterfoss, F. *et al.* (2008) *Mobilizing organizations for health promotion: Theories of organizational change*. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass.
- Calogiuri, G. and Chroni, S. (2014) 'The impact of the natural environment on the promotion of active living: An integrative systematic review', *BMC Public Health*, 14(1), 1–27. doi: 10.1186/1471-2458-14-873.
- Canadian Institute for Advanced Research (2002) *Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT*. Available at: <https://www.cifar.ca/fr/> (Accessed: 11 September 2020).
- Canguilhem, G. (2013) *Le normal et le pathologique*. Presses Universitaires de France. doi: 10.3917/puf.cangu.2013.01.
- Caspersen, C. J. and Christenson, G. M. (1985) 'Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research.', *Public Health Reports*, 100(2), 126–131. doi: 10.2307/20056429.
- Cavill, N. *et al.* (2020) 'Using system mapping to help plan and implement city-wide

action to promote physical activity', *Journal of Public Health Research*, 9(3). doi: 10.4081/jphr.2020.1759.

Cavill, N. and Bauman, A. (2004) 'Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role?', *Journal of Sports Sciences*, 22(8). 771–790. doi: 10.1080/02640410410001712467.

Cawley, J. (2004) 'An economic framework for understanding physical activity and eating behaviors', *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3) 117–125. doi: 10.1016/j.amepre.2004.06.012.

Chomitz, V. R. *et al.* (2012) 'Evaluation results from an active living intervention in Somerville, Massachusetts', *American Journal of Preventive Medicine*, 43(4), 367–378. doi: 10.1016/j.amepre.2012.06.028.

Christiansen, N. V., Kahlmeier, S. and Racioppi, F. (2014) 'Sport promotion policies in the European Union: Results of a contents analysis', *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 24(2), 428–438. doi: 10.1111/j.1600-0838.2012.01500.x.

Coghill, C.-L., Valaitis, R. K. and Eyles, J. D. (2015) 'Built environment interventions aimed at improving physical activity levels in rural Ontario health units: a descriptive qualitative study', *BMC Public Health*, 15(1), 464. doi: 10.1186/s12889-015-1786-2.

Daugbjerg *et al.* (2009) 'Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents.', *Journal of physical activity & health*, 6(6), 805–17. doi : 10.1123/jpah.6.6.805

Dearing, J. W., Maibach, E. W. and Buller, D. B. (2006) 'A Convergent Diffusion and Social Marketing Approach for Disseminating Proven Approaches to Physical Activity Promotion', *American Journal of Preventive Medicine*, 31(4), 11–23. doi: 10.1016/j.amepre.2006.06.018.

Deci, E. L. and Ryan, R. M. (2012) 'Self-determination theory', in *Handbook of Theories of Social Psychology*. doi: 10.4135/9781446249215.n21.

Deeming, C. (2013) 'Addressing the social determinants of subjective wellbeing: The latest challenge for social policy', *Journal of Social Policy*, 42(3) 541–565. doi: 10.1017/S0047279413000202.

De Leeuw, E. *et al.* (2014) 'Healthy Cities, Promoting health and equity - evidence for local policy and practice'. WHO Regional Office for Europe. Available at: <http://www.who.int/iris/handle/10665/137512> (Accessed: 9 July 2020).

De Leeuw, E. *et al.* (2015) 'Policymaking in European healthy cities'. *Health Promotion International*. 30(1), 18-31. doi: 10.1093/heapro/dav035.

- De Leeuw, E. (1999) 'Healthy Cities: Urban social entrepreneurship for health', *Health Promotion International* 14(3), 261–269. doi: 10.1093/heapro/14.3.261.
- De Leeuw, E. and Clavier, C. (2011) 'Healthy public in all policies', *Health Promotion International*, 26(2), 237–244. doi: 10.1093/heapro/dar071.
- De Leeuw, E., Clavier, C. and Breton, E. (2014) 'Health policy - why research it and how: Health political science', *Health Research Policy and Systems*. 12(1), 55. doi: 10.1186/1478-4505-12-55.
- De Leeuw, E. and Peters, D. (2015) 'Review: Nine questions to guide development and implementation of Health in All Policies', *Health Promotion International*, 30(4), 987–997. doi: 10.1093/heapro/dau034.
- De Nazelle, A. *et al.* (2011) 'Improving health through policies that promote active travel: A review of evidence to support integrated health impact assessment', *Environment International*, 32(4), 766–777. doi: 10.1016/j.envint.2011.02.003.
- Ding, D. *et al.* (2016) 'The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases', *The Lancet*, 388(10051), 1311–1324. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X.
- Ding, D. *et al.* (2020) 'Towards better evidence-informed global action: Lessons learnt from the Lancet series and recent developments in physical activity and public health', *British Journal of Sports Medicine*. 54(8), 462-468. doi: 10.1136/bjsports-2019-101001.
- Dooris, M. and Heritage, Z. (2013) 'Healthy cities: Facilitating the active participation and empowerment of local people', *Journal of Urban Health*, 90(1), 74–91. doi: 10.1007/s11524-011-9623-0.
- DRDJSCS (2013) *Plan Régional Sport Santé Bien-être en Paca*. Available at: <http://paca.drdjscs.gouv.fr/Plan-Regional-Sport-Sante-Bien.html> (Accessed: 31 August 2020).
- Dunton, G. F., Cousineau, M. and Reynolds, K. D. (2010) 'The intersection of public policy and health behavior theory in the physical activity arena', *Journal of Physical Activity and Health*, 7(1), 91-98. doi: 10.1123/jpah.7.s1.s91.
- Edwards, P and Tsouros, A (2006) *Promoting physical activity and active living in urban environments - the role of local governments. The solid facts*. World Health Organization.
- Ek, A. *et al.* (2018) 'The Smart City Active Mobile Phone Intervention (SCAMPI) study to promote physical activity through active transportation in healthy adults: A study protocol for a randomised controlled trial', *BMC Public Health*, 18(1), 880. doi: 10.1186/s12889-018-5658-4.

- Elinor Ostrom (1991) 'Rational Choice Theory and Institutional Analysis: Toward Complementarity' *American Political Science Association*. doi: 10.2307/1962889
- European Commission (2019) *Council Recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sectors*. Available at: https://ec.europa.eu/sport/policy/society/physical-activity_en (Accessed: 11 September 2020).
- Eveleyn de Leeuw (2009) 'Evidence for Healthy Cities: Reflections on Practice, Method and Theory'. *Health Promotion International*. 24(1), 19-36. doi: 10.1093/heapro/dap052
- Evenson, K. R. *et al.* (2012) 'Evaluation of physical projects and policies from the active living by design partnerships', *American Journal of Preventive Medicine*, 43(4), 309–319. doi: 10.1016/j.amepre.2012.06.024.
- Exworthy, M. (2008) 'Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process'. *Health Policy and Planning*. doi: 10.1093/heapol/czn022
- Fenger, M. and Klok, P.-J. (2001) 'Interdependency, beliefs, and coalition behavior: A contribution to the advocacy coalition framework', *Policy Sciences*, 34(2), 157–170. doi: 10.1023/A:1010330511419.
- Finlay, S. J. and Faulkner, G. (2005) 'Physical activity promotion through the mass media: Inception, production, transmission and consumption', *Preventive Medicine*, 40(2), 121–130. doi: 10.1016/j.yjpm.2004.04.018.
- Fleming, L. C. and Jacobsen, K. H. (2010) 'Policymaking in European healthy cities', *Health Promotion International*, 25(1), 73–84. doi: 10.1093/HEAPRO.
- Frieden, T. R. (2010) 'A framework for public health action: The health impact pyramid', *American Journal of Public Health*. 100(4), 590-595. doi: 10.2105/AJPH.2009.185652.
- Friedman, H. S. *et al.* (2008) 'Stability of physical activity across the lifespan', *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1092–1104. doi: 10.1177/1359105308095963.
- Frumkin, H. *et al.* (2017) 'Nature contact and human health: A research agenda', *Environmental Health Perspectives*. 125(7), 075001. doi: 10.1289/EHP1663.
- Gagnon, F. *et al.* (2017) 'Why and how political science can contribute to public health? Proposals for collaborative research avenues', *International Journal of Health Policy and Management*., 6(9), 495–499. doi: 10.15171/ijhpm.2017.38.
- Gelius, P. *et al.* (2020) 'What are effective policies for promoting physical activity? A systematic review of reviews', *Preventive Medicine Reports*, 101095. doi:

10.1016/j.pmedr.2020.101095.

Gelius, P. and Rutten, A. (2018) 'Conceptualizing structural change in health promotion: why we still need to know more about theory'. *Health Promotion International*, 33(4), 657-664. doi: 10.1093/heapro/dax006

Corti, B. *et al.* (2016) 'City planning and population health: a global challenge', *The Lancet*. Elsevier, 388(10062), 2912–2924. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30066-6.

Corti, B. and Donovan, J. (2002) 'The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity', *Social Science and Medicine*, 54(12), 1793–1812. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00150-2.

Glanz, K. (2015) *Health Behavior: Theory, Research, and Practice, 5th Edition*. Jossey-Bass.

Glasgow, R. E. *et al.* (2019) 'RE-AIM planning and evaluation framework: Adapting to new science and practice with a 20-year review', *Frontiers in Public Health*, 7, 64. doi: 10.3389/fpubh.2019.00064.

Glasgow, R. E., Vogt, T. M. and Boles, S. M. (1999) 'Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework', *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1322.

Global Advocacy Council for Physical Activity International Society for Physical Activity and Health (2010) 'The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action.', *Journal of physical activity & health*, 7 (3), 370-85. doi: 10.1123/jpah.7.s3.s370

Goins, K. V. *et al.* (2013) 'Municipal officials' perceived barriers to consideration of physical activity in community design decision making', *Journal of Public Health Management and Practice*, 19(3), 65. doi: 10.1097/PHH.0b013e318284970e.

Golden, S *et al.* (2015) 'Upending the social ecological model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change.', *Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education*, 42(1), 8-14. doi: 10.1177/1090198115575098.

Golden, S. D. and Earp, J. A. L. (2012) 'Social Ecological Approaches to Individuals and Their Contexts', *Health Education & Behavior*, 39(3), 364–372. doi: 10.1177/1090198111418634.

Graham, H. (2004) 'Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings', *Milbank Quarterly*, 82(1), 101–124. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00303.x.

Graham, H. (2009) 'Health inequalities, social determinants and public health policy',

Policy & Politics, 37(4), 463–479. doi: 10.1332/030557309x445618.

Grawitz, M. and Pinto, R. (2001) *Méthodes des sciences sociales*. Dalloz.

Guglielmin, M. *et al.* (2018) ‘A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level’, *Health Policy*. 122(3), 284–292. doi:

10.1016/j.healthpol.2017.12.005.

Gustat, J. *et al.* (2019) ‘Perceptions of the built environment and support for policies that promote physical activity’, *Journal of Physical Activity and Health*, 16(11), 976–984. doi: 10.1123/jpah.2018-0174.

Guthold, R., Stevens, Gretchen A, *et al.* (2018a) ‘Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants.’, *The Lancet*, 6(10),1077–e1086. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30357-7.

Guthold, R. *et al.* (2020) ‘Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants’, *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(1), 23–35. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2.

Halpern, C., Hassenteufel, P. and Zittoun, P. (2018) ‘Policy analysis in France’, in *Policy analysis in France*. Bristol University Press. doi: 10.2307/j.ctt1zqrn8r.5.

Hamamoto, M. H., Derauf, D. D. and Yoshimura, S. R. (2009) ‘Building the base: Two active living projects that inspired community participation’, *American Journal of Preventive Medicine*, 37(6), 345-351 doi: 10.1016/j.amepre.2009.09.025.

Hamer, M., Kivimaki, M. and Steptoe, A. (2012) ‘Longitudinal patterns in physical activity and sedentary behaviour from mid-life to early old age: A substudy of the Whitehall II cohort’, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(12), 1110–1115. doi: 10.1136/jech-2011-200505.

Handy, S. L. *et al.* (2002) ‘How the built environment affects physical activity: Views from urban planning’, *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 64–73. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00475-0.

Hercberg, S., Chat-Yung, S. and Chauillac, M. (2008) ‘The french national nutrition and health program: 2001-2006-2010’, *International Journal of Public Health*, 53(2), 68–77. doi: 10.1007/s00038-008-7016-2.

Heward, S., Hutchins, C. and Keleher, H. (2007) ‘Organizational change - Key to capacity building and effective health promotion’, *Health Promotion International*, 22(2), 170–178. doi: 10.1093/heapro/dam011.

Hill, J. O., Sallis, J. F. and Peters, J. C. (2004) ‘Economic analysis of eating and

physical activity: A next step for research and policy change', *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 111–116. doi: 10.1016/j.amepre.2004.06.010.

Hinckson, E. *et al.* (2017) 'Citizen science applied to building healthier community environments: Advancing the field through shared construct and measurement development', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 133. doi: 10.1186/s12966-017-0588-6.

Hoehner, C. M. *et al.* (2005) 'Perceived and objective environmental measures and physical activity among urban adults', in *American Journal of Preventive Medicine*, 105–116. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.023.

Howlett, M., McConnell, A. and Perl, A. (2015) 'Streams and stages: Reconciling Kingdon and policy process theory', *European Journal of Political Research*, 54(3), 419–434. doi: 10.1111/1475-6765.12064.

Howlett, M., Ramesh, M. and Perl, A. (2009) *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. Oxford University Press.

Illivi, F. and Honta, M. (2019) 'Implementing regional "Sport, health and well-being" plans A process of continuous adjustments', *Sante Publique*, 31(4), 475–484. doi: 10.3917/spub.194.0475.

INSERM (2008) *Activité physique : contextes et effets sur la santé - Synthèse et recommandations*. Available at: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01570655/> (Accessed: 27 August 2020).

INSERM (2016) *Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques*. Available at: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques> (Accessed: 27 August 2020).

Inspection Générale des Affaires Sociales (2018) *Évaluation des actions menées en matière d'activité physique et sportive à des fins de santé*. Available at: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article665> (Accessed: 31 August 2020).

International Society for Physical Activity and Health (2017) 'The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development.', *British journal of sports medicine*, 51(19), 1389–1391. doi: 10.1136/bjsports-2017-098063.

Jilcott, S. *et al.* (2007) 'Applying the RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change', *Annals of Behavioral Medicine*, 34(2), 105–114. doi: 10.1007/BF02872666.

Kahlmeier, S. *et al.* (2015) 'National physical activity recommendations: Systematic

overview and analysis of the situation in European countries', *BMC Public Health.*, 15(1), 33. doi: 10.1186/s12889-015-1412-3.

Kahlmeier, S. *et al.* (2017) 'Auditing national physical activity policies: applications, dissemination and lessons learned from the HEPA Policy Audit Tool (PAT)'. doi: 10.5167/UZH-152006.

Kent, J. L. and Thompson, S. (2014) 'The Three Domains of Urban Planning for Health and Well-being', *Journal of Planning Literature*, 29(3), 239–256. doi: 10.1177/0885412214520712.

King, A. (1985) 'John W. Kingdon, Agendas, Alternatives, and Public Policies', *Journal of Public Policy*, 5(2), 281–283. doi: 10.1017/S0143814X00003068.

King, A. C. *et al.* (2016) 'Leveraging Citizen Science and Information Technology for Population Physical Activity Promotion.', *Translational journal of the American College of Sports Medicine*, 1(4), 30–44. doi: 10.1249/TJX.0000000000000003.

Kingdon, J. W. (1995) *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd ed. New York: Longman.

Kinney, A. M. *et al.* (2012) 'Isanti county active living: Measuring change in perception and behavior', *American Journal of Preventive Medicine*, 43(4), 392–S394. doi: 10.1016/j.amepre.2012.06.027.

Klepac Pogrmilovic, B. *et al.* (2018) 'A global systematic scoping review of studies analysing indicators, development, and content of national-level physical activity and sedentary behaviour policies', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 1–17. doi: 10.1186/s12966-018-0742-9.

Klepac Pogrmilovic, B. *et al.* (2019) 'A systematic review of instruments for the analysis of national-level physical activity and sedentary behaviour policies', *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 86. doi: 10.1186/s12961-019-0492-4.

Klepac Pogrmilovic, B., *et al.* (2020) 'The development of the Comprehensive Analysis of Policy on Physical Activity (CAPPA) framework', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 60. doi: 10.1186/s12966-019-0822-5.

Kohl, HW *et al.* (2012) 'The pandemic of physical inactivity: global action for public health', *The Lancet*, 380(9838), 294–305. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60898-8.

Kraft, M. K., Lee, J. J. and Brennan, L. K. (2012) 'Active living by design sustainability strategies', *American Journal of Preventive Medicine*, 43(4). doi: 10.1016/j.amepre.2012.06.025.

Kuh, D. J. L. and Cooper, C. (1992) 'Physical activity at 36 years: patterns and

childhood predictors in a longitudinal study', *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46(2), 114–119. doi: 10.1136/jech.46.2.114.

Lavrakas, P. (2008) *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Sage Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412963947.

Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N. and Katzmarzyk, P. T. (2012) 'Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy', *The Lancet*, 380(9838), 219–229. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.

Lee, C. and Moudon, A. V. (2004) 'Physical Activity and Environment Research in the Health Field: Implications for Urban and Transportation Planning Practice and Research', *Journal of Planning Literature*, 19(2), 147–181. doi: 10.1177/0885412204267680.

De Leeuw, E. and Simos, J. (2017) 'Healthy Cities - The Theory, Policy, and Practice of Value-Based'. *Urban Planning*.

Lemon, S. C., *et al.* (2015) 'Municipal officials' participation in built environment policy development in the United States', *American Journal of Health Promotion.*, 30(1), 42–49. doi: 10.4278/ajhp.131021-QUAN-536.
10.4278/ajhp.131021-QUAN-536.

Lieberman, L., Golden, S. D. and Earp, J. A. L. (2013) 'Structural Approaches to Health Promotion', *Health Education & Behavior*, 40(5), 520–525. doi: 10.1177/1090198113503342.

Lindqvist, A. K. *et al.* (2020) 'User Perception of a Smartphone App to Promote Physical Activity Through Active Transportation: Inductive Qualitative Content Analysis Within the Smart City Active Mobile Phone Intervention (SCAMPI) Study', *JMIR*, 8(8), 19380. doi: 10.2196/19380.

Manteiga, A. M. *et al.* (2017) 'The Impact of the Physical Activity Policy Research Network', *American Journal of Preventive Medicine*, 52(3), 224–227. doi: 10.1016/j.amepre.2016.10.018.

Marmot, M. (2005) 'Social determinants of health inequalities', *Lancet*, 365(9464), 1099–1104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

Marmot, M. *et al.* (2008) 'Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health', *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.

Marmot, M. *et al.* (2012) 'WHO European review of social determinants of health and the health divide', *The Lancet*, 1011–1029. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.

- Marmot, M. (2017) *Social determinants of health. The solid facts. Second edition.* World Health Organization.
- Marmot, M. G. (2003) ‘Understanding Social Inequalities in Health’, *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 9–23. doi: 10.1353/pbm.2003.0070.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M. and Elston, M. A. (1987) ‘Social/Economic Status and Disease’, *Annual Review of Public Health*, 8(1), 111–135. doi: 10.1146/annurev.pu.08.050187.000551.
- Matsudo, S. *et al.* (2004) ‘Physical Activity Promotion: Experiences and Evaluation of the Agita São Paulo Program Using the Ecological Mobile Model’. *Journal of Physical Activity and Health*. 1(2), 81-97. doi: 10.1123/jpah.1.2.81
- Matsudo, V. *et al.* (2002) ‘Promotion of physical activity in a developing country: The Agita São Paulo experience’, *Public Health Nutrition.*, 5(1), 253–261. doi: 10.1079/phn2001301.
- Matsudo, S. *et al.* (2003) ‘The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health’, *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 14, 265–272. doi: 10.1590/s1020-49892003000900007.
- Matsudo, S. M. *et al.* (2006) ‘Evaluation of a physical activity promotion program: The example of Agita São Paulo’, *Evaluation and Program Planning*, 29(3), 301–311. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2005.12.006.
- McCreeley, M. and Leslie, J. G. (2009) ‘Get Active Orlando: changing the built environment to increase physical activity.’, *American journal of preventive medicine*, 37(2), 395-402. doi: 10.1016/j.amepre.2009.09.013.
- McKay, H. *et al.* (2019) ‘Implementation and scale-up of physical activity and behavioural nutrition interventions: An evaluation roadmap’, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 102. doi: 10.1186/s12966-019-0868-4.
- McLeroy, K. R. *et al.* (1988) ‘An Ecological Perspective on Health Promotion Programs’, *Health Education & Behavior*, 15(4), 351–377. doi: 10.1177/109019818801500401.
- McNeill, L. H., Kreuter, M. W. and Subramanian, S. V. (2006) ‘Social Environment and Physical activity: A review of concepts and evidence’, *Social Science and Medicine*, 63(4), 1011–1022. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.012.
- Mihalko, S. L. and Wickley, K. L. (2003) ‘Active living for assisted living: Promoting partnerships within a systems framework’, *American Journal of Preventive Medicine*, 25(2), 193–203. doi: 10.1016/S0749-3797(03)00184-3.

Milat, A. J. *et al.* (2013) ‘The concept of scalability: increasing the scale and potential adoption of health promotion interventions into policy and practice’, *Health Promotion International*, 28(3), 285–298. doi: 10.1093/heapro/dar097.

Milat, A. J., Bauman, A. and Redman, S. (2015) ‘Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions’, *Implementation Science*, 10(1), 1–11. doi: 10.1186/s13012-015-0301-6.

Ministère chargé des Sports (2012) *Plan National Sport Santé Bien-Être*. Available at: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/> (Accessed: 31 August 2020).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Canada (2010) *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: Résultat d’une réflexion commune*. Available at: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/> (Accessed: 27 May 2020).

Ministère des Solidarités et de la Santé (2020) *Le programme national nutrition santé*. Available at: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/> (Accessed: 30 August 2020).

Ministère des Solidarités et de la Santé (2018) *La stratégie nationale de santé 2018-2022*. Available at: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022> (Accessed: 31 August 2020).

Ministère chargé des Sports (2019) *Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024*. Available at: <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sport-sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/Strategie-Nationale-Sport-Sante-2019-2024> (Accessed: 31 August 2020).

Moran, M. *et al.* (2014) ‘Understanding the relationships between the physical environment and physical activity in older adults: A systematic review of qualitative studies’, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11,1 (79). doi: 10.1186/1479-5868-11-79.

Morris, J. N. *et al.* (1953) ‘Coronary heart-disease and physical activity at work’ *The Lancet*, 262(6796), 1111–1120. doi: 10.1016/S0140-6736(53)91495-0.

Nau, T. *et al.* (2019) ‘Toward Whole-of-System Action to Promote Physical Activity: A Cross-Sectoral Analysis of Physical Activity Policy in Australia’, *Journal of Physical Activity and Health*, 16(11), 1029–1038. doi: 10.1123/jpah.2019-0122.

Nilsen, P. (2015) ‘Making sense of implementation theories, models and frameworks’, *Implementation Science*, 10(1), 53. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0.

10.1177/1524839920916462.

Nieuwenhuijsen, M. J. (2016) 'Urban and transport planning, environmental exposures and health-new concepts, methods and tools to improve health in cities', *Environmental Health: A Global Access Science Source*. 15(1), 161-171. doi: 10.1186/s12940-016-0108-1.

Northridge, M. E. and Freeman, L. (2011) 'Urban planning and health equity', *Journal of Urban Health*, 88(3), 582–597. doi: 10.1007/s11524-011-9558-5.

Observatoire Régional de la Santé - Provence-Alpes-Côtes d'Azur (2017). Available at: <http://www.orspaca.org/> (Accessed: 31 August 2020).

Ollila, E. (2011) 'Health in all policies: From rhetoric to action', *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(1), 11–18. doi: 10.1177/1403494810379895.

Organisation Mondiale de la Santé (1948) *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Available at: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution> (Accessed: 20 May 2020).

Organisation Mondiale de la Santé (1952) *Comité d'experts de l'Administration de la Santé Publique, Premier rapport, Série de rapports techniques*. Available at: <https://www.who.int/fr> (Accessed: 10 September 2020).

Organisation Mondiale de la Santé (1986) *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Available at: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Accessed: 20 May 2020).

Organisation Mondiale de la Santé (1998) *Glossaire de la promotion de la santé*. Available at: <https://www.who.int/fr> (Accessed: 27 May 2020).

Organisation Mondiale de la Santé (2002) *Fonctions essentielles de santé publique*. Available at: <https://www.who.int/fr> (Accessed: 10 September 2020).

Organisation Mondiale de la Santé (2008) *Principaux concepts*. World Health Organization.

Organisation Mondiale de la Santé (2016) *Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé*. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/fr/> (Accessed: 28 September 2020).

Ostrom, E. (1991) 'Rational Choice Theory and Institutional Analysis: Toward Complementarity'. *American Political Science Review*. doi: 10.2307/1962889

Pacione, M. (2003) 'Urban environmental quality and human wellbeing - A social geographical perspective', in *Landscape and Urban Planning*, 65(1), 19–30. doi: 10.1016/S0169-2046(02)00234-7.

Paez, D. C. *et al.* (2015) 'Bridging the gap between research and practice: an

assessment of external validity of community-based physical activity programs in Bogotá, Colombia, and Recife, Brazil', *Translational Behavioral Medicine*, 5(1), 1–11. doi: 10.1007/s13142-014-0275-y.

Parra, D. C. *et al.* (2011) 'Perceived environmental correlates of physical activity for leisure and transportation in Curitiba, Brazil', *Preventive Medicine*, 52(3–4), 234–238. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.12.008.

Penedo, F. and Dahn, J (2005) 'Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity'. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193. doi: 10.1097/00001504-200503000-00013

Piggin, J. and Hart, L. (2017) 'Physical activity advocacy in the UK: a multiple streams analysis of a hybrid policy issue', *Leisure Studies*, 36(5), 708–720. doi: 10.1080/02614367.2017.1285957.

Pôle Ressources National Sport Santé Bien-être (2015) *Bilan de l'enquête portant sur les plans régionaux sport santé bien-être 2014*. Available at: <https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/plans-regionaux/> (Accessed: 31 August 2020).

Pons-Vigués, M. *et al.* (2014) 'Social and health policies or interventions to tackle health inequalities in European cities: A scoping review', *BMC Public Health*, 14(1), 198. doi: 10.1186/1471-2458-14-198.

Pratt, M. *et al.* (2015) 'Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience', *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57(4), 356–367. doi: 10.1016/j.pcad.2014.09.002.

Pratt, M. *et al.* (2016) 'An International Perspective on the Nexus of Physical Activity Research and Policy', *Environment and Behavior*, 48(1), 37-54. doi: 10.1177/0013916515609668.

Pratt, M. *et al.* (2020) 'Attacking the pandemic of physical inactivity: What is holding us back?', *British Journal of Sports Medicine*, 760–762. doi: 10.1136/bjsports-2019-101392.

Prévot-Ledrich, *et al.* (2016) 'Panorama des politiques publiques françaises de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé', *Santé Publique*, 1, 25-31. doi: 10.3917/spub.160.0025.

Prochaska, J., Johnson, S. and Lee, P. (1998) 'The transtheoretical model of behavior change'. *The handbook of health behavior change*. Springer.

Prüss-Üstün, A., Bonjour, S. and Corvalán, C. (2008) 'The impact of the environment on health by country: A meta-synthesis', *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 7(1), 1–10. doi: 10.1186/1476-069X-7-7.

- Pucher, J. and Buehler, R. (2008) 'Making cycling irresistible: Lessons from the Netherlands, Denmark and Germany', *Transport Reviews*, 28(4), 495–528. doi: 10.1080/01441640701806612.
- Puska, P. (2007) 'Health in all policies', *European Journal of Public Health*, 17(4), 328–328. doi: 10.1093/eurpub/ckm048.
- Racher, F. and Annis, R. (2008) 'Community Health Action Model: health promotion by the community'. *Res Theory Nurs Pract*, 22(3):182-91.
- Rathore, M. M. *et al.* (2016) 'Urban planning and building smart cities based on the Internet of Things using Big Data analytics', *Computer Networks*, 101, 63–80. doi: 10.1016/j.comnet.2015.12.023.
- Rappaport, J. (1984) 'Studies in empowerment: Introduction to the issue', *Prevention in Human Services*, 3(3), 1–7. doi: 10.1300/J293v03n02_02.
- RE-AIM – Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance*. Available at: <https://www.re-aim.org/> (Accessed: 2 September 2020).
- Reiner, M. *et al.* (2013) 'Long-term health benefits of physical activity – a systematic review of longitudinal studies', *BMC Public Health*, 13(1), 813. doi: 10.1186/1471-2458-13-813.
- Reis, R. *et al.* (2016) 'Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving.', *Lancet*, 388(10051), 1337–48. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30728-0.
- Renalds, A., Smith, T. H. and Hale, P. J. (2010) 'A Systematic Review of Built Environment and Health', *Family & Community Health*, 33(1), 68–78. doi: 10.1097/FCH.0b013e3181c4e2e5.
- Rivière, F. (2017) 'Contribution to the surveillance and measurement of physical activity and sedentary behaviors'. Available at: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01835434/> (Accessed: 28 November 2019).
- Rosas, L. G. *et al.* (2016) 'Harnessing Technology and Citizen Science to Support Neighborhoods that Promote Active Living in Mexico', *Journal of Urban Health*, 93(6), 953–973. doi: 10.1007/s11524-016-0081-6.
- Rosenstock, I. M. (1974) 'The Health Belief Model and Preventive Health Behavior', *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386. doi: 10.1177/109019817400200405.
- Rubio, M. A. *et al.* (2020) 'Engaging citizen scientists to build healthy park environments in Colombia', *Health Promotion International*.. doi: 10.1093/heapro/daaa031.
- Rütten, A. *et al.* (2013) 'Physical inactivity as a policy problem: applying a concept

from policy analysis to a public health issue', *Health Research Policy and Systems*. BioMed Central, 11(1), 9. doi: 10.1186/1478-4505-11-9.

Rütten, A. *et al.* (2016) 'Three types of scientific evidence to inform physical activity policy: results from a comparative scoping review', *International Journal of Public Health*, 553–563. doi: 10.1007/s00038-016-0807-y.

Rütten, A. *et al.* (2018) 'How can the impact of national recommendations for physical activity be increased? Experiences from Germany', *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 1-10. doi: 10.1186/s12961-018-0396-8.

Rutter, H. *et al.* (2017) 'The need for a complex systems model of evidence for public health', *The Lancet*, 390(10112), 2602–2604. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31267-9.

Rutter, H. *et al.* (2020) 'Systems approaches to support action on physical activity', *Bulletin of the World Health Organization*, 98(3), 226–227. doi: 10.2471/BLT.20.250936.

Sallis, J. F. *et al.* (2006) 'AN ECOLOGICAL APPROACH TO CREATING ACTIVE LIVING COMMUNITIES', *Annual Review of Public Health*, 27(1), 297–322. doi: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102100.

Sallis, J. F. *et al.* (2015) 'Co-benefits of designing communities for active living: An exploration of literature', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1–10. doi: 10.1186/s12966-015-0188-2.

Sallis, J. F. *et al.* (2016) 'Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: A cross-sectional study', *The Lancet*, 387(10034), 2207–2217. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01284-2.

Sallis, J. F. and Glanz, K. (2009) 'Physical activity and food environments: Solutions to the obesity epidemic', *Milbank Quarterly*, 87(1), 123–154. doi: 10.1111/j.1468-0009.2009.00550.x.

Sallis, J. F. and Green, L. W. (2012) 'Active living by design and its evaluation: Contributions to science', *American Journal of Preventive Medicine*. 43(5), 410-412. doi: 10.1016/j.amepre.2012.07.014.

Schmid, T. L., Pratt, M. and Witmer, L. (2006a) 'A Framework for Physical Activity Policy Research', *Journal of Physical Activity and Health*, 3(1), 20–29. doi: 10.1123/jpah.3.s1.s20.

Schmid, T. L., Pratt, M. and Witmer, L. (2006b) 'A Framework for Physical Activity Policy Research', *Journal of Physical Activity and Health*, 3(1), 20–29. doi: 10.1123/jpah.3.s1.s20.

Shafer, C. S., Lee, B. K. and Turner, S. (2000) 'A tale of three greenway trails: User

perceptions related to quality of life', *Landscape and Urban Planning*, 49(4), 163–178. doi: 10.1016/S0169-2046(00)00057-8.

Shankardass, K. *et al.* (2015) 'Strengthening the implementation of health in all policies: A methodology for realist explanatory case studies', *Health Policy and Planning*, 30(4), 462–473. doi: 10.1093/heapol/czu021.

Sharman, M. J. *et al.* (2019) 'Acceptability and perceived feasibility of strategies to increase public transport use for physical activity gain – A mixed methods study', *Health Promotion Journal of Australia*, 292. doi: 10.1002/hpja.292.

Shilton, T. (2006) 'Advocacy for physical activity-from to influence', *Promotion & Education*, 13(2), 118–126. doi: 10.1177/10253823060130020106.

Shilton, T., Bauman, A. and Bull, F. (2013) 'Advocacy strategies to address NCDs: Actions to increase the profile of physical activity', in *Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion*. Springer New York. doi: 10.1007/978-1-4614-7594-1_18.

Simonsen-Rehn, N. *et al.* (2012) 'Determinants of effective health promotion actions in local contexts: A study of the perceptions of municipal politicians', *International Journal of Public Health*. 57(5), 787-795. doi: 10.1007/s00038-011-0328-7.

Solar, O. and Irwin, A. (2010) *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization.

Spitters, H *et al.* (2017) 'Unravelling networks in local public health policymaking in three European countries - a systems analysis.', *Health research policy and systems*, 15(1), 5. doi: 10.1186/s12961-016-0168-2.

Ståhl, T. and Ollila, E. (2006) *Health in All Policies: Prospects and potentials (2006)*. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/pre-2007/health-in-all-policies-prospects-and-potentials-2006> (Accessed: 18 June 2020).

Stamatakis, T. (2010) 'Communicating Prevention Messages to Policy Makers: The Role of Stories in Promoting Physical Activity'. *Journal of Physical Activity and health*, 7(1), 99-107. doi: 10.1123/jpah.7.s1.s99

Stamatakis, E. *et al.* (2014) 'Associations between socio-economic position and sedentary behaviour in a large population sample of Australian middle and older-aged adults: The Social, Economic, and Environmental Factor (SEEF) Study', *Preventive Medicine.*, 63, 72–80. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.03.009.

Stokols, D. (1992) 'Establishing and Maintaining Healthy Environments: Toward a

Social Ecology of Health Promotion’, *American Psychologist*, 47(1), 6–22. doi: 10.1037/0003-066X.47.1.6.

Stokols, D., Allen, J. and Bellingham, R. L. (1996) ‘The Social Ecology of Health Promotion: Implications for Research and Practice’, *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 247–251. doi: 10.4278/0890-1171-10.4.247.

Stoutenberg, M. *et al.* (2018) ‘A pragmatic application of the RE-AIM framework for evaluating the implementation of physical activity as a standard of care in health systems’, *Preventing Chronic Disease*, 15(5). doi: 10.5888/pcd15.170344.

Sturm, R. (2004) ‘The economics of physical activity: Societal trends and rationales for interventions’, *American Journal of Preventive Medicine*, 27(3), 126–135. doi: 10.1016/j.amepre.2004.06.013.

Takano, T. and Nakamura, K. (2001) ‘An analysis of health levels and various indicators of urban environments for healthy cities projects’, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4), 263–270. doi: 10.1136/jech.55.4.263.

Thomas, M. M., Hodge, W. and Smith, B. J. (2009) ‘Building capacity in local government for integrated planning to increase physical activity: evaluation of the VicHealth MetroACTIVE program’, *Health Promotion International*, 24(4), 353–362. doi: 10.1093/heapro/dap035.

Tremblay, M. S. *et al.* (2017) ‘Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome’, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 1–17. doi: 10.1186/s12966-017-0525-8.

Trochim, W. M. K. (1989) ‘An introduction to concept mapping for planning and evaluation’, *Evaluation and Program Planning*. 12(1), 1–16. doi: 10.1016/0149-7189(89)90016-5.

Trost, S. G. *et al.* (2002) ‘Correlates of adults’ participation in physical activity: Review and update’, *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(12), 1996–2001. doi: 10.1097/00005768-200212000-00020.

Trost, S. G., Saunders, R. and Ward, D. S. (2002) ‘Determinants of physical activity in middle school children’, *American Journal of Health Behavior.*, 26(2), 95–102. doi: 10.5993/AJHB.26.2.2.

Tuckett, A. *et al.* (2018) ‘Older Adults Using Our Voice Citizen Science to Create Change in Their Neighborhood Environment’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2685. doi: 10.3390/ijerph15122685.

Van den Berge, M. *et al.* (2020) ‘Adapting citizen science to improve health in an

occupational setting: Preliminary results of a qualitative study', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 1–19. doi: 10.3390/ijerph17144917.

Van de Goor, I. *et al.* (2017) 'Determinants of evidence use in public health policy making: Results from a study across six EU countries', *Health Policy*, 121(3), 273–281. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.01.003.

Van Hoye, A. *et al.* (2019) 'Health enhancing physical activity in all policies? Comparison of national public actors between France and Belgium', *Health Policy*, 123(3), 327–332. doi: 10.1016/J.HEALTHPOL.2019.01.008.

Van Kamp, I. *et al.* (2003) 'Urban environmental quality and human well-being towards a conceptual framework and demarcation of concepts; a literature study', in *Landscape and Urban Planning*, 65(2), 5–18. doi: 10.1016/S0169-2046(02)00232-3.

Van Kann, D. H. H. *et al.* (2015) 'Active Living: Development and quasi-experimental evaluation of a school-centered physical activity intervention for primary school children Energy balance-related behaviours', *BMC Public Health*, 15(1), 1–10. doi: 10.1186/s12889-015-2633-1.

Varela *et al.* (2018) 'Mapping the historical development of physical activity and health research: A structured literature review and citation network analysis', *Preventive Medicine*, 111, 466–472. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.10.020

Varela, A. *et al.* (2018) 'Worldwide use of the first set of physical activity Country Cards: The Global Observatory for Physical Activity - GoPA!', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 29. doi: 10.1186/s12966-018-0663-7.

Van Acker, R. *et al.* (2011) 'The impact of disseminating the whole-community project "10,000 Steps": A RE-AIM analysis', *BMC Public Health*, 11(1), 1–11. doi: 10.1186/1471-2458-11-3.

Vigneron, E. (2013) 'Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français', *Tribunes de la Sante*, 38(1), 41–53. doi: 10.3917/seve.038.0041.

Vuori, I., Lankenau, B. and Pratt, M. (2004a) 'Physical activity policy and program development: the experience in Finland.', *Public health reports*, 119(3), 331–45. doi: 10.1016/j.phr.2004.04.012.

Vuori, I., Paronen, O. and Oja, P. (1998) 'How to develop local physical activity promotion programmes with national support: The Finnish experience', *Patient Education and Counseling*, 33(1), 111–120. doi: 10.1016/S0738-3991(98)00016-0.

Wallerstein, N. and Bernstein, E. (1994) 'Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health'. *Health Education Quarterly*.

Wang, M. L. *et al.* (2016) ‘Priorities of municipal policy makers in relation to physical activity and the built environment: A latent class analysis’, *Journal of Public Health Management and Practice*, 22(3), 221–230. doi: 10.1097/PHH.0000000000000289.

Weible, C. M. and Sabatier, P. A. (2007) ‘Advocacy Coalition Framework’, in *International Encyclopedia of Political Science*. SAGE Publications. doi: 10.4135/9781412959636.n7.

Wilkinson, R. (2006) *The solid facts - promoting physical activity and active living in urban environments - the role of local governments : WHO Regional Publications, European Series No 89*. World Health Organization.

Winslow, C. E. A. (1920) ‘The untilled fields of public health’, *Science*. American Association for the Advancement of Science, 51(1306), 23–33. doi: 10.1126/science.51.1306.23.

Woods, C. B. and Mutrie, N. (2012) ‘Putting Physical Activity on the Policy Agenda’, *Quest*, 64(2), 92–104. doi: 10.1080/00336297.2012.669318.

World Health Organization. Regional Office for Europe (2016) *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025*. World Health Organisation Regional Office for Europe.

World Health Organization (1986) *Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé, 1986*. Available at: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Accessed: 25 May 2020).

World Health Organization (1995) *Report of the Inter-Agency Meeting on Advocacy Strategies for Health and Development: Development Communication in Action*. Available at: <https://www.who.int/> (Accessed: 15 September 2020).

World Health Organization (1997) *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. World Health Organization.

World Health Organization (2004) *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health - 2004*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/global-strategy-on-diet-physical-activity-and-health-2004> (Accessed: 1 July 2020).

World Health Organization (2005) *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Available at: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/ (Accessed: 3 June 2020).

World Health Organization (2010) *Adelaide Statement on Health in All Policies*. Available at: <https://www.who.int/publications-detail/adelaide-statement-ii-on-health-in-all->

policies (Accessed: 2 June 2020).

World Health Organization (2010) *Global recommendations on physical activity for health*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979> (Accessed: 30 August 2020).

World Health Organization (2013) 'Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.', p. 102. doi: 978 92 4 1506236.

World Health Organization (2014) *Promoting physical activity in the Eastern Mediterranean Region through a life-course approach*. Available at: <https://catalog.ihnsn.org/index.php/citations/35726> (Accessed: 19 July 2020).

World Health Organization (2015) 'Health-enhancing physical activity (HEPA) policy audit tool (PAT) - version 2 (2015)' World Health Organization. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2015/health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat-version-2-2015> (Accessed: 8 October 2019).

World Health Organization (2014) 'Healthy cities Promoting health and equity-evidence for local policy and practice'. Available at: <http://www.who.int/healthy-cities> (Accessed: 11 May 2020).

World Health Organization Europe (2016) *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025*. Available at: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/physical-activity-strategy-for-the-who-european-region-20162025> (Accessed: 2 July 2020).

World Health Organization Europe (2017) *Towards more physical activity: Transforming public spaces to promote physical activity — a key contributor to achieving the Sustainable Development Goals in Europe (2017)*. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2017/towards-more-physical-activity-transforming-public-spaces-to-promote-physical-activity-a-key-contributor-to-achieving-the-sustainable-development-goals-in-europe-2017> (Accessed: 11 September 2020).

World Health Organization (2018) *France - Physical activity factsheet (2018)*. World Health Organization. Available at: <http://www.euro.who.int/en/countries/france/data-and-statistics/france> (Accessed: 7 October 2019).

World Health Organization (2018) *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world, WHO*. World Health Organization.

World Health Organization (2019) *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325147/WHO->

NMH-PND-2019.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0 (Accessed: 11 September 2020).

Wutzke, S. *et al.* (2016) 'Systems approaches for chronic disease prevention: Sound logic and empirical evidence, but is this view shared outside of academia?', *Public Health Research and Practice*, 26(3). 2631632. doi: 10.17061/phrp2631632.

Zwald, M. L. *et al.* (2016) 'Multilevel Analysis of Municipal Officials' Participation in Land Use Policies Supportive of Active Living: City and Individual Factors', *American Journal of Health Promotion*, 30(4), 287–290. doi: 10.1177/0890117116639571.

Liste des annexes

Annexe 1 : CAPLA-Santé

Annexe 2 : Guide d'accompagnement du CAPLA-Santé

Annexe 3 : Guide d'entretien du CAPLA-Santé

Annexe 4 : Récapitulatif des documents de cadrage (CAPLA-Santé)

Annexe 5 : Récapitulatif des sources de financement (CAPLA-Santé)

Annexe 6 : Récapitulatif des sources de données (CAPLA-Santé)

Annexe 7 : supplément 1 (article Perceptions of barriers and levers of health-enhancing physical activity policies in mid-size French municipalities)

ANNEXE 1 :
CAPLA-Santé

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

**Outil d'analyse des politiques locales
Activité Physique-Santé**

Réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur à partir de la version 2 de l'OMS Europe, de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016 et à partir des travaux d'un groupe d'experts composé de chercheurs en Activité Physique-Santé, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités territoriales. Il a été finalisé à partir de l'expérimentation sur 7 territoires des régions Sud-PACA et Grand Est.



CAPLA-Santé

Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) se décline en plusieurs documents :

- Un guide d'accompagnement à consulter (01.guide_accompagnement)
- **Un outil d'analyse au format Word à compléter (02.outil_analyse)**
- Une grille d'entretien à consulter (03.grille_entretien)
- Un récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)
- Un récapitulatif des sources de financements (05.financements)
- Un récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)
- Une synthèse au format Word à compléter (07.synthese)
- Une synthèse fictive à consulter (08.synthese_fictive)

NB : La liste des acronymes figure dans le guide d'accompagnement.

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

<Insérer ici le nom du territoire étudié >

Numéro de la version : <X>

Date : <insérer la date>

Rempli par :

< Insérer le(les) nom(s) >

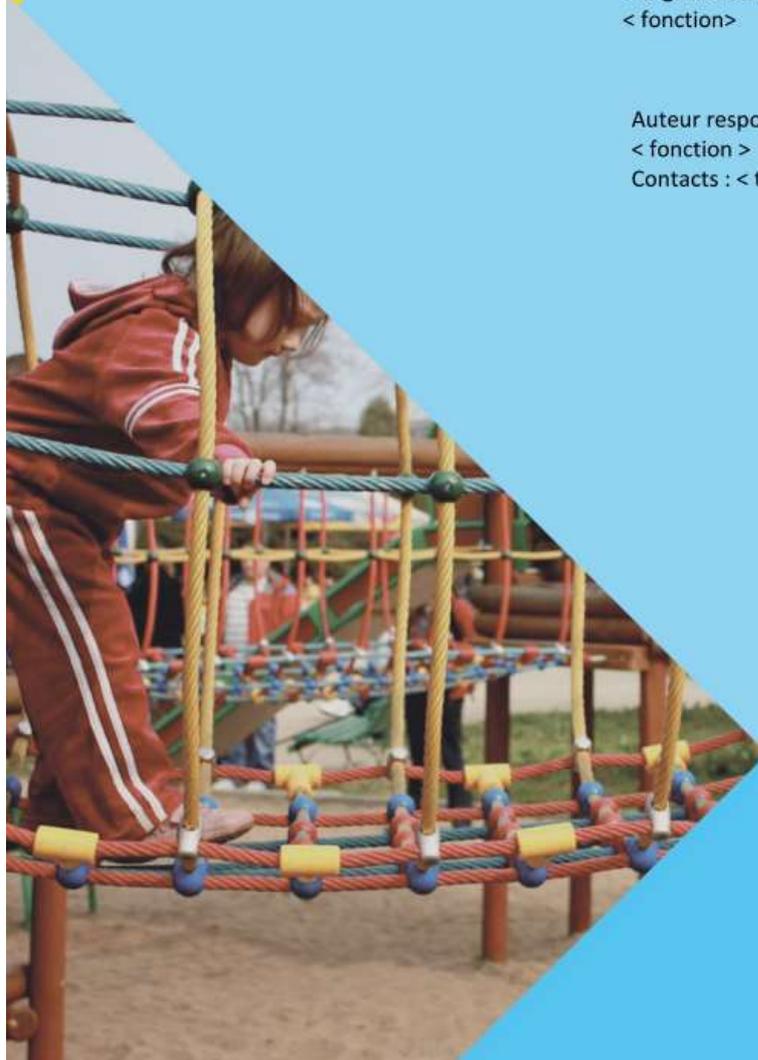
< organisation >

< fonction >

Auteur responsable : < insérer le nom >

< fonction >

Contacts : < téléphone > < courriel >



CHAPITRE 1

Vue d'ensemble des acteurs de l'Activité Physique-Santé sur le territoire : qui fait quoi ?

Les objectifs de ce chapitre sont :

- de disposer d'un panorama de l'ensemble des acteurs qui jouent un rôle dans le domaine de l'activité physique sur le territoire d'étude, qu'ils soient, ou non, porteurs d'une politique dans tous les secteurs intervenant dans la promotion de l'activité physique ;
- d'identifier les organisations qui vont jouer un rôle de pilote, d'animateur, de coordinateur, etc. dans les politiques de promotion de l'Activité Physique-Santé (AP-Santé) ;
- de recenser les réseaux qui appuient les acteurs (professionnels, bénévoles...) dans la mise en œuvre des politiques.

Ils représentent les forces mobilisées pour le développement et la mise en œuvre des politiques d'activité physique dans une visée de santé.

QUESTION 1

Décrivez succinctement les **pouvoirs publics** en charge de politiques d'activité physique sur le territoire étudié.

Il peut s'agir entre autres de collectivités territoriales, de services déconcentrés de l'Etat, d'agences, d'établissements publics, ...

Précisez par exemple à quel niveau se situent les principales responsabilités dans le champ de la santé, du sport, de l'éducation, du transport, de l'environnement et de l'urbanisme, et quels services en ont la charge.

Complétez le tableau uniquement avec les institutions et établissements publics porteurs de politiques d'activité physique qui ciblent le territoire d'étude.

Vous pouvez ajouter ou supprimer autant de lignes que nécessaire.

Acteurs de
l'AP-Santé

CHAPITRE 1

Niveau régional

Secteur	Structures publiques	Service(s) en charge et/ou personne référente
Santé	ARS	Santé (Prévention, Promotion de la Santé) :
		Sport-santé :
		Santé-environnement :
		Médico-social :
		Offre de soins :
Sport	DRJSCS	Sport :
	.....	Sport-santé :
Education	Rectorat	Parcours éducatif de santé :

Mobilité / Transport	Autorités organisatrices des transports	.....

Environnement	DREAL	Environnement

Multisectoriel	Conseil régional	Transport :
	.....	Education (formation) :
Autre	.....	Santé-environnement :

Acteurs de
l'AP-Santé

CHAPITRE 1

Niveau départemental

Secteur	Structures publiques	Service(s) en charge/et Personne référente
Santé	DD ARS	.....

Sport	DDCSPP	Inspectrice/teur Jeunesse et sport : Délégué.e départemental.e aux droits et des femmes et à l'égalité :

Education	.....	.....

Mobilité / Transport	.....	.....

Environnement	.....	.....

Multisectoriel	Conseil départemental	Sport (et Commission Départementale des Espaces Sites et Itinéraires) : Action sociale :

Autre	.....	.....

Acteurs de
l'AP-Santé

CHAPITRE 1

Niveau local (intercommunal / communal)

Secteur	Structures publiques	Service(s) en charge/et Personne référente
Santé	Coordination d'un contrat local de santé et/ou atelier santé ville	.....

Sport	.....	.....

Education	.....	.....

Mobilité / Transport	.....	.....

Environnement	.....	.....

Multisectoriel	Ville et intercommunalité	Sport :
		Santé :
		Cohésion sociale :
		Action sociale :
		Transport :
		Environnement :

Autre	.....	.....

QUESTION 2

Dressez la liste **des acteurs non institutionnels qui interviennent sur l'échelon étudié et qui sont activement engagées** dans la promotion de l'AP-Santé.

Il peut s'agir entre autres d'organisations sportives, d'associations (centres sociaux, etc.), de mutuelles, d'hôpitaux, de centres de santé, de communautés scientifiques et universitaires, de structures qui proposent des services à la mobilité (acteurs associatifs, structures du service public de l'emploi et de l'insertion, structures d'insertion par l'activité économique, plateforme mobilité, vélo-école ...), etc.

Décrivez brièvement le rôle de ces organisations dans l'AP-Santé. Les rôles des organisations dans les politiques peuvent être définis à l'aide de ces catégories pour en faciliter l'analyse :

- *Rôle d'opérateur : l'organisation met en œuvre des actions AP-Santé en lien avec le public.*
- *Rôle d'expert : l'organisation apporte une expertise, un avis, des recommandations.*
- *Rôle de décideur : l'organisation définit des politiques AP-Santé.*
- *Rôle de financeur : l'organisation finance directement ou indirectement les politiques AP-Santé.*
- *Rôle de coordinateur : l'organisation joue un rôle de coordination, d'animation des acteurs impliqués dans des politiques AP-Santé et leur mise en œuvre.*
- *Rôle de soutien : l'organisation apporte un appui logistique, technique.*

Organisation	Description succincte du rôle dans l'AP-Santé
Nom : Statut :	.....
Organisation	Description succincte du rôle dans l'AP-Santé
Nom : Statut :	.....

QUESTION 3



Existe-t-il selon vous, une (des) organisation(s) ou personne(s) référente(s) qui joue(nt) un rôle moteur, apporte un élan politique fort **sur les politiques AP-Santé au niveau du territoire étudié** ?

Acteurs de
l'AP-Santé

CHAPITRE 1

QUESTION 4



Existe-t-il des organisations ou des instances qui assurent une **collaboration et/ou une coordination intersectorielle** dans la mise en œuvre des politiques et plans d'actions AP-SANTÉ au niveau du territoire étudié ?

Précisez qui est impliqué, qui pilote cette mise en œuvre, et comment ces collaborations fonctionnent en pratique. Mentionnez également (le plus précisément possible) toute expérience positive ou non. Vous pouvez également préciser si les acteurs privés et associatifs sont impliqués dans cette étape de mise en œuvre.

QUESTION 5

Au sein du territoire étudié, les acteurs intéressés ou travaillant sur l'activité physique ou dans des domaines associés peuvent-ils **s'appuyer sur des réseaux** (professionnels ou non, structurés ou non, locaux ou non) pour la mise en œuvre des politiques AP-Santé ?

CHAPITRE 2

Documents de cadrage

Ce chapitre permet de recenser tous les documents de cadrage (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations...) utilisés aujourd'hui sur le territoire d'étude et d'en analyser la cohérence.

Cochez et complétez le tableau ci-dessous avec les **documents de cadrage (documents politiques, stratégies, plans d'actions, schémas, délibérations, statuts de collectivité, notes de service, compte-rendu de réunion, programme électoral, etc.) en cours qui s'appliquent au territoire étudié**, qui montrent l'intention des institutions d'augmenter la pratique de l'activité physique au niveau du territoire. Lorsque des acteurs autres qu'institutionnels (mutuelles, CROS...) portent des politiques d'activité physique, mentionnez-les dans le tableau.

Précisez pour chaque document si les objectifs des politiques visent explicitement la réduction et/ou la non-aggravation des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS).

Vous pouvez vous appuyer sur le tableau récapitulatif des documents de cadrage AP-Santé «04.documents_cadrage».

Documents
de cadrage

CHAPITRE 2

Secteur	Documents de cadrage	Contenu santé, AP-Santé et Inégalités Sociales et Territoriales de Santé (ISTS)	Evaluation et consultation
Mobilité / Transport	Titre du document : Date de publication : Où le trouver ? (s'il s'agit d'un site internet, précisez le lien) Calendrier : Organisme émetteur :	Un (des) objectif(s) santé est-il inscrit dans le document de cadrage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Brève description des points portant sur l'AP-Santé ou l'AP : Cette politique est-elle majeure pour le développement de l'AP-Santé sur le territoire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, motivez rapidement : Indiquez si les objectifs de la politique visent explicitement la réduction et/ou la non-aggravation des ISTS <input type="checkbox"/>	Cette politique a-t-elle été évaluée ? <input type="checkbox"/> Oui, réalisée Si oui : indiquez le lien vers l'évaluation <input type="checkbox"/> Oui, prévue ou en perspective <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas La politique a-t-elle fait l'objet d'un processus de consultation ? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, précisez : - Qui a été consulté : - Quand : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
.....
Environnement
.....
Multisectoriel

CHAPITRE 2

Documents
de cadrage

QUESTION 7



Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulée ?
Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon
plutôt cloisonnées ?

Précisez pourquoi.

QUESTION 8

Les documents de cadrage listés à la question 6 sont-ils basés sur **les dernières données
scientifiques probantes** relatives à l'AP-SANTÉ et/ou **des documents politiques
nationaux** (PNNS, PAMA, etc.) ?

Si oui, quel processus le garantit ?

*Par exemple : il peut s'agir d'un lien formel entre une autorité de santé et le porteur de la politique
ou de processus formalisés en interne.*

CHAPITRE 3

Contenu des politiques

- En prenant en compte l'ensemble des documents de cadrage, ce chapitre a pour but
- de recenser les objectifs liés à l'activité physique et à la sédentarité,
 - d'apporter une vision globale des milieux et publics visés par les politiques menées sur le territoire d'étude,
 - d'illustrer les politiques par des actions concrètes mises en œuvre,
 - d'analyser la complémentarité et la cohérence d'ensemble pour le territoire d'étude.

Contenu des
politiques

QUESTION 9

Quels sont les **objectifs liés à l'augmentation de l'activité physique et à la diminution de la sédentarité** pour le territoire d'étude (chiffrés ou non chiffrés) ?

La sédentarité (ou le comportement sédentaire) est une situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique en position assise ou allongée. Plusieurs indicateurs peuvent caractériser des comportements sédentaires : par exemple le temps d'utilisation d'un ordinateur sur son temps de loisirs, le temps passé devant un écran ou encore le temps total passé assis au cours d'une journée au travail, chez soi ou encore dans les transports. Il est considéré qu'une personne peut être physiquement active durant sa journée tout en cumulant des comportements sédentaires.

Précisez la source, l'échéancier des changements souhaités s'ils existent.

Objectifs visant une augmentation de l'activité physique		Objectifs visant une diminution de la sédentarité	
Objectifs chiffrés	Objectifs non chiffrés	Objectifs chiffrés	Objectifs non chiffrés
.....
.....

Contenu des politiques

CHAPITRE 3

QUESTION 10

A partir de l'ensemble des documents de cadrage du territoire étudié, indiquez tous les milieux concernés par le développement des actions AP-Santé.

Cochez uniquement les milieux dans lesquels des programmes ou des interventions spécifiques sont prévus ou en cours.

Milieu urbain		Domicile	
Milieu rural		Sport et loisirs	
Milieu du travail		Transport	
Milieu carcéral		Tourisme	
Lieu d'accueil petite enfance et école maternelle		Environnement	
École primaire		Urbanisme	
Collège et Lycée		Ville	
Université		Quartier (autres que Quartier Prioritaire de la politique de la Ville)	
Centres de santé, maisons de santé		Quartier prioritaire de la politique de la ville	
Etablissement sanitaire et médico-social		Autre (préciser) :	

QUESTION 11

A partir de l'ensemble des documents de cadrage, quels sont tous les publics ciblés par les actions AP-Santé ?

Cochez uniquement les publics pour lesquels des programmes ou des interventions spécifiques sont prévus ou sont en cours.

Contenu des politiques

Petite enfance		Personnes sédentaires	
Enfants/adolescents		Personnes insuffisamment actives	
Etudiants		Publics vulnérables	
Femmes		Populations en établissement de soin/patients atteints de maladies chroniques	
Adultes		Actifs / salariés	
Familles		Migrants	
Personnes en situation de handicap		Habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville	
Seniors		Autre (préciser) :	
Population générale			

CHAPITRE 3

QUESTION 12

Des **recommandations sur l'activité physique et/ou la sédentarité** sont-elles utilisées sur le territoire étudié ?



Si oui, précisez lesquelles et dans quel cadre elles le sont :

Contenu des politiques

CHAPITRE 3

Recommandations sur l'activité physique	Cadre
Recommandation :	<input type="checkbox"/> Dans la définition des objectifs à atteindre
Source :	<input type="checkbox"/> Pour les messages de communication
.....	<input type="checkbox"/> Pour l'évaluation
.....	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)
.....
.....
Recommandations sur la sédentarité	Cadre
Recommandation :	<input type="checkbox"/> Dans la définition des objectifs à atteindre
Source :	<input type="checkbox"/> Pour les messages de communication
.....	<input type="checkbox"/> Pour l'évaluation
.....	<input type="checkbox"/> Autre (précisez)
.....
.....

Si non, pourquoi ?

QUESTION 13

Existe-t-il actuellement dans le territoire d'étude **des stratégies de communication ou des opérations de communication** (utilisant les médias, nationaux ou spécifiquement créés pour le territoire) qui visent à sensibiliser et promouvoir l'activité physique ?

Si oui, donnez-en une description détaillée (type de communication, durée, cibles visées, caractère ponctuel ou récurrent) et précisez si ces actions ont un logo ou un slogan commun.

Si non, citez les outils utilisés pour communiquer à propos des actions AP-Santé menées sur le territoire (site internet, campagne d'affichage, etc.).

Contenu des
politiques

CHAPITRE 3

QUESTION 14

Donnez au moins **un ou deux exemples d'actions concrètes sous forme de programmes, d'interventions ou d'initiatives structurantes.**

Donnez une brève description de chaque programme ou intervention (par exemple : nom, pilote, approches utilisées, participants, résultats, financement, cadre politique, etc.) et une source pour toute information complémentaire.

Suggestion : ces exemples peuvent faire l'objet d'une description plus précise en complément du CAPLA-Santé.

CHAPITRE 4

Financements et engagement politique

Ce chapitre permet d'objectiver l'engagement politique pour la promotion de l'activité physique par un recensement des financements alloués spécifiquement ou non à l'activité physique (quelle qu'en soit la forme).

Compléter le tableau suivant avec les **financements spécifiquement alloués** ou dédiés à la mise en œuvre des politiques ou plans d'actions relatifs à l'activité physique sur le territoire étudié.

Précisez pour chaque organisme financeur :

- de quel(s) type(s) de financement(s) il s'agit (aide en nature, subventions, investissement / achat de matériel, personnel dédié). Plusieurs types de financements sont possibles ;
- le montant, s'il est connu ;
- si ce financement est recurrent, c'est à dire alloué de manière régulière (par exemple : tous les ans).

Financements

CHAPITRE 4

Source du financement	Non	Ne sait pas	Oui		
			Type de financement	Montant	Récurrent
Exemple :					
Métropole du « Grand SANA »			Subventions	15 000€ / an	Oui
			Personnel dédié	35 000€ / an	Non
Fonds européens					
Conseil Régional					
ARS					
DRJSCS					
Carsat					
Autres services déconcentrés de l'Etat Préciser :					
Conseil Départemental					
CDOS					
Intercommunalité (métropole, communauté urbaine, etc.)					
Ville					
Fondation					
Mutuelle					
Autres (agences, entreprises privées, ect.) Préciser :					

CHAPITRE 5

Etudes et mesures relatives à l'activité physique sur le territoire

Ce chapitre permet de recenser les études spécifiques au territoire qui sont disponibles (supports à la définition des objectifs, à l'évaluation notamment) et de recenser les éventuelles évaluations économiques menées sur le territoire d'étude. Elles constituent autant d'argumentaires pour le développement des politiques AP-Santé.

Mesures de
l'AP-Santé

QUESTION 16

Le territoire étudié dispose-t-il **d'enquêtes, d'études ou de mesures permettant d'apporter des éléments sur l'AP-Santé** (niveau d'activité physique, sédentarité, études de mobilités, enquêtes ménage...)?

Nom de l'étude 1 :	
Organisme émetteur :	
Lien vers les résultats :	
Public cible de l'étude :	
Objectifs de l'étude	<input type="checkbox"/> Pratiques de la population <input type="checkbox"/> Attentes/besoins <input type="checkbox"/> Environnements <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Périodicité	Etude répétée : <input type="checkbox"/> Oui, tous les <input type="checkbox"/> Non

Nom de l'étude 2 :	
Organisme émetteur :	
Lien vers les résultats :	
Public cible de l'étude :	
Objectifs de l'étude	<input type="checkbox"/> Mesurer les pratiques de la population <input type="checkbox"/> Attentes/besoins <input type="checkbox"/> Environnements <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
Périodicité	Etude répétée : <input type="checkbox"/> Oui, tous les <input type="checkbox"/> Non

QUESTION 17



Globalement, **les résultats de ces études** sur l'activité physique et la sédentarité (ou d'autres facteurs associés) ont-ils **influencé le développement des politiques** au sein du territoire d'étude ?

Si non, expliquez brièvement pourquoi.

QUESTION 18

Des études sur les coûts et gains associés à l'activité physique et/ou à la sédentarité (par exemple, une évaluation économique) ont-elles été menées sur le territoire d'étude ?

Si oui, indiquez le titre du rapport, l'éditeur et l'année de publication. Si possible, indiquez un lien Internet. Décrivez brièvement les résultats de l'évaluation.

Titre :

Éditeur et date :

Lien Internet :

Description des résultats :

CHAPITRE 6

Progrès réalisés et défis à relever

Ce chapitre porte sur toutes les personnes, tous les documents, ou événements passés que vous considérez comme clés pour le développement et la promotion de l'AP-Santé, autrement dit, qui ont eu une influence majeure sur la mise à l'agenda politique de l'AP-Santé **au niveau du territoire étudié**. Il s'agit de comprendre l'importance qu'a pris l'activité physique et son lien avec la santé sur le territoire d'étude, ce qui fait que telles ou telles politiques ont été développées (ou non) sur le territoire étudié. Ce chapitre a aussi pour objectif d'analyser collectivement les facteurs de réussite et les défis qui restent à relever ensemble sur le territoire d'étude.

QUESTION 19



Décrivez brièvement les personnes, les documents, les événements ou les **moments marquants** qui ont joué un **rôle clé** ou que vous pensez **fondateurs des politiques actuelles** sur le territoire d'étude.

Par exemple : un adjoint à la santé très impliqué sur la question, les résultats d'une étude sur la sédentarité dans une école qui a marqué les esprits, un colloque local, la déclinaison d'une politique nationale, etc.

NB : Les documents politiques en cours seront décrits à la question 6.

Placez ces moments clés sur la flèche du temps ci-dessous.



Progrès et
défis

CHAPITRE 6

QUESTION 20



Sur la base de la modélisation des moments marquants, identifiez **les atouts et les faiblesses du territoire** qui expliquent la situation actuelle en matière d'AP-santé.

QUESTION 21



Quels sont selon vous, les secteurs marqués par **les plus grandes avancées** dans la promotion de l'AP-Santé sur le territoire étudié au cours de ces dernières années ?

- 1.
- 2.
- 3.

QUESTION 21.b



Quels sont selon vous, **les défis les plus importants** auxquels le territoire d'étude a dû faire face au cours de ces dernières années dans le lancement ou la poursuite d'actions de promotion de l'AP-Santé ?

- 1.
- 2.
- 3.

Progrès et
défis

CHAPITRE 6

QUESTION 21.c



Si vous deviez faire des **propositions pour l'avenir** ou apporter des conseils à des territoires où les politiques AP-Santé sont peu développées, quels seraient-ils ?

- 1.
- 2.
- 3.

INFORMATIONS

Données
complémentaires

QUESTION 22

Utilisez cet espace pour indiquer tout détail ou commentaire supplémentaire que vous n'avez pas pu fournir dans d'autres chapitres.

Remplissage
du dossier

INFORMATIONS

Informations sur le remplissage de l'outil d'analyse

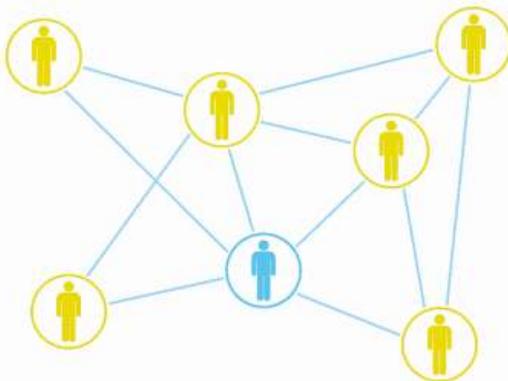
Il est utile pour les personnes qui lisent cette analyse des politiques AP-Santé de savoir comment cette consultation a été entreprise et qui y a participé. Indiquez brièvement le processus utilisé en précisant les éléments suivants :

- *qui a initié le projet et dans quel contexte ?*
- *qui a mené le projet (nom, institution, coordonnées) ?*
- *qui a été impliqué et dans quelles étapes (recherche documentaire, entretiens semi-directifs, analyse collective, etc.) ?*
- *comment les personnes impliquées ont été identifiées et sélectionnées ?*
- *les principales étapes d'utilisation du CAPLA-Santé (en précisant le mois et l'année pour chaque étape).*

Le CAPLA-Santé a été réalisé par un groupe projet dans lequel s'inscrivent Flore Lecomte et Anne Vuillemin - Société Française de Santé Publique ; Antoine Noël Racine - Université Côte d'Azur ; Marina Honta - Université de Bordeaux et Aurélie Van Hoyer et Amandine Baron - Université de Lorraine.



Il a été élaboré avec l'appui d'un groupe d'experts composé de : Sylvie Banoun - Coordination Interministérielle pour le Développement de la marche et de l'Usage du Vélo ; Xavier Bigard - Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ; Clémence Bré - Commissariat Général à l'Égalité des Territoires ; Alain Calmat et Benoît Chanal - Comité National Olympique et Sportif Français ; Isabelle Dalimier - Université de Liège ; Pascale Duché - Université de Clermont-Ferrand ; Martine Duclos - Ministère des Sports ; Alain Ferrero - Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de la région Provence Alpes Côte d'Azur ; Florence Rostan - Santé publique France ; Daniel Rivière - Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ; Sylvie Schwaller - Ville de Strasbourg représentant le Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS ; Simona Tausan - Direction Générale de la Santé.



Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, Santé publique France, de l'Université Côte d'Azur (Projet REACTIVES), d'une bourse « emplois jeunes doctorants » de la région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur cofinancée par l'association Azur Sport Santé et de l'Université de Lorraine.

ANNEXE 2 :
Guide d'accompagnement
du CAPLA-Santé

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

Guide d'accompagnement pour l'analyse des politiques locales AP-Santé

Réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur à partir de la version 2 de l'OMS Europe, de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016 et à partir des travaux d'un groupe d'experts composé de chercheurs en Activité Physique-Santé, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités territoriales. Il a été finalisé à partir d'une expérimentation menée sur 7 territoires des régions Sud-PACA et Grand Est.



UNIVERSITÉ
CÔTE D'AZUR



CAPLA-Santé

Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) se décline en plusieurs documents :

- **Un guide d'accompagnement à consulter (01.guide_accompagnement)**
- Un outil d'analyse au format Word à compléter (02.outil_analyse)
- Une grille d'entretien à consulter (03.grille_entretien)
- Un récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)
- Un récapitulatif des sources de financements (05.financements)
- Un récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)
- Une synthèse au format Word à compléter (07.synthese)
- Une synthèse fictive à consulter (08.synthese_fictive)

Sommaire

Glossaire	2
Liste des acronymes	6
Le mot de Anne Vuillemin et Emmanuel Rusch	7
Le mot de Sonja Kahlmeier et Karen Milton	9
Pourquoi développer des politiques Activité Physique-Santé ?	10
Un consensus : l'activité physique est bénéfique pour la santé	10
L'activité physique, une solution pour réduire la prévalence des MNT	10
L'évolution de l'inactivité physique et de la sédentarité, une préoccupation politique ...	12
La « Santé dans toutes les politiques »	12
Le rôle primordial de l'échelon local pour l'AP-Santé	13
Les leviers de développement des politiques locales AP-Santé	14
Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique Santé (CAPLA-Santé), pour quoi et pour qui ?	17
Le CAPLA-Santé, comment a-t-il été construit	17
Le CAPLA-Santé, quels objectifs ?	17
Le CAPLA-Santé, à qui est-il destiné ?	18
Le CAPLA-Santé, dans quel cadre l'utiliser ?	18
Quelles données sont collectées dans l'outil d'analyse ?	19
A quoi servent les autres documents ?	19
Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?	21
Se poser les bonnes questions	21
La méthode	21
Etape 1 : La mobilisation des acteurs du territoire et l'information sur la démarche	23
Etape 2 : Le recueil d'informations	24
A . La recherche documentaire	24
B . Les entretiens semi-directifs	25
Etape 3 : La 1 ^{ère} analyse des données recueillies	30
Etape 4 : L'analyse collective	31
Etape 5 : La rédaction finale et la communication des résultats	32
Pour mieux comprendre	33
Documents-clés	33
Remerciements	36

Glossaire

- **Activité physique** : Toute forme de mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique (exemples d'activités : marche, course, danse, natation, yoga, jardinage, etc.)¹. L'activité physique inclut tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs.
- **Activité physique bénéfique pour la santé (AP-Santé)** : Toute forme d'activité physique qui apporte des bénéfices pour la santé, sans engendrer de risque ou de danger pour la santé².
- **Collaboration** : Le contexte de collaboration est établi dès lors que des acteurs, individuels ou collectifs se réunissent pour explorer de nouvelles possibilités ou atteindre un objectif commun. Deux types de collaborations peuvent être analysés : le concept de collaboration horizontale (ou transversale ou intersectorielle) établie entre plusieurs secteurs ou sous-secteurs d'un même domaine (comme par exemple la mise en œuvre d'un projet municipal pour lequel la collaboration des services de la santé, du sport, et des transports est nécessaire), et le concept de collaboration verticale établie entre plusieurs niveaux (organisés de façon hiérarchiques)³, sans considération des limites éventuelles de compétences (comme par exemple une prise de décision à laquelle participent des élus, des chefs de service et des techniciens). Il est également possible d'évoquer la collaboration multi niveaux et multi acteurs sans relation hiérarchique engageant, par exemple, divers niveaux de collectivités territoriales. La collaboration intersectorielle intègre généralement une étape de consultation des principales parties prenantes ainsi qu'un travail de partenariat entre plusieurs organismes.
- **Coordination** : L'acte de coordination vise à harmoniser des travaux/projets individuels ou collectifs, ou exécutés de manière cloisonnée, afin d'atteindre un objectif commun d'ensemble et d'améliorer l'efficacité de l'action.
- **Données probantes** : Les données scientifiques probantes sont des informations fondées et démontrées par un protocole scientifique rigoureux. Le terme est issu du terme anglais « evidence-based ». Le fondement d'une donnée probante s'appuie particulièrement sur sa publication scientifique, approuvée par une communauté.
- **Environnements** : Les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus, les déterminants sont des facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. L'étude des environnements permet d'analyser le contexte, le cadre de vie, et les facteurs influençant l'état de santé et la pratique d'une activité physique.

¹ Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Au 20/03/2019, la traduction française du document est en cours et sera prochainement disponible sur le site internet de l'OMS.

² D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

³ Définition fondée sur les concepts de collaborations verticales et horizontales de l'Agence de santé publique du Canada.

Glossaire

- **Évaluation économique** : Processus qui consiste à comparer les bénéfices et les coûts respectifs de différentes interventions, programmes ou politiques. Son objectif est de mesurer l'efficacité, ou l'utilité de l'argent dépensé pour une intervention par rapport à une autre, en vue d'atteindre un résultat identique ou similaire⁴.
- **Inactivité physique** : Définie comme la non-atteinte des recommandations sur l'activité physique⁵. L'inactivité physique est différente de la sédentarité (ou des comportements sédentaires).
- **Inégalités sociales et territoriales de santé** : Définies comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale⁶. En général, l'état de santé sera d'autant moins bon que l'on se trouve dans une catégorie sociale défavorisée, cette distribution se faisant de façon graduée tout au long de la hiérarchie sociale. Ces inégalités concernent toute la population et ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres. Ces inégalités sociales s'accompagnent d'inégalités territoriales qui sont le reflet de disparités socioéconomiques entre les territoires, mais également de disparités dans l'offre et l'accessibilité locale de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux⁷.
- **Mobilités actives** : Ensemble des modes de déplacements où la force motrice humaine est nécessaire, avec ou sans assistance motorisée. Elles comprennent principalement la marche et le vélo (dont le vélo à assistance électrique)⁸.
- **Plan d'action** : Doit identifier qui fait quoi (type d'activités et personnes responsables de la mise en œuvre), quand (échéance), comment (approches, activités et interventions) et avec quels moyens (ressources). Dans l'idéal, le plan d'action prévoit également un système de surveillance et d'évaluation. Un plan d'action peut faire partie d'une politique (voir ci-dessous) ou être un document indépendant⁹.
- **Politique** : Document écrit qui contient des priorités, définit des objectifs et provient habituellement d'un secteur spécifique de l'administration publique. Une politique peut contenir, ou être accompagnée d'un plan d'action (voir ci-dessus)¹⁰.
- **Pouvoirs publics** : Ensemble des autorités publiques qui détiennent le pouvoir, y compris les administrations locales. Les pouvoirs publics correspondent aux organes créés ou mentionnés par la Constitution et dont le statut est établi par des lois organiques. Ils interviennent dans de nombreux domaines¹¹.

⁴ Goldsmith L.J., Hutchison B., Hurley J. McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis ; Hamilton, ON: 2004. Economic Evaluation Across the Four Faces of Prevention : A Canadian Perspective.

⁵ <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/definitions.html> (Consulté le 20/03/2019)

⁶ Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010.

⁷ <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/Le-concept-des-inegalites-sociales-de-sante> (Consulté le 20/03/2019)

⁸ Projet de loi d'orientation des mobilités https://www.ecologie-solidaire.gouv.fr/sites/default/files/2018.11.26_projet_loi_orientation.pdf (Consulté le 20/03/2019)

⁹ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

¹⁰ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

¹¹ <http://ses.webclass.fr/notion/pouvoirs-publics> (Consulté le 20/03/2019)

Glossaire

- **Pratiques de la population** : Expérience, habitudes acquises par la pratique d'une activité. Agissements ancrés dans les usages. (Exemple : déplacements piétons, utilisation des transports en commun, etc.)
Une « pratique » est un type de comportement « routinisé » qui consiste en plusieurs éléments interconnectés entre eux : des formes d'activités corporelles, des formes d'activités mentales, des « choses » et leur usage, des connaissances de base constituées de compréhension, savoir-faire, états émotionnels et motivations¹².
- **Programme** : Ensemble de mesures ou mesure unique à grande échelle, planifié(e) sur le long terme et qui peut ou non être associé(e) à un document politique. Un programme peut contenir différents types d'actions, telles que des campagnes, des événements, des offres ou interventions spécifiques, et peut être limité ou non dans le temps¹³.
- **Réseau** : Ensemble de structures et/ou de personnes qui entretiennent entre elles des relations formelles ou informelles. La vocation d'un réseau est de permettre à ses membres ou participants de partager d'expériences, développer des actions, de mutualiser des moyens, etc. Exemple : le Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Réseau Ecole et Nature, etc.

Responsabilité / compétence , quelle différence ? Les responsabilités résultent d'une volonté extérieure qui les assigne à des échelons ou à des services, par exemple des responsabilités sont assignées par le gouvernement aux échelons infra-nationaux. Il s'agit ici de la définition du transfert des compétences en France (lois de 1983 et suivantes).

Le fait pour des pouvoirs publics de prendre une ou des compétences (c'est-à-dire la légitimité juridique à intervenir dans un champ de l'action publique) résulte d'un choix qui relève de leur volonté propre pour les compétences facultatives, même si certaines compétences sont obligatoires parce qu'attachées à un niveau territorial par exemple. Les compétences des collectivités sont déterminées par leurs capacités fonctionnelles, financières, structurelles, etc. Elles nécessitent une décision et un passage à l'acte.

- **Sédentarité (ou comportement sédentaire)** : Situation d'éveil caractérisée par une faible dépense énergétique en position assise ou allongée¹⁴. Plusieurs indicateurs peuvent caractériser des comportements sédentaires : par exemple le temps d'utilisation d'un ordinateur sur son temps de loisirs, le temps passé devant un écran ou encore le temps total passé assis au cours d'une journée au travail, chez soi ou encore dans les transports. Il est considéré qu'une personne peut être physiquement active durant sa journée tout en cumulant des comportements sédentaires¹⁵.

¹² Reckwitz A. (2002), « Toward a theory of social practices : A development in culturalist theorizing », *European Journal of Social Theory*, vol. 5, n° 2, p. 243-263.

¹³ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

¹⁴ <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/definitions.html> (Consulté le 20/03/2019)

¹⁵ Santé publique France, 2017. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité / p. 8

Glossaire

- **Sport** : Les principaux domaines de pratique d'activité physique sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'activité physique de loisirs non structurée. L'activité physique de loisirs peut être **encadrée** (pratiquée dans des associations, ou dans le cadre de l'éducation populaire et des accueils collectifs de mineurs) ou **spontanée** (parcours de marche aménagés, équipements d'accès libres, promenade dans des parcs et espaces verts). L'exercice constitue un sous-ensemble de l'activité physique : il s'agit d'une « activité physique planifiée, structurée, répétitive dont l'objectif est l'amélioration ou le maintien d'une ou plusieurs composantes de la condition physique. Le sport constitue également un sous-ensemble de l'activité physique au cours duquel les participants adhèrent à un ensemble commun de règles et où un objectif est défini¹⁶.
- **Sport-santé** : Le ministère des Sports définit le « sport-santé » comme étant la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant conformément à la définition de la santé par l'OMS : physique, psychologique et sociale¹⁷. Il correspond à la pratique structurée et encadrée d'une activité physique ou sportive au sein de clubs, salles de sport ou autres structures.
- **Stratégie** : Plan à long terme conçu pour atteindre des objectifs nationaux (dans notre cas, de prévention des maladies et de promotion de la santé)¹⁸.
- **Territoire d'étude** : Zone géographique qui délimite le cadre d'une analyse. Ici, le territoire est délimité par les frontières institutionnelles (et notamment politiques, juridiques et civiles). Exemple : commune, intercommunalité, communauté de communes, etc.

¹⁶<http://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/definitions.html> (Consulté le 20/03/2019)

¹⁷<http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Le-Pole-Ressources-national-Sport-et-Sante-11176/article/Pourquoi-promouvoir-la-sante-par-le-sport> (Consulté le 20/03/2019)

¹⁸ D'après la définition de l'outil HEPA PAT version 2.

Liste des acronymes

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie	GAPPA : Global action plan on physical activity
ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	HAS : Haute autorité de santé
ANDISS : Association nationale des directeurs d'installations et des services des sports	HCSP : Haut conseil de la santé publique
APA : Activité physique adaptée	HEPA Europe : European network for the promotion of health-enhancing physical activity
APF : Association des paralysés de France	HEPA PAT : Health-enhancing physical activity policy audit tool
AP-Santé : Activité physique-santé	INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
ARS : Agence régionale de santé	IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
ASV : Atelier santé ville	ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé
CAPLA-Santé : Cadre d'analyse des politiques locales activité physique-santé	MNT : Maladies non-transmissibles
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail	OMS : Organisation mondiale de la santé
CCAS : Centre communal d'action sociale	ORS : Observatoire régional de santé
CDESI : Commission départementale des espaces, sites et itinéraires	PAMA : Plan d'actions pour les mobilités actives
CDOS : Comité départemental olympique et sportif	PDESI : Plan départemental des espaces, sites et itinéraires
CEREMA : Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement	PDIPR : Plan départemental des itinéraires de promenade et de randonnée
CLS : Contrat local de santé	PDU : Plan de déplacement urbain
CNDS : Centre national pour le développement du sport	PEDT : Projet éducatif territorial
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie	PLH : Programme local de l'habitat
CROS : Comité régional olympique et sportif	PLU/PLUI : Plan local d'urbanisme / intercommunal
DD ARS : Délégation départementale de l'agence régionale de santé	PNNS : Programme national nutrition santé
DDCSPP : Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations	PNSSBE : Plan national sport-santé bien être
DGS : Direction générale de la santé	PRS : Projet régional de santé
DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement	PRSE : Plan régional santé environnement
DRJSCS : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale	SCOT : Schéma de cohérence territoriale
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique	SDAASP : Schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public
EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale	SES : Schéma d'équipements sportifs
ESTEBAN : Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition	SFSP : Société française de santé publique
	SRADDET : Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires
	UFOLEP : Union française des œuvres laïques d'éducation physique

Edito

Le mot de Anne Vuillemin, Secrétaire générale, et Emmanuel Rusch, Président de la Société Française de Santé Publique

La Société Française de Santé Publique (SFSP) s'est engagée depuis de nombreuses années dans la promotion d'une activité physique bénéfique pour la santé (abrégié HEPA pour Health-Enhancing Physical Activity), notamment au travers du soutien qu'elle a apporté à sa place grandissante dans le Programme National Nutrition Santé (PNNS), et des collaborations qu'elle a pu établir avec l'Université de Lorraine et l'Université Côte d'Azur. La SFSP reconnaît l'activité physique en tant que déterminant de santé majeur, sur lequel il est possible d'agir. L'activité physique favorise une approche positive de la santé et son caractère multisectoriel permet de contribuer à répondre à des enjeux sociétaux nombreux et variés.

Afin de donner une dimension européenne à son engagement en faveur de la promotion de l'activité physique, la SFSP a adhéré au réseau HEPA Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2014. Dans ce cadre, elle a initié un travail de recensement des politiques HEPA au niveau national, au moyen d'un outil spécialement conçu à cet effet (HEPA Policy Audit Tool - PAT), participant ainsi à une dynamique européenne lancée par l'OMS. Un travail similaire a été mené en parallèle en Belgique, qui a permis de procéder à une comparaison des acteurs publics nationaux, français et belges, engagés dans la promotion de l'HEPA.

L'analyse des politiques nationales de promotion de l'HEPA s'est considérablement développée au cours des dernières années, et des études suggèrent que ces politiques nationales doivent être soutenues par le niveau local pour permettre d'accroître le niveau d'activité physique de la population. Cependant, les études portant sur l'analyse de ces politiques au niveau local sont encore peu nombreuses. En France, des travaux visant à analyser la déclinaison et la mise en œuvre du PNNS et du Plan Régional Sport Santé Bien-Être au niveau local ont été menés, mais ils ne portaient pas spécifiquement sur le développement par une ville d'une politique de promotion de l'HEPA intégrée. Toutefois, l'activité physique a comme force et particularité de s'insérer dans différents secteurs d'activité (santé, sport, transport, urbanisme, social, environnement, éducation, etc.) et peut potentiellement impliquer une multiplicité d'acteurs conduisant à réfléchir au développement de l'« HEPA dans toutes les politiques », sur le modèle de l'approche de la santé dans toutes les politiques.

Le niveau local dispose d'une capacité à définir et mettre en œuvre des politiques plus à même de soutenir le développement d'un mode de vie physiquement actif en utilisant une approche multisectorielle dans un contexte intégré. Ainsi, les bénéfices associés au développement de politiques de promotion de l'HEPA peuvent être augmentés par la mise en œuvre de politiques intersectorielles, coordonnées. L'enjeu est donc de soutenir les élus et les techniciens des collectivités territoriales dans le développement de politiques de promotion de l'HEPA en vue d'inciter les personnes à adopter un mode de vie physiquement plus actif. Le développement de ces politiques peut à la fois être un résultat à atteindre et un moyen d'atteindre d'autres résultats. En effet, il a été montré que la conception d'environnements qui rendent l'activité physique attrayante et commode est susceptible d'avoir des retombées non seulement sur les différentes dimensions de la santé mais également sur l'environnement et l'économie.

Edito

Si l'outil HEPA PAT offre un cadre d'analyse des politiques nationales, il n'est pas adapté au niveau local. La SFSP a alors souhaité compléter l'approche nationale en interrogeant la place des entités locales dans l'élaboration de politiques HEPA. Elle a ainsi proposé une adaptation de l'outil HEPA PAT au niveau local, sous la forme d'un cadre d'analyse des politiques locales HEPA : le CAPLA-Santé.

Ce travail se veut donc structurant pour les collectivités territoriales en proposant un cadre d'analyse des politiques locales Activité Physique-Santé favorisant la collaboration intersectorielle des différents acteurs impliqués et permettant d'initier ou d'améliorer le développement de politiques de promotion de l'HEPA. Le CAPLA-Santé permet de mobiliser les acteurs du territoire et peut ainsi contribuer à une réflexion et à une dynamique collective. Il permet également aux acteurs concernés de s'acculturer sur le sujet, de réaliser ensemble une analyse de la situation et de poser les cadres pour les politiques à venir. Il s'appuie sur une démarche intersectorielle favorisant les échanges entre les acteurs de différents secteurs (santé, sport, mobilités, environnement, éducation, etc.), tel que préconisé dans la Stratégie européenne sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025 et dans le Plan mondial sur l'activité physique 2018-2030. Ce travail s'inscrit donc dans les préoccupations de l'OMS Europe et de son réseau HEPA Europe¹⁹, en particulier au travers de son groupe de travail « Policy-approaches to physical activity promotion ». Il permettra d'envisager des partages d'expériences entre les pays membres du groupe de travail et du réseau, ainsi que des comparaisons internationales, mais aussi de participer à la dynamique de promotion de l'HEPA engagée par l'OMS depuis de nombreuses années.



Anne Vuillemin, SFSP et Université Côte d'Azur

Emmanuel Rusch, Président de la SFSP



¹⁹ <http://www.euro.who.int/hepaeeurope> (Consulté le 20/03/2019)

Edito

Le mot de Sonja Kahlmeier et Karen Milton, co-auteurs de l'outil HEPA PAT

Sonja Kahlmeier et Karen Milton sont membres du Réseau HEPA Europe (European Network for the promotion of Health-Enhancing Physical Activity). Elles sont co-auteurs de l'outil HEPA PAT (Health-Enhancing Physical Activity Policy Audit Tool).

Formulating a national policy on health-enhancing physical activity (HEPA) provides support, consistency and visibility at the political level, and at the same time helps national government sectors, regional and local authorities, as well as other stakeholders and actors in the private sector to be more coherent and consistent by following common objectives and strategies. Such a policy can also increase accountability and inform the allocation of resources. Thus, action on policy development, content, implementation, monitoring and evaluation in countries is of great importance, and there is much to be learnt from sharing information, experiences and best practices among countries on how to engage with and implement action plans across multiple sectors.

However, it was not until the early 2000s that evidence started to emerge on the essential attributes of successful development and implementation of a population-wide approach to the promotion of physical activity across the life course. In 2011, in collaboration with HEPA Europe and 7 pilot countries, the WHO Regional Office for Europe developed a method and protocol for compiling and communicating country-level policy responses on physical inactivity, called the HEPA Policy Audit Tool (PAT). The PAT is structured around a set of 17 key criteria, which were identified based on experiences from several previous guidelines and comparisons of physical activity policy. A second, updated version of the PAT was launched in 2015, and in 2017 a dissemination template was launched. The PAT has now been extensively tested and found to be useful, and also an effective catalyst and support for policy development, as it can foster exchange between the relevant national stakeholders who often do not have a close working relationship.

However, in some cases relevant activities are taking place on the sub-national level and the PAT has so far not captured many details on this. Therefore, the present pilot project to apply the HEPA PAT to the sub-national level is of great value and can serve as a basis to develop an adapted PAT for the sub-national level later on.



For the HEPA PAT team

Sonja Kahlmeier, University of Zurich, Switzerland

Karen Milton, University of East-Anglia, United Kingdom



Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Un consensus : l'activité physique est bénéfique pour la santé

Le consensus des gouvernements et des communautés scientifiques concernant les bienfaits de la pratique d'une activité physique sur la santé existe aujourd'hui. De l'échelle mondiale à l'échelle locale, tous reconnaissent l'activité physique-santé comme une des solutions pour lutter contre l'augmentation de la prévalence des maladies non-transmissibles (MNT), l'inactivité physique et la sédentarité. De nombreuses stratégies politiques témoignent de cet intérêt et servent alors de fondement à la mise en œuvre d'une politique activité physique-santé (AP-Santé) sur les plans international, national ou local.

L'activité physique, une solution pour réduire la prévalence des maladies non-transmissibles

A l'heure actuelle, l'augmentation de l'incidence des MNT telles que le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques sont reconnues comme problème de santé publique majeur.

Il est démontré qu'une activité physique régulière agit sur la prévalence des MNT en réduisant le risque de cardiopathie coronarienne et d'accident vasculaire cérébral. Elle permet également d'agir sur la réduction du diabète de type II, de l'hypertension, du cancer du côlon, du cancer du sein et de la dépression²⁰. En se basant sur près de 1 800 références bibliographiques, la dernière expertise de l'INSERM (2019), recommande d'intégrer quasi-systématiquement l'activité physique en prévention et en traitement des MNT²¹. L'activité physique est par ailleurs considérée comme un déterminant essentiel de l'équilibre énergétique grâce à ses fonctions de dépense énergétique et de contrôle du poids²². La Haute autorité de santé (HAS) reconnaît d'ailleurs, depuis 2011, le bénéfice de la prescription d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse pour les patients atteints de maladies chroniques²³.

²⁰ Inserm. Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2019

²¹ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques> (Consulté le 20/03/2019)

²² OMS. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, 2010

²³ Haute Autorité de santé. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. (Rapport d'orientation). Haute Autorité de santé, 2011

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Dans un objectif de santé publique, le gouvernement a établi des recommandations de pratique. Elles ont été publiées par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en 2016 dans le rapport « Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité »²⁴ qui formule des recommandations sur la pratique d'activité physique bénéfique pour la santé. L'Anses propose des recommandations adaptées aux différents groupes de populations : enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, femmes enceintes, etc. L'objectif est ainsi de permettre l'adoption d'un mode de vie actif dès le plus jeune âge et ce, dans un environnement favorable. Ces recommandations constituent les références de base essentielles aux déclinaisons régionale, départementale et locale destinées aux acteurs mobilisés dans l'élaboration des politiques de lutte contre les MNT. Elles ont été également reprises et diffusées par Santé publique France²⁵.



Suite à l'évolution des données scientifiques et aux rapports récents de l'Anses et à l'avis du Haut conseil de santé publique (HCSP), la Direction Générale de la santé (DGS) a chargé Santé publique France de l'actualisation des recommandations relatives à l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité à diffuser auprès de la population adulte. Ces nouvelles recommandations²⁶ simples, pratiques et accessibles ont notamment pour objectif d'aider la population à adopter un mode de vie plus actif. Fondées sur une démarche scientifique, les recommandations encouragent les personnes à faire davantage d'activité physique, mais aussi à réduire le temps passé assis dans la journée. En effet, un individu peut à la fois être actif, c'est-à-dire faire du sport ou des activités physiques tel qu'il est recommandé, mais aussi être très sédentaire, c'est-à-dire passer beaucoup de temps assis et souvent de façon prolongée dans sa vie quotidienne.

Entre 2006 et 2015, en France, le niveau d'activité physique a diminué chez les femmes quel que soit leur âge. Il a augmenté chez les hommes de 40-54 ans et est resté stable dans les autres classes d'âge²⁷. La population française peine à atteindre les niveaux de recommandations d'activité physique.

²⁴ <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

²⁵ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Recommandations-relatives-a-l-alimentation-a-l-activite-physique-et-a-la-sedentarite-pour-les-adultes> (Consulté le 20/03/2019)

²⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/4993/37683/version/7/file/DP-Reco-Nutritionnelles-220119.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

²⁷ Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

L'évolution de l'inactivité physique et de la sédentarité, une préoccupation politique

L'accroissement des modes de vie sédentaires tend à priver une majorité d'individus d'une dépense physique minimale nécessaire à un maintien du corps en bonne santé. L'étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN) publiée en 2017 explicite d'ailleurs que « En France entre 2006 et 2015, près de 90 % des adultes (sans distinction entre hommes et femmes, ni en fonction du niveau de diplôme) déclaraient 3 heures ou plus d'activités sédentaires par jour et 41% plus de 7 heures »²⁸.

Le manque d'activité physique et l'augmentation du niveau de sédentarité des populations amènent à une préoccupation croissante des politiques à ce sujet. Cette problématique de santé publique conduit les gouvernements à apporter des réponses stratégiques et opérationnelles par le biais de documents politiques comme en témoignent les nombreuses stratégies politiques internationales élaborées au cours de ces dernières années telles que *Physical Activity Strategy 2016-2025* élaborée par le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe ou encore le *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030* de l'OMS. En France, le développement de l'AP-Santé est inscrit comme une priorité de santé publique au sein de nombreux plans et documents, généralistes ou thématiques comme par exemple la Stratégie Nationale de Santé²⁹. Les politiques mises en place au niveau national font l'objet de déclinaisons aux niveaux régional et local, (Projet Régional de Santé (PRS), ateliers santé ville, ...).

La « Santé dans toutes les politiques »

En 2000, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé a confirmé la nécessité de dépasser les limites sectorielles. En 2006, l'Union européenne a introduit le principe de *La santé dans toutes les politiques*, une stratégie visant des répercussions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques intersectorielles³⁰. Cette dynamique promeut l'action transversale et collective, l'un des piliers du mouvement de « Santé dans toutes les politiques » basé sur les travaux de Ståhl³¹. Ainsi, les différents textes et travaux intégrant le principe de gouvernance partagée ont contribué à renforcer peu à peu l'intérêt d'une démarche intersectorielle, tout particulièrement dans le secteur de la santé. Le Réseau français des Villes-Santé de l'OMS a largement participé à la mise en œuvre de ce principe sur le territoire en soutenant la coopération entre les villes et entre les intercommunalités ayant la volonté de mener des politiques favorables à la santé³².

²⁸ Ibid.

²⁹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf (Consulté le 23/03/2019)

³⁰ Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. Health in all policies. Prospects and potentials. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

³¹ Ibid.

³² <http://www.villes-sante.com/le-rfvs/mission-statuts/> (Consulté le 20/03/2019)

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Les déterminants de l'AP-Santé sont multisectoriels. Il est donc nécessaire d'agir sur différents leviers et contextes de pratique de l'activité physique de la vie quotidienne comme par exemple lors des déplacements, lors des activités professionnelles, durant les loisirs ou dans le cadre domestique. L'intégration de l'activité physique bénéfique pour la santé au sein de politiques sportives ou de santé n'est donc pas suffisante. La réflexion nécessite aussi d'être intégrée dans le cadre des autres politiques (urbanisme, emploi, transport, logement, etc.) car elles jouent un rôle essentiel dans la pratique d'une activité physique. C'est essentiellement à ce titre qu'une place plus importante pourra être donnée à l'activité physique dans les modes de vie, au quotidien et tout au long de la vie. Cela invite à repenser d'abord les temps de l'enfance et de la jeunesse, pierre angulaire de la construction sociale du goût et de la mise en place d'habitudes de vie pour les enfants et les jeunes, mais aussi les temps de la vie professionnelle. L'enjeu de la conciliation entre activités concurrentes est effectivement prédominant, ainsi que les temps de la retraite et de la perte d'autonomie³³.

L'élaboration de politiques AP-Santé intégrées à d'autres politiques et d'autres contextes est actuellement un principe appliqué au niveau national. Il nécessite d'être décliné au niveau local.

Le rôle primordial de l'échelon local pour l'AP-Santé

En France, les politiques nationales sont déclinées et adaptées au territoire, à différents échelons (régional, départemental, local, etc.). Les processus de décentralisation et de déconcentration permettent une action de proximité grâce à des transferts de compétences que le niveau national ne possède pas ou ne peut pas appliquer directement sur chaque territoire. L'action des pouvoirs publics locaux est, à ce titre, indispensable et complémentaire des politiques nationales. C'est aussi à l'échelon local que peuvent être adaptées de manière fine les politiques nationales aux besoins des populations et des territoires. Le rapport sur *l'activité physique et pratique sportive pour toutes et tous* de France Stratégie rappelle d'ailleurs que « Si l'approche par type de publics est indispensable pour être au plus près des besoins des usagers, la structuration d'une offre au niveau local ne peut passer que par une réflexion au niveau du territoire concerné, au plus près des besoins et des caractéristiques (en termes tant de public concerné que d'offre disponible) »³⁴. Leurs compétences en matière de transport, d'équipement sportif pour l'éducation physique et sportive, de promotion de la santé, d'aménagement du territoire font des villes et des intercommunalités des acteurs pertinents pour une action intersectorielle et concertée sur l'AP-Santé. Les politiques et initiatives menées par les Villes-Santé de l'OMS en témoignent³⁵.

³³ <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-activite-physique-sportive-22-11-2018-web.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

³⁴ *ibid.*

³⁵ http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_villes_sante_en_actions-1.pdf (Consulté le 20/03/2019)

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Les leviers de développement des politiques locales AP-Santé

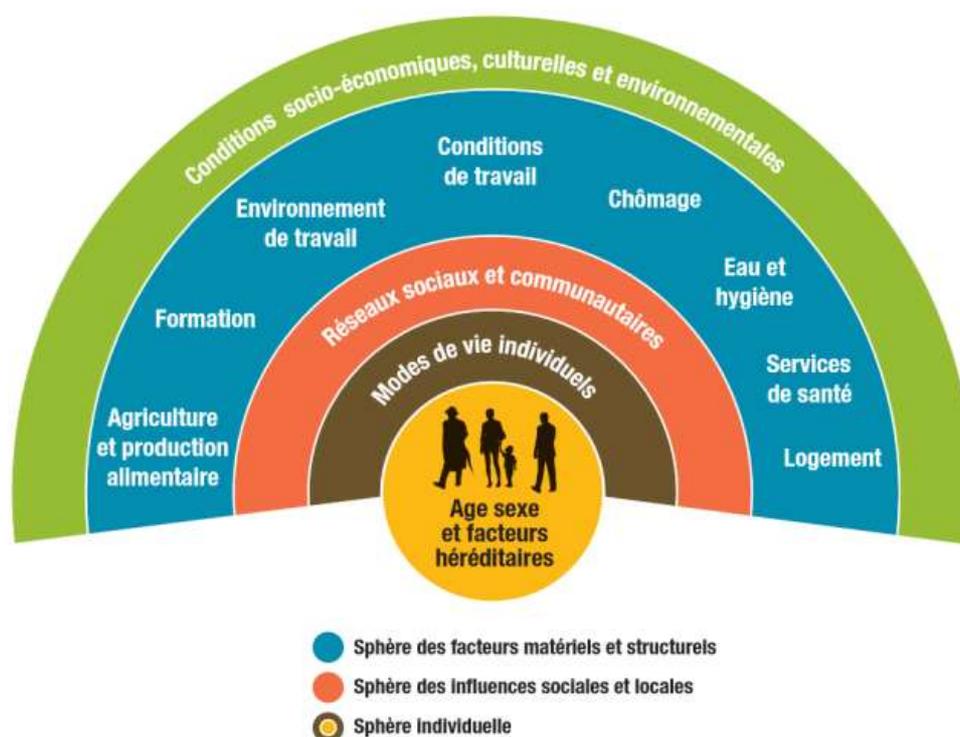


Figure 1 – Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead (1991) issu du guide « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils » ; Guide EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL A., LE GALL J., POTELON J-L., et CUZIN Y., 2014.³⁶

Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) présente les déterminants de la santé en 4 niveaux qui interagissent les uns avec les autres comme l'illustre la figure ci-dessus. Les politiques publiques se situent en particulier dans le quatrième niveau de la figure nommé « conditions socio-économiques, culturelles et environnementales » qui englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble.³⁷

³⁶ <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

³⁷ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp> (Consulté le 20/03/2019)

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Les collectivités territoriales et les intercommunalités sont des acteurs essentiels pour agir sur les conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales sur lesquelles l'individu seul n'a que très peu d'influence. Les liens entre environnement et santé représentent d'ailleurs pour elles un levier d'action primordial. En effet, c'est en agissant en transversalité, en mettant la santé dans toutes les politiques publiques, que les collectivités locales peuvent agir sur les déterminants de la santé, et atteindre toutes les populations, avec leurs différences. Le travail en partenariat et en transversalité avec différents secteurs permet d'agir sur le cadre de vie et d'améliorer la qualité de vie et la santé des individus³⁸.

Le modèle socio-écologique de Dahlgren et Whitehead a été adapté à l'activité physique par Booth en 2001. Il a effectivement développé un modèle des facteurs influençant la pratique de l'activité physique.

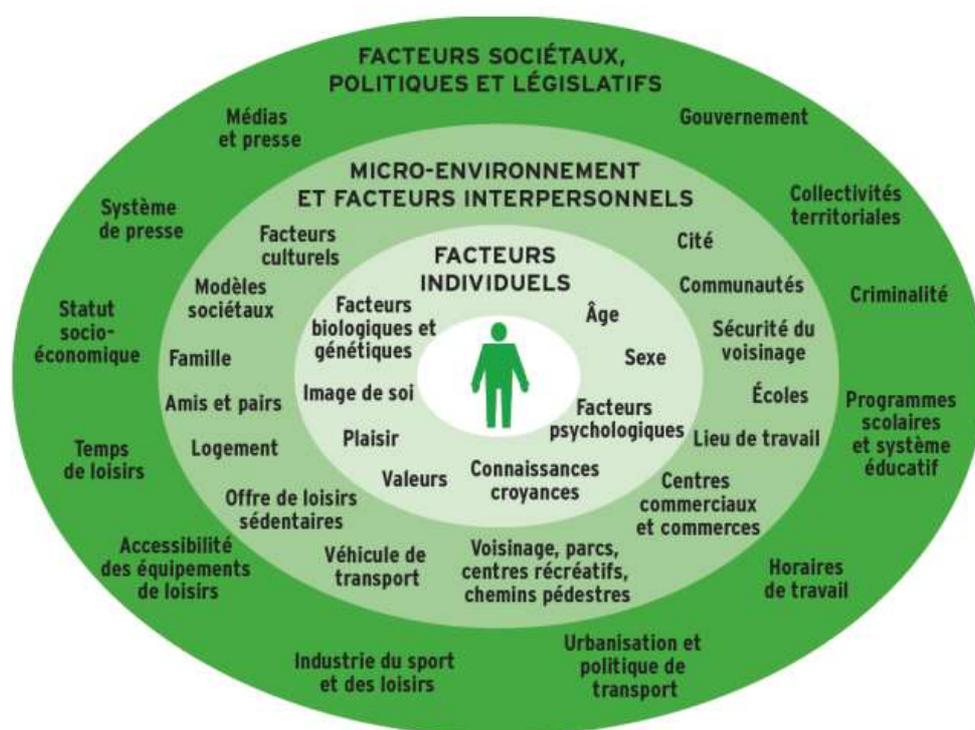


Figure 2 - Acteurs qui influencent la pratique de l'activité physique, d'après Booth issu de l'ouvrage : Rostan F., Simon C., Ulmer Z. dir. Promouvoir l'activité physique des jeunes. Élaborer et développer un projet de type Icaps. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2011 : 188 pages.³⁹

³⁸ http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf (Consulté le 20/03/2019)

³⁹ <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1347.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

Pourquoi développer des politiques AP-Santé ?

Tout comme le modèle socio-écologique de la santé, le modèle de Booth nécessite de prendre en considération le contexte social, culturel, physique et organisationnel, sur lequel l'individu a très peu d'influence. L'Etat, comme les collectivités territoriales, sont donc des acteurs qui influencent la pratique de l'activité physique.

Au plan local, il s'agira surtout de favoriser une structuration de l'offre d'activité physique au niveau territorial le plus pertinent. Pour cela, plusieurs pistes peuvent être envisageables, en valorisant notamment l'aspect intersectoriel : « Favoriser des programmes se caractérisant par une période suffisamment longue de déploiement et de suivi (plusieurs années), par une approche transversale et multi-partenariale et par une méthodologie facilement appropriable, peut s'avérer pertinent pour les relations de travail concrètes qu'ils permettent de développer entre services distincts.⁴⁰»

⁴⁰ <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-rapport-activite-physique-sportive-22-11-2018-web.pdf>
(Consulté le 20/03/2019)

Le CAPLA-Santé, pour quoi et pour qui ?

Le CAPLA-Santé, comment a-t-il été construit ?

Le CAPLA-Santé est issu d'une adaptation de l'outil d'analyse des politiques publiques d'activité physique bénéfique pour la santé (HEPA PAT) élaboré par le réseau l'OMS Europe. Dans cette optique, la Société Française de Santé Publique a mené avec l'Université Côte d'Azur, depuis le mois de septembre 2017, un processus d'adaptation de l'outil HEPA PAT pour l'échelon local avec un groupe d'experts.

Le CAPLA-Santé a fait l'objet de 5 séminaires d'adaptation de l'outil HEPA PAT France au niveau local de septembre 2017 à juillet 2018. L'objectif était d'aboutir à la construction d'une version test, de tester l'outil avec plusieurs collectivités territoriales et de finaliser le CAPLA-Santé. Ces séminaires ont réuni des experts issus de ministères, d'universités, de sociétés savantes et du mouvement sportif. Les membres de ce groupe ont également contribué à l'écriture et à la relecture des différents documents.

Le CAPLA-Santé, quels objectifs ?

- Faciliter l'identification des politiques AP-Santé au niveau infranational (local, départemental, régional).
- Etre un outil d'aide à la décision et un support de plaidoyer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques AP-Santé.
- Instaurer ou conforter une dynamique d'action collective en élargissant le dialogue sur la question de l'AP-Santé.
- Servir de catalyseur pour améliorer les collaborations dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques locales.
- Questionner les différents niveaux infranationaux (local, départemental, régional) pour que les acteurs locaux puissent identifier les politiques importantes et acteurs clés du territoire.

Le CAPLA-Santé, pour quoi et pour qui ?

Le CAPLA-Santé, à qui est-il destiné ?

ACTEURS
LOCAUX

Elus locaux

Agents des
collectivités
territoriales et des
intercommunalités

Chefs de projet
d'associations (IREPS,
CROS), de mutuelles,
d'universités, etc.

Réseaux de
santé, réseaux
sport-santé
bien-être, etc.

Le CAPLA-Santé, dans quel cadre l'utiliser ?

- ➔ Dans le cadre d'un état des lieux des politiques locales AP-Santé élaboré sur un territoire.
- ➔ Dans le cadre de l'analyse d'une politique locale d'activité physique afin de contribuer à la définir, la renforcer, la réorienter.
- ➔ Dans le cadre d'un diagnostic territorial de santé préalable à la création ou au renouvellement d'un contrat local de santé, d'un atelier santé ville, etc. Le CAPLA-Santé permet d'approfondir l'axe *développement de l'AP-Santé, lutte contre la sédentarité, ...* Il peut constituer un outil pertinent de diagnostic, compte tenu du fait que de nombreux programmes locaux de santé intègrent la promotion de l'AP-Santé comme un axe spécifique ou comme un objectif transversal à poursuivre dans le cadre de la lutte contre les MNT (prévention de l'obésité, prévention des cancers, prévention des maladies cardiovasculaires, maintien de l'autonomie des personnes âgées, préservation de la qualité de vie et de l'environnement, ...).
- ➔ Dans le cadre de l'observation et de l'analyse des politiques locales AP-Santé en France. Il permet de faire une analyse transversale de ces politiques en regroupant les données issues de plusieurs territoires afin de dégager des éléments susceptibles d'aider à la construction et à la mise en œuvre d'une politique locale.

Le CAPLA-Santé, pour quoi et pour qui ?

Quelles données sont collectées dans l'outil d'analyse ?

Afin de dresser une vue d'ensemble des politiques AP-Santé déployées sur un territoire et d'apprécier les mécanismes de collaboration et de coordination intersectoriels présents, l'**outil d'analyse (02.outil_analyse)** fourni dans le CAPLA-Santé permet de collecter des données locales concernant 6 chapitres :

<p>CHAPITRE 1</p> <p>Vue d'ensemble des acteurs de l'AP-Santé sur le territoire</p> <p>Questions 1 à 5</p>	<p>CHAPITRE 2</p> <p>Documents de cadrage</p> <p>Questions 6 à 8</p>	<p>CHAPITRE 3</p> <p>Contenu des politiques</p> <p>Questions 9 à 14</p>
<p>CHAPITRE 4</p> <p>Financements et engagement politique</p> <p>Question 15</p>	<p>CHAPITRE 5</p> <p>Etudes et mesures relatives à l'AP sur le territoire</p> <p>Questions 16 à 18</p>	<p>CHAPITRE 6</p> <p>Progrès réalisés et défis à relever</p> <p>Questions 19 à 21.C</p>

A quoi servent les autres documents ?

- **La grille d'entretien (03.grille_entretien)** a pour objectif de guider l'utilisateur du CAPLA-Santé dans la passation d'entretiens individuels permettant de réunir l'ensemble des informations nécessaires au remplissage de l'outil d'analyse. L'objectif de la grille est de faciliter la prise en main d'un entretien semi-directif et de permettre à l'interviewé de s'exprimer plus aisément sur le sujet de l'AP-Santé.
- **Le récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)** propose une liste des principaux documents de cadrage AP-Santé (obligatoires ou facultatifs) développés au niveau régional, départemental ou local qui permettent de guider l'étape de recherche documentaire.

Le CAPLA-Santé, pour quoi et pour qui ?

- **Le récapitulatif des sources de financements (05.financements)** recense les sources de financement des politiques infra-nationales permettant le développement de l'activité physique. Il peut être utilisé en complément de la grille d'entretien afin d'orienter les relances des questions.

- **Le récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)** recense les principales sources de données, enquêtes et études relative à l'activité physique au niveau infra-national. Il peut également être utilisé en complément de la grille d'entretien afin d'orienter les relances.

- **La synthèse (07.synthese)** a pour but d'identifier rapidement les acteurs et les leviers à utiliser ou à renforcer pour améliorer les politiques AP-Santé. Elle peut également servir de support de plaidoyer ou de communication en interne ou auprès des autres institutions, des structures locales et des citoyens.

- **La synthèse fictive (08.synthese_fictive)** est un exemple de synthèse d'une commune fictive et peut être utilisée comme modèle lors du remplissage de la synthèse.

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

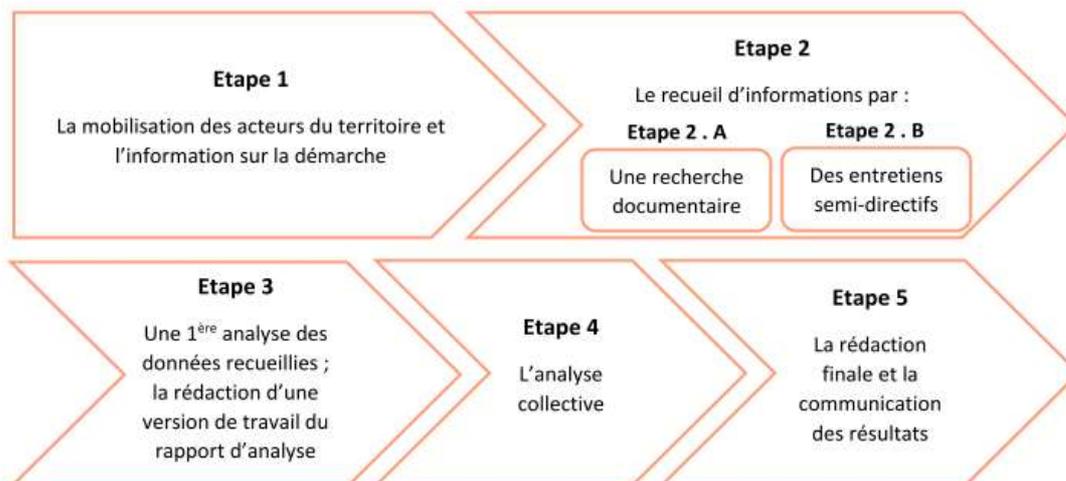
Se poser les bonnes questions ...

Compte-tenu des moyens mobilisés et de la nature de l'outil, mieux vaut être sûr de la pertinence du choix de cet outil avant de s'engager dans une démarche d'utilisation du CAPLA-Santé. Ces quelques questions peuvent vous y aider :

- Existe-t-il une commande explicite d'un élu, d'une structure/institution, d'un groupe de pilotage de réaliser un état de lieux de la politique AP-santé sur votre territoire ?
- Cette commande s'inscrit-elle dans une volonté de s'engager dans l'élaboration/le réajustement d'une politique AP-santé sur le territoire ?
- L'existence d'une synthèse/d'un état des lieux de la politique AP-santé vous paraît-elle un levier efficace pour contribuer à mobiliser les acteurs du territoire ?
- Le CAPLA-Santé apportera-t-il des informations nouvelles susceptibles d'éclairer la décision et l'action ?

Les réponses sont différentes selon les territoires et conduisent de ce fait à des utilisations distinctes du CAPLA-Santé. Il peut s'agir d'un outil de plaidoyer, d'un support de communication, d'une base d'orientation pour le développement de l'AP-Santé, d'un levier de mobilisation et de collaboration des acteurs du territoire, etc.

La méthode



Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

La méthode du CAPLA-Santé comprend les étapes de recherche documentaire, d'entretiens semi-directifs, d'analyse des données et de traitement collectif avant la rédaction finale telle que présentée ci-dessus. Cela nécessite de prévoir les ressources nécessaires (à la fois en temps et en compétences). Lors de l'expérimentation, le chef de projet a eu besoin, en moyenne, de 20 journées de travail pour mener le CAPLA-Santé d'un territoire. Ces 20 journées se répartissent sur plusieurs mois. Il est conseillé de ne pas dépasser 12 mois de projet, pour s'assurer de la validité des politiques. L'application de la méthode du CAPLA-Santé peut incomber à une seule personne ou être répartie entre plusieurs personnes en fonction du temps disponible et des compétences.

ALTERNATIVE

Si le porteur du CAPLA-Santé ne peut y consacrer le temps et les moyens nécessaires, un niveau de remplissage moins complet et précis peut être envisagé.

Le porteur mobilise l'ensemble des acteurs liés à l'AP-Santé sur le territoire et organise un **recueil d'information collectif de l'outil en plusieurs séminaires**. Les étapes 2 (recueil d'informations) et 3 (analyse des données) sont supprimées. Il est néanmoins primordial de prévoir plusieurs temps de travail collectif afin de permettre à la fois le recueil d'informations le plus complet possible et à la fois l'analyse partagée des politiques locales AP-Santé, temps essentiel à la construction et au développement d'une collaboration intersectorielle.

Cette méthode alternative ne sera pas développée dans le guide d'accompagnement. Dans l'hypothèse où cette démarche est envisagée, le porteur du CAPLA-Santé mène les différents séminaires comme il l'entend. L'objectif étant de s'approcher de la démarche complète de remplissage.

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Etape 1 : La mobilisation des acteurs du territoire et l'information sur la démarche



Identifier une personne référente sur le territoire dont la mission sera :

- de faire le lien avec les acteurs y compris les élus pour présenter la démarche,
- de faire le lien avec le chef de projet pour l'organisation logistique,
- d'identifier les acteurs clés pour les entretiens semi-directifs,
- d'identifier les acteurs à inviter dans le cadre de la réunion d'analyse collective.

Le critère de choix principal de la personne référente est une bonne connaissance du territoire et de ses ressources et une implication dans la politique AP-Santé. Cette personne est un technicien.ne, chargé.e de mission/chef de service, élu.e des domaines santé ou sport ou environnement/mobilité/transports, ou d'un autre domaine dès lors qu'elle remplit les critères ci-dessus.

Identifier les personnes ressources pour les entretiens

La phase d'entretiens **comporte trois entretiens minimum**. Les domaines à privilégier pour ces entretiens sont la santé, le sport et la mobilité/environnement/transports. L'idéal est de rencontrer lors de ces entretiens l'élu et le technicien pour bénéficier des points de vue à la fois techniques et politiques. Le nombre d'entretiens peut bien entendu être plus important ; plus le nombre d'interlocuteurs et de domaines sera varié plus l'état des lieux sera riche.

Propositions de ressources supplémentaires

L'utilisation du CAPLA-Santé peut incomber à une seule personne ou être répartie entre plusieurs personnes et structures en fonction de leur temps disponible et de leurs compétences.

Certaines étapes peuvent plus facilement être déléguées ou travaillées par plusieurs personnes et structures sous la coordination du porteur du CAPLA-Santé. Il s'agit notamment de la recherche documentaire, la réalisation des entretiens individuels, la préparation et la co-animation des séances collectives ou la réalisation de la synthèse. Le porteur du CAPLA-Santé devra veiller en particulier à la cohérence d'ensemble, à l'appropriation par les intervenants de la notion d'AP-Santé et au travail intersectoriel.

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Etape 2 : Le recueil d'informations



A . La recherche documentaire

La recherche documentaire a pour objectif de répondre à la question 6 du chapitre 2 de l'outil d'analyse portant sur les documents de cadrage qui impactent le territoire, qu'ils émanent d'institutions régionales, départementales ou locales. Il s'agit d'identifier les documents politiques, stratégies, plans, schémas, délibérations relatives à la politique AP-Santé. Sont concernés tous les textes exclusivement consacrés au développement d'une politique AP-Santé mais aussi les textes incluant un axe ou des objectifs AP-Santé dans le cadre, par exemple, d'une politique de transports, environnementale, éducative, politique de la ville.

Afin d'améliorer la compréhension des documents de cadrage, une lecture des principales politiques nationales peut également être réalisée. Pour cela, il est conseillé de se référer à la synthèse des résultats HEPA-PAT France⁴¹ ainsi qu'aux autres documents-clés nationaux disponibles page 33-34 du guide.

PRÉCONISATIONS

La collecte d'informations est facilitée en cherchant d'abord les documents politiques qui impactent votre territoire au niveau régional, puis au niveau départemental, puis au niveau local.

POINT DE VIGILANCE

Les politiques de transports, environnementales n'intègrent que très rarement explicitement l'AP-Santé sous ce terme. Elles mentionnent le développement de modes doux, déplacements actifs, pistes cyclables, etc. Mais l'objectif affiché n'est pas explicitement un objectif de santé. Elles sont tout de même à intégrer au rapport d'analyse dans la mesure où elles contribuent à une politique AP-Santé en étant un déterminant à celle-ci.

⁴¹ <https://www.sfsp.fr/content-page/165-les-projets-de-la-sfsp/2190-hepa-pat-health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat> (Consulté le 27/03/2019)

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Sont intégrés à la recherche documentaire des supports (articles, rapports, vidéos, ...) qui témoignent d'une volonté politique de développement de l'AP-Santé sur le territoire : par exemple un article du journal municipal qui mentionnerait l'implication de la commune dans le développement de pistes cyclables, dans la promotion des associations AP-Santé, un cahier des charges/appel à projet mentionnant explicitement un objectif de développement de l'AP-Santé sur un territoire, etc. Ce type de publication peut-être identifié au cours de la recherche documentaire mais il est le plus souvent mentionné dans le cadre des entretiens avec les acteurs du territoire.

EXEMPLE DE MOTS CLÉS POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Activité physique, sport, mobilité active, jeux actifs, aires récréatives, aire de jeux, mobilités douces, transport actif, mobilité active, vélo, marche, parcs et jardins, équipement sportif, environnement, santé, politique de santé, etc.

Afin de guider la recherche documentaire, une liste des principaux documents de cadrage (obligatoires ou facultatifs) développés généralement aux niveaux régional, départemental ou local sont récapitulés dans un tableau des documents de cadrage. Cette liste est disponible en consultant le tableau récapitulatif des documents de cadrage AP-Santé « 04.documents_cadrage ».

Les résultats de la recherche documentaire pour la question 6 seront complétés dans le cadre des entretiens et de l'analyse collective.

B . Les entretiens semi-directifs avec quelques personnes ressources du territoire

La grille d'entretien porte sur l'ensemble des questions de l'outil d'analyse. La durée des entretiens est très variable. Ils durent la plupart du temps entre une heure et une heure trente.

Les entretiens sont menés à l'aide de la grille consultable « 03.grille_entretien » et sont enregistrés. Cette grille suit les rubriques de l'outil d'analyse mais permet de recueillir des informations les plus détaillées possibles ; elle propose notamment des questions de relance pour préciser les propos des acteurs rencontrés.

La spécificité d'une grille d'entretien est qu'elle permet notamment de valider, au cours de la rencontre, le fait que les acteurs donnent bien toutes les informations nécessaires au remplissage des différentes rubriques de l'outil d'analyse. Les acteurs de terrain déroulent souvent un discours assez riche à partir d'une question initiale : ils font rapidement référence par exemple, à leur expérience, aux actions menées et à leur contenu. La grille d'entretien n'est donc pas un questionnaire à suivre scrupuleusement dans l'ordre des questions⁴².

⁴² Pour en savoir plus : <http://www.anthropomada.com/bibliotheque/sardan.pdf> (Consulté le 20/03/2019)

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

ALTERNATIVE

Si votre interlocuteur a peu de temps à vous consacrer, il est conseillé d'aborder en priorité les questions qui ne sont pas grisées. En effet, les questions grisées n'ont de sens que si elles sont discutées et validées lors de l'étape d'analyse collective (Etape 4).

Les questions grisées sont les questions 3, 4, 7, 17, 19, 20, 21, 21b, 21c.

Deux autres tableaux sont également disponibles en consultant les documents « 05.financements » et « 06.sources_donnees » et concernent les sources de financements ainsi que les sources de données, études et enquêtes relatives à l'AP. Ces deux tableaux peuvent être utilisés en complément de la grille d'entretien afin d'orienter les relances des questions :

Question 14 de la grille d'entretien : Quels financements connaissez-vous pour mettre en œuvre la politique AP-Santé du territoire ? (correspond à la question 15 de l'outil d'analyse)

Question 8 de la grille d'entretien : Lors de la phase d'élaboration des politiques AP-Santé de votre territoire, disposez-vous d'études réalisées sur votre territoire qui portent sur le niveau de pratique de l'activité physique ou qui mesurent la sédentarité ? (correspond à la question 16 de l'outil d'analyse)

Question 9 de la grille d'entretien : Y a-t-il eu des études sur les coûts et gains associés à l'activité physique sur le territoire ? (correspond à la question 18 de l'outil d'analyse)

L'analyse des données

Les entretiens enregistrés font l'objet d'une transcription intégrale. Il est nécessaire de transcrire les questions et les réponses. Comme toute analyse de discours, l'analyse des données doit être plus que la somme des propos des acteurs mis bout à bout. Elle doit permettre de bien faire apparaître les enjeux de la politique AP-Santé sur le territoire et particulièrement les modalités de collaboration, la nature des actions mise en œuvre, etc. C'est le croisement de différentes questions qui apporte une vision fine de la politique AP-Santé.

PRÉCONISATIONS

Si l'étape de transcription semble infaisable car le porteur ne dispose pas du temps, ni des moyens humains nécessaires, il est conseillé de limiter cette étape à l'écoute des enregistrements et à la retranscription directe des résultats sous forme de notes dans le questionnaire.

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Comment traiter les données ?

Une fois les entretiens transcrits, il est conseillé d'en faire une copie pour conserver un exemplaire de chaque entretien dans son intégralité.

Deux méthodes sont possibles pour traiter les données :

1. Soit il s'agit de prendre la grille d'entretien dans l'ordre et rechercher, dans le premier entretien, les réponses correspondantes à la question (dans l'ensemble de l'entretien). La caractéristique de l'entretien semi-directif est qu'une partie ou des compléments de réponses aux questions peuvent s'être glissés n'importe où dans l'entretien. Dans ce cas, il est conseillé de **couper** la partie correspondante du discours et de la **coller** dans la rubrique dédiée de l'outil d'analyse. L'objectif étant de faire la même chose pour chaque question et pour chaque entretien.
2. Soit il est conseillé de lire le premier entretien et de suivre le discours pour couper et coller le texte transcrit dans la partie correspondante de l'outil d'analyse et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'entretien, et ce, jusqu'à ce que tout le texte ou presque soit coupé et intégré à l'outil d'analyse. Il convient de renouveler la même opération avec chaque entretien.

POINT DE VIGILANCE

Une réponse peut apporter des informations en lien avec plusieurs questions de la grille et peut s'intégrer dans plusieurs rubriques.

3. Une fois le travail de "découpage" réalisé, l'ensemble des réponses des entretiens sont mises bout à bout dans la rubrique correspondante de l'outil d'analyse. Il s'agit d'en rédiger une synthèse pour ne pas laisser de texte brut ou de répétitions, etc. Un texte spécifique est alors rédigé pour chaque question de l'outil qui fait la synthèse des réponses des acteurs.

POINT DE VIGILANCE

Les réponses ne sont pas toujours consensuelles. Dans ce cas, il faut faire apparaître les différences et les mettre en avant. Ces points seront particulièrement importants à discuter et à comprendre dans le cadre de l'analyse collective. Ils peuvent pointer des problématiques à travailler sur le territoire, sans pour autant nécessiter l'obtention d'un consensus.

POINT DE VIGILANCE

Il est important de compléter le chapitre 2, **Documents de cadrage**, avec les éléments apportés dans le cadre des entretiens.

Une vigilance particulière devra être apportée aux documents non disponibles en ligne ou n'apparaissant pas à l'aide des mots clés : par exemple des cahiers des charges envoyés aux structures associatives dans le cadre d'appels à projets, des études non diffusées, etc.

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

EXEMPLE DE TRAITEMENT DES DONNÉES COLLECTÉES LORS D'UN ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

LA QUESTION DE L'OUTIL D'ANALYSE

Q7. Les politiques recensées apparaissent-elles complémentaires, ou de manière articulée ? Ou au contraire, diriez-vous que ces politiques sont définies et mises en œuvre de façon plutôt cloisonnées ? *Précisez pourquoi.*

LES RÉPONSES DES INTERLOCUTEURS

Entretien 1. « Je pense encore une fois, je vais un petit peu me répéter mais je reste convaincu qu'il y a des choses qui se mettent en place mais de manière émiettée, voilà, ça ne fait pas l'objet si vous voulez d'un plan, d'un contrat.

Le plus souvent ça émerge davantage de l'administration que du politique. Ce n'est pas le politique qui va se lever un matin et qui va se dire on va mettre en place des ateliers. On n'est pas dans une vision globale construite on est sur quelque chose, un empilement de ... »

Entretien 2. « Ce qu'on pourrait « critiquer » c'est de ne pas avoir assez de liens entre les différentes politiques. Mais on n'a pas de stratégies coordonnées avec les acteurs de la politique de la ville. Quand on parle de problématiques d'autonomie, c'est des personnes qui vont être en danger, sur les risques de perte d'autonomie peut-être beaucoup plus tôt que les populations que l'on côtoie habituellement aujourd'hui, donc c'est des vrais problèmes de santé publique pour le coup, pour lesquels il faut vraiment qu'on, donc c'est pour ça qu'on ne peut pas avoir une vision uniquement sectorisée et que c'est extrêmement important d'avoir, voilà partagé ensemble on va dire, des stratégies globales pour progressivement modifier peut-être des comportements et apporter des réponses concrètes par rapport à des problématiques qui sont bien identifiées.

Et donc si on se rapproche de mes collègues qui sont plus sur l'aspect santé, etc. ou insertion, d'autres sur l'environnement, la promotion des territoires, l'aménagement des territoires, etc. on arrive quand même à trouver, une forme de cohérence. Il faut à tout prix qu'on arrive, et ce travail en interne il faut continuer à le faire évoluer si on veut être plus performant. Mais voilà ça existe oui oui. »

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Entretien 3. « La ville de xxx travaille actuellement sur un schéma de pistes cyclables. Qui est parallèle au travail que nous on mène sur le développement des déplacements doux. C'est-à-dire que nous on a plutôt une approche pratique du déplacement doux, les services techniques de la collectivité eux ont plutôt une approche mise en place des infrastructures nécessaires aux déplacements.

Donc c'est un travail de concertation entre la mise en place de vos fiches actions et le développement et l'aménagement d'infrastructures spécifiques ?

C'est ce qu'on souhaite. Après la réalité est, enfin tout est compliqué, mais c'est l'objectif qu'on s'est fixé effectivement.

On essaie d'être cohérent, on essaie d'être transversaux quand on porte une action. Mais même si on reste une petite ville où tout le monde se connaît, une petite collectivité où tous les agents se connaissent c'est quand même compliqué quand on met en place une action de penser à tous les volets que ça peut concerner sur xxxx. »

EXEMPLE DE TRAITEMENT DES TRANSCRIPTIONS

Au niveau départemental, il existe une volonté de ne plus sectoriser les politiques mais d'élaborer des politiques de manière transversale. Le département souhaite mener des politiques cohérentes, pas spécifiquement sur le sujet de l'AP-Santé. Actuellement, la démarche est initiée.

Au niveau de la commune, des politiques complémentaires sont menées mais sans concertation lors de l'élaboration des dites politiques. La volonté est également de travailler de manière concertée et coordonnée pour élaborer des politiques plus efficaces en lien avec l'AP-Santé. Démarche de transversalité et de collaboration intersectorielle engagée par la commune de xxxx dans l'élaboration et la mise en œuvre d'actions mais la démarche ne peut pour l'instant se limiter qu'à quelques secteurs impactés ou impactant l'action.

Les politiques du niveau départemental et régional n'impactent pas ou très peu le niveau local. Le fait que les initiatives existantes, à tout échelon, ne soient pas coordonnées mène à une confusion sur les outils et les capacités d'accompagnement qui peuvent exister sur le territoire.

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Etape 3 : La 1^{ère} analyse des données recueillies

La rédaction d'une version de travail du rapport d'analyse



La première version du rapport d'analyse issue de la recherche documentaire et de l'analyse des entretiens constitue une base de travail pour l'analyse collective. Elle peut comporter des informations qui apparaissent comme contradictoires.

Le document sera envoyé une semaine avant l'analyse collective de manière à ce que toutes les parties prenantes puissent en prendre connaissance et l'amender.

Une première version de la synthèse est rédigée et fera elle aussi l'objet d'une validation. L'intérêt du document de synthèse est qu'il peut être diffusé auprès des acteurs du territoire, auprès de la population (via le site internet de la commune ou des sites des acteurs du territoire, etc.). Il permettra notamment aux personnes assistant à l'analyse collective de pouvoir connaître les informations principales si elles ne peuvent pas lire le rapport d'analyse.

Afin de faciliter l'écriture de la première version de la question 19 de l'outil d'analyse, voici quelques indications particulières pour le remplissage de la flèche :

Exemple de remplissage de la flèche



Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Etape 4 : L'analyse collective



Elle rassemble la personne ressource du territoire, les personnes ayant participé aux entretiens et des personnes identifiées avec le référent qui peuvent apporter un éclairage nouveau et jouer un rôle dans la suite du projet : élus, chefs de service, représentant de la délégation territoriale de l'Agence Régionale de Santé (ARS), représentants d'associations, etc.

L'analyse collective a plusieurs objectifs :

- Donner à voir la démarche sur le territoire.
- Compléter et amender les résultats obtenus suite aux entretiens semi-directifs.
- Permettre de discuter des questions grisées afin d'obtenir - ou non - un consensus.
- Mener un plaidoyer auprès des acteurs du territoire pour poursuivre la réflexion sur l'élaboration d'une politique AP-Santé.
- Amorcer une dynamique sur le territoire pour l'élaboration ou le renforcement d'une politique AP-Santé.

L'analyse collective doit permettre de valider et de compléter l'ensemble des réponses recueillies pendant les entretiens individuels. Ainsi, il est nécessaire que l'ensemble des résultats soient présentés aux participants. Si le temps est limité, il est conseillé de centrer la discussion sur les questions dont les réponses peuvent être contradictoires et sur les questions grisées de l'outil d'analyse.

Les questions grisées sont les questions 3, 4, 7, 17, 19, 20, 21, 21b, 21c.

Remarque : la présence au cours de l'analyse collective d'un intervenant extérieur, maîtrisant la politique AP-Santé, pour animer ou prendre part au débat peut être intéressante : n'étant pas un acteur partie prenante du territoire, cet interlocuteur peut plus facilement faire émerger les différentes opinions, synthétiser, relancer pour faire préciser les divers points de vue.

Le CAPLA-Santé, comment l'utiliser ?

Il peut également intervenir pour apporter une analyse, des recommandations, des explications et permettre ainsi d'amorcer, avec les acteurs du territoire, un plan d'action à court, moyen ou long termes, dans la suite de la démarche CAPLA-Santé. Pour plus d'informations, se référer à la partie « propositions de ressources supplémentaires » page 23 du guide d'accompagnement.

Etape 5 : La rédaction finale et la communication des résultats



Le rapport d'analyse et la synthèse sont modifiés en fonction de la production de l'analyse collective. Les deux documents sont ensuite diffusés à tous les participants de la démarche CAPLA-Santé. La synthèse peut être utilisée pour une diffusion plus large à d'autres acteurs. Son intérêt est qu'elle permet de rendre visibles, pour d'autres territoires, les initiatives, politiques, démarches enclenchées. La diffusion des deux documents permet d'une part de mettre à l'agenda la question de l'AP-Santé, d'amorcer ou d'approfondir la réflexion, et d'autre part de rendre visibles et de valoriser la démarche et les acteurs impliqués.

Pour mieux comprendre ...

Documents-clés

Mondial

Global Action Plan on Physical Activity (GAPPA) 2018-2030 de l'OMS*

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

Dernière consultation le 20/03/2019

Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité et la santé

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43036/9242592226_fre.pdf?sequence=1

Dernière consultation le 20/03/2019

*Au 20/03/2019, la traduction française du document est en cours et sera prochainement disponible sur le site internet de l'OMS : <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/global-action-plan-2018-2030/en/>

Européen

Physical Activity Strategy for the WHO European Region 2016-2025

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/282961/65wd09e_PhysicalActivityStrategy_150474.pdf

Dernière consultation le 20/03/2019

National

Plan Vélo

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/09/dossier_de_presse_-_plan_velo_-_vendredi_14_septembre_2018.pdf

Dernière consultation le 20/03/2019

Recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité pour les adultes (Santé publique France)

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/4993/37683/version/7/file/DP-Reco-Nutritionnelles-220119.pdf>

Dernière consultation le 20/03/2019

Pour mieux comprendre ...

Rapport Anses « Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et la sédentarité »

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>

Dernière consultation le 20/03/2019

Etude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016-Chapitre-Activite-physique-et-sedentarite>

Dernière consultation le 20/03/2019

Plan d'Actions pour les Mobilités Actives (PAMA)

<https://www.cerema.fr/fr/centre-ressources/boutique/plan-actions-mobilites-actives-pama>

Dernière consultation le 20/03/2019

Plan National Sport Santé Bien-Etre (PNSSBE)

<http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre/article/Plan-national-sport-sante-et-bien-etre>

Dernière consultation le 20/03/2019

Résultats HEPA PAT France (rapport et synthèse)

<https://www.sfsp.fr/content-page/165-les-projets-de-la-sfsp/2190-hepa-pat-health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool-pat>

Dernière consultation le 27/03/2019

Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024

<https://pole-sante.creps-vichy.sports.gouv.fr/wp-content/uploads/2019/03/Strat%C3%A9gie-Nationale-Sport-Sant%C3%A9--4-pages.pdf>

Dernière consultation le 01/04/2019

Local

Guides du Réseau des Villes-Santé de l'OMS

La nutrition à l'échelle de la ville : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_nutrition_echelle_ville-1.pdf

Mobilités actives au quotidien : http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/guide_methodo_mobilites_actives-1.pdf

Dernière consultation le 20/03/2019

Guide des villes actives du PNNS

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pnns_ville_new.pdf

Dernière consultation le 27/03/2019

Remerciements

Le CAPLA-Santé a été réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur, sous la coordination d'Anne Vuillemin et de Flore Lecomte. Il a été élaboré par une équipe projet composée de Amandine Baron, Flore Lecomte, Anne Vuillemin, Antoine Noël Racine, Aurélie Van Hoyer et Marina Honta.



Le CAPLA-Santé a été testé et adapté par Antoine Noël Racine dans le cadre d'une thèse financée par une bourse « emplois jeunes doctorant » de la région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur et cofinancée par l'association Azur Sport Santé et Amandine Baron dans le cadre de son stage de Master 2 Proj&Ter « Conduite de projet et développement du territoire ».

Le guide d'accompagnement a été rédigé par Amandine Baron, Flore Lecomte et Anne Vuillemin avec le concours de Sylvie Banoun, Pascale Duché, Marina Honta, Anne Laurent et Simona Tausan.

Le CAPLA-Santé a été élaboré avec l'appui d'un groupe d'experts composé de : Sylvie Banoun - Coordination Interministérielle pour le Développement de la marche et de l'Usage du Vélo ; Xavier Bigard - Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ; Clémence Bré - Commissariat Général à l'Égalité des Territoires ; Alain Calmat et Benoît Chanal - Comité National Olympique et Sportif Français ; Isabelle Dalimier – Université de Liège ; Pascale Duché – Université de Clermont-Ferrand ; Martine Duclos - Ministère des Sports ; Alain Ferrero – Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale de la région Provence Alpes Côte d'Azur ; Florence Rostan - Santé publique France ; Daniel Rivière – Société Française de Médecine de l'Exercice et du Sport ; Sylvie Schwaller – Ville de Strasbourg représentant le réseau français des Villes-Santé de l'OMS ; Simona Tausan - Direction Générale de la Santé.

Tous nos remerciements aux territoires qui ont accepté d'expérimenter la démarche : la Communauté d'Agglomération Portes de France-Thionville, la commune de Strasbourg, la commune de Bar-le-Duc, la commune de Carros, la commune de Nice, le département des Alpes-Maritimes et la région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Et merci aux membres du groupe de travail « Approches stratégiques de la promotion de l'activité physique » (Policy-approaches to physical activity promotion) du réseau HEPA Europe de l'OMS pour le partage d'expériences et les échanges.

Le CAPLA-Santé a été réalisé avec le soutien de :

- La Direction Générale de la Santé,
- Santé publique France,
- L'Université Côte d'Azur (Projet Renforcement de la capacité des territoires à promouvoir une activité physique bénéfique pour la santé - REACTIVES),
- Une bourse « emplois jeunes doctorant » de la région Sud - Provence-Alpes-Côte d'Azur et cofinancée par l'association Azur Sport Santé,
- L'Université de Lorraine.

Graphisme réalisé par Amandine Baron (L'éprouvette)

ANNEXE 3 :
Guide d'entretien du CAPLA-Santé

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

Proposition de grille d'entretien du CAPLA-Santé

Réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur à partir de la version 2 de l'OMS Europe, de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016 et à partir des travaux d'un groupe d'experts composé de chercheurs en Activité Physique-Santé, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités territoriales. Il a été finalisé à partir d'une expérimentation menée sur 7 territoires des régions Sud-PACA et Grand Est.



CAPLA-Santé

Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) se décline en plusieurs documents :

- Un guide d'accompagnement à consulter (01.guide_accompagnement)
- Un outil d'analyse au format Word à compléter (02.outil_analyse)
- **Une grille d'entretien à consulter (03.grille_entretien)**
- Un récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)
- Un récapitulatif des sources de financements (05.financements)
- Un récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)
- Une synthèse au format Word à compléter (07.synthese)
- Une synthèse fictive à consulter (08.synthese_fictive)

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

Proposition de grille d'entretien du CAPLA-Santé

NB : cette grille est un guide qui a pour objectif de faciliter la prise en main de l'entretien semi-directif. C'est une aide qui permet de réunir les informations nécessaires au remplissage de l'outil. La grille doit permettre à l'interviewé de s'exprimer plus aisément sur le sujet. Pour cela, il est possible de reformuler ou d'inverser l'ordre des questions pour s'adapter à la logique de l'intervieweur.

Légende de la grille

Bleu : Questions principales

Noir : Questions d'approfondissement et de précisions

- Les termes **en gras** sont les informations importantes à recueillir.
- Les termes *en italiques* sont des consignes ou des précisions à destination de l'intervieweur.

Rouge : Identifie la correspondance avec les numéros des questions de l'outil d'analyse.

- Une question de la grille peut faire référence à plusieurs questions de l'outil d'analyse. Parmi les questions numérotées de l'outil d'analyse, certaines apparaissent uniquement dans les questions d'approfondissement de la grille d'entretien, il est donc conseillé d'y être vigilant.



ALTERNATIVE

Si votre interlocuteur a peu de temps à vous consacrer, il est conseillé d'aborder en priorité les questions qui ne sont pas grisées. En effet, les questions grisées n'ont de sens que si elles sont discutées et validées lors de l'étape d'analyse collective (Etape 4).

Les questions grisées sont les questions 3, 4, 7, 17, 19, 20, 21, 21b, 21c.

Consignes de départ

Consignes à transmettre à l'interviewé



Merci de nous consacrer un moment. Cet entretien porte sur les politiques Activité Physique-Santé (AP-Santé) de votre territoire. Nous utilisons le CAPLA-Santé (Cadre d'analyse des politiques locales AP-Santé), qui a été réalisé par la SFSP et l'Université Côte d'Azur. L'utilisation du CAPLA-Santé a pour objectif de dresser un panorama des politiques publiques locales de développement de l'Activité Physique-Santé sur un territoire. Une fois rempli, il permet d'avoir une vue d'ensemble des politiques locales et des ressources qui ont permis leur élaboration et leur mise en œuvre (acteurs impliqués, textes de référence...). La synthèse issue de cette démarche peut permettre, par exemple, d'appuyer ou de guider les décisions liées aux politiques AP-Santé. C'est un outil qui aide à développer des politiques publiques AP-Santé.

Avant de débiter, il est important que nous précisions la définition du terme AP-Santé. Cette notion regroupe toutes les formes d'activité physique qui apportent des bénéfices pour la santé. Cela concerne des actions telles que des actions de communication, des modifications et aménagements de l'environnement ou de la législation permettant d'améliorer le niveau d'activité physique sur le territoire. Comme par exemple : la mise en place de créneaux d'activités physiques sur le lieu de travail, la modification et la construction de pistes cyclables ou l'ajout d'éclairage dans des zones piétonnes pour faciliter et sécuriser les déplacements actifs, etc. Le parallèle est souvent fait avec le sport-santé mais celui-ci ne représente qu'une modalité de pratique parmi d'autres (pratique libre et autres formes de mouvement).

Nous allons commencer par identifier les actions majeures qui sont portées par le territoire en matière d'AP-Santé.

Partie 1. Les acteurs impliqués dans le développement de l'AP-Santé sur le territoire	
Questions principales	Questions d'approfondissement /précisions
<p>1. Pouvez-vous me donner au moins un ou deux exemples d'actions concrètes de promotion de l'AP-Santé sous forme de programmes, d'actions qui se déroulent sur votre territoire ?</p> <p>S'agit-il d'actions en cours ou d'actions réalisées ?</p> <p>Question 14 de l'outil d'analyse</p>	<p>Si oui, détaillez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nom. • Pilote(s) et opérateurs. • Approches utilisées : information, approche par les pairs, ... • Participants/publics. • Résultats. • Partenariats. • Echelle (tout le territoire ou un quartier). • Source/liens pour site éventuel. • Action ponctuelle ou récurrente. • Action intégrée ou non dans la Politique de la Ville. • Action rattachée ou non à un document politique, un texte de référence.
<p>2. Quels sont, à votre connaissance, les pouvoirs publics engagés sur votre territoire dans les politiques AP-Santé ? Donnez des exemples.</p> <p>Il peut s'agir de collectivités territoriales, d'agences, d'établissements publics, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein de cette structure, quel(le) service ou personne est plus particulièrement engagé(e) dans le développement de l'AP-Santé ?

<p>Questions 1 et 3 de l'outil d'analyse</p>	<p><i>Consigne pour l'intervieweur : si vous connaissez la structure concernée, on pourra remplir a posteriori le niveau d'intervention et le secteur concerné.</i></p> <p><i>Si vous ne connaissez pas la structure, faire préciser :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Le territoire d'action. • Le secteur d'intervention.
	<p>Vous venez de citer XX, XX, XX et XX. Parmi toutes ces structures, est-ce qu'il y a une ou plusieurs organisations ou personnes qui jouent, selon vous, un rôle prépondérant sur le territoire ?</p> <p>(Question 3 de l'outil d'analyse)</p>
<p>3. Pouvez-vous dresser la liste des acteurs non institutionnels qui interviennent sur votre territoire et qui sont activement engagés dans la promotion de l'AP-Santé ?</p> <p>Il peut s'agir d'associations, de mutuelles, d'organisations sportives, de communautés scientifiques, etc.</p> <p>Questions 2 et 3 de l'outil d'analyse</p>	<p>Préciser les structures impliquées et le rôle particulier qu'elles jouent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rôle d'opérateur : l'organisation met en œuvre des actions AP-Santé en lien avec le public. • Rôle d'expert : l'organisation apporte une expertise, un avis, des recommandations. • Rôle de décideur : l'organisation définit des politiques AP-Santé. • Rôle de financeur : l'organisation finance directement ou indirectement les politiques AP-Santé. • Rôle de coordinateur : l'organisation joue un rôle de coordination, d'animation des acteurs impliqués dans des politiques AP-Santé et leur mise en œuvre (apporte déjà une base de réponse pour la question 4). • Rôle de soutien : l'organisation apporte un appui logistique, technique.
	<p>Vous venez de citer XX, XX, XX et XX. Parmi toutes ces structures, est-ce qu'il y a une ou plusieurs organisations ou personne(s) qui joue(nt) selon vous un rôle prépondérant sur le territoire ?</p>

	(Question 3 de l'outil d'analyse)
<p>4. Sur votre territoire, comment les structures et les personnes travaillent-elles ensemble sur la thématique AP-Santé ?</p> <p>Question 4 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qui assure les fonctions de coordination ? • Qui travaille avec qui ? Plusieurs secteurs sont-ils associés pour travailler ensemble ? • Qui pilote ? • Quel est l'objet de la collaboration ? Sur quoi a eu lieu cette collaboration ? • Les collaborations sont-elles récurrentes, permanentes ou ponctuelles ? • Avez-vous déjà mené des actions avec d'autres partenaires sur la mise en œuvre d'une politique AP-Santé sur le territoire ? • Décrire l'action : objet, territoire, publics concernés, acteurs impliqués, pilote, action dans la durée ou ponctuelle. • Quels sont pour vous les éléments qui facilitent le travail en collaboration sur le territoire ? • Quels sont les éléments qui freinent le travail en collaboration sur le territoire ? A développer particulièrement si aucune collaboration n'est identifiée.
<p>5. Sur quels réseaux les acteurs de votre territoire peuvent-ils s'appuyer pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer les politiques AP-Santé ?</p> <p>Par exemple échange d'informations, aide au montage de projet, au diagnostic, documentation, journée de travail et d'information, etc.</p> <p>Question 5 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez-vous les ressources que vous venez d'identifier ?

<h2 style="text-align: center;">Partie 2. Les documents de cadrage</h2> <p style="text-align: center;">Nous venons d'identifier les structures impliquées dans le développement et la mise en œuvre d'une politique AP-Santé sur votre territoire. Je vous propose maintenant de nous intéresser aux textes de référence et aux documents existants qui permettent de construire les politiques AP-Santé.</p>	
Questions principales	Questions d'approfondissement /précisions
<p>6. Quels documents de cadrage des politiques locales (région, département, etc.) intégrant l'AP-Santé s'appliquent actuellement à votre territoire ?</p> <p>Précisions : cela peut être des contrats locaux, des plans d'actions, des schémas, etc. Il ne s'agit pas seulement de documents exclusivement consacrés à la politique AP-Santé mais qui comprennent un ou plusieurs axes/chapitres qui permettent de développer l'AP-Santé, sans que ce soit indiqué explicitement.</p> <p>Question 6 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines de ces politiques ont-elles fait l'objet de consultations ? (par exemple d'un diagnostic auprès de la population, ...) Si oui, lesquelles, et qui a été consulté (population, groupe d'experts, ...) ? • Parmi ce que vous avez cité, quelles sont les politiques dont vous diriez quelles sont majeures pour le développement de l'AP-Santé sur votre territoire ? Pourquoi ? • Ces politiques intègrent-elles de façon explicite la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ? • Ces politiques et leur contenu font-ils l'objet d'évaluations ?
<p>7. Les documents que l'on vient de citer s'appuient-ils sur des données scientifiques probantes ou sur des documents qui fixent le cadre de la politique nationale de développement de l'AP-Santé ?</p> <p>Questions 8 et 12 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si oui, lequel(le)s ? • Si non, pourquoi ? • Comment vous êtes-vous assuré de la validité des informations sur lesquelles vous vous êtes appuyés ? • Vous appuyez-vous sur des recommandations sur l'activité physique pour construire ou mettre en œuvre vos politiques ? (Question 12 de l'outil d'analyse)

<p>8. Dans la phase d'élaboration des politiques AP-Santé de votre territoire, disposez-vous d'études réalisées sur votre territoire qui portent sur le niveau de pratique de l'activité physique ou qui mesurent la sédentarité ?</p> <p>Questions 16 et 17 de l'outil d'analyse</p>	<p>Lister les études et préciser pour chacune d'elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La structure en charge de l'étude. • Les publics concernés. • L'objet et les objectifs de l'étude. • La périodicité (s'agit-il d'une étude renouvelée ou d'une étude unique ?)
	<p>Comment ces études ont-elles permis d'alimenter la réflexion sur l'AP-Santé ? Si ces études n'ont pas servi, pourquoi ?</p> <p>(Question 17 de l'outil d'analyse)</p>
<p>9. Y a-t-il eu des études sur les coûts et gains associés à l'activité physique sur le territoire ?</p> <p>Question 18 de l'outil d'analyse</p>	
<p>10. Vous venez d'évoquer plusieurs politiques locales. Selon vous, quelle cohérence y a-t-il entre ces politiques ?</p> <p>Question 7 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Par exemple, est-ce qu'elles sont complémentaires ou plutôt cloisonnées ? • Comment s'articulent-elles ?

Partie 3. Contenu des politiques Nous avons évoqué les modalités de construction des politiques AP-Santé sur votre territoire. Nous allons entrer dans le détail de ces politiques, leur contenu, qui elles concernent.	
Questions principales	Questions d'approfondissement /précisions
<p>11. Sur votre territoire, quels sont les objectifs concernant l'AP-Santé dans les différentes politiques ?</p> <p><i>Consigne pour l'intervieweur : S'assurer que l'interviewé n'axe pas sa réponse uniquement sur les objectifs opérationnels mais qu'il parle aussi des objectifs stratégiques.</i></p> <p>Question 9 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous en tête des objectifs chiffrés ou non chiffrés inscrits dans les documents politiques ?
<p>12. En vous basant sur les documents cadres que vous avez cités, pouvez-vous dire quels milieux sont concernés par le développement de politiques AP-Santé sur votre territoire ?</p> <p><i>Consigne pour l'intervieweur : Donner des exemples : les collègues, les clubs sportifs, l'urbanisme, etc. Ici, il s'agit des domaines où les politiques se mettent en œuvre.</i></p> <p>Questions 10 et 11 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les publics concernés ? (Question 11 de l'outil d'analyse)

13. Existe-t-il actuellement sur votre territoire des stratégies de communication ou des opérations de communication qui visent à sensibiliser et promouvoir l'AP-Santé ?

Question 13 de l'outil d'analyse

- Qui met en œuvre les campagnes ? qui en est le promoteur ?
- Quels supports/médias sont utilisés ?
- Quelle est la durée de la campagne ?
- Quelles sont les cibles visées ? un ou des publics particuliers ?
- Ces actions sont-elles ponctuelles ou récurrentes ?
- Quel est le message porté ? (promotion des valeurs du sport, bénéfices de l'activité physique, messages factuels comme par exemple : « marcher 30 minutes par jour »).
- Y a-t-il un slogan ou un logo associé au message ?
- La ou les stratégie(s) peuvent-elles être rattachées à un document politique, un texte de référence ?

S'il n'existe aucune campagne actuelle, préciser :

- Les campagnes antérieures.
- Les outils utilisés pour communiquer à propos des actions AP-Santé.

Partie 4. Financements et engagement politique	
Question principale	Questions d'approfondissement /précisions
<p>14. Quels financements connaissez-vous pour mettre en œuvre la politique AP-Santé du territoire ?</p> <p>Question 15 de l'outil d'analyse</p>	<p>Si oui, préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quel(s) financeur(s) ? • Quel(s) type(s) de financement (aide en nature, subventions, investissement / achat de matériel, personnel dédié) ? <i>Plusieurs types de financements sont possibles.</i> • Quel montant ? • La récurrence ou non du financement.

Partie 5. Progrès réalisés et défis à relever	
Questions principales	Questions d'approfondissement /précisions
<p>15. Pouvez-vous indiquer quels sont, selon vous, les moments/événements qui vous paraissent clés et qui ont jalonné la construction de la politique AP-Santé telle qu'elle existe aujourd'hui ?</p> <p>Questions 19 et 21 de l'outil d'analyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quels événements particuliers, quel engagement de personnes ou quelles volontés politiques particulières, quelle politique nationale, ... ont permis à la politique AP-Santé de s'implanter sur votre territoire et d'évoluer ? <p>Préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> La date /période. Comment cet événement a-t-il fait bouger les choses concernant la promotion de l'AP-Santé sur votre territoire. Les événements que vous citez font-ils partie des plus grandes avancées dans la promotion de l'AP-Santé sur votre territoire ou y en a-t-il eu d'autres ? (Question 21 de l'outil d'analyse) Certains événements ont-ils, à l'inverse, freiné le développement de l'AP-Santé sur votre territoire (départ de personnes clés, choix budgétaires à arbitrer, réorientation de politiques, ...).
<p>16. De quels atouts votre territoire dispose-t-il pour développer les politiques AP-Santé ?</p> <p>Question 20 de l'outil d'analyse</p>	

<p>17. Quels sont les points faibles de votre territoire pour développer les politiques AP-Santé ?</p> <p>Question 20 de l'outil d'analyse</p>	
<p>18. Si vous deviez identifier les défis les plus importants auxquels le territoire a dû faire face pour implanter la dynamique AP-Santé actuelle, lesquels vous semblent les plus importants ?</p> <p>Question 21b de l'outil d'analyse</p>	
<p>19. Pour finir, si vous deviez faire des propositions pour l'avenir, des projections, ou si vous deviez apporter des conseils à d'autres territoires où les politiques AP-Santé sont moins développées, quels seraient-ils ?</p> <p>Question 21c de l'outil d'analyse</p>	

ANNEXE 4 :
Récapitulatif des documents de cadrage
(CAPLA-Santé)

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

Récapitulatif des documents de cadrage

Réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur à partir de la version 2 de l'OMS Europe, de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016 et à partir des travaux d'un groupe d'experts composé de chercheurs en Activité Physique-Santé, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités territoriales. Il a été finalisé à partir d'une expérimentation menée sur 7 territoires des régions Sud-PACA et Grand Est.



CAPLA-Santé

Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) se décline en plusieurs documents :

- Un guide d'accompagnement à consulter (01.guide_accompagnement)
- Un outil d'analyse au format Word à compléter (02.outil_analyse)
- Une grille d'entretien à consulter (03.grille_entretien)
- **Un récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)**
- Un récapitulatif des sources de financements (05.financements)
- Un récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)
- Une synthèse au format Word à compléter (07.synthese)
- Une synthèse fictive à consulter (08.synthese_fictive)

NB : La liste des acronymes figure dans le guide d'accompagnement.

Légende	
Echelle	Echelle géographique où la politique est développée. Infra-nationale : politique qui peut concerner plusieurs ou toutes les échelles suivantes : régionale, départementale, intercommunale, communale.
Porteur de la politique	Administration responsable ou coordinateur de la politique
Nom du document politique	Texte administratif de référence
Niveau	Classification des politiques liées à l'activité physique par types de finalités ¹ : Niveau 1 : les politiques de développements de l'activité physique dans une visée explicite de santé (politiques dites « AP-Santé ») Niveau 2 : les politiques de développements de l'AP sans une visée explicite de santé (politiques dites « AP ») Niveau 3 : les politiques où ni AP-Santé ne sont citées, mais dont les libellés permettent tout de même de développer de l'AP-Santé.
Secteur porteur	Service responsable ou coordinateur de la politique
Obligatoire ou volontariste	Politique volontariste ou rendue obligatoire par la loi
Texte de référence	Texte législatif de référence
Durée	Durée de la mise en œuvre de la politique
Partenaires	Partenaires associés à la politique

¹ Analyse des politiques publiques nationales de promotion de l'activité physique bénéfique pour la santé – HEPA PAT France. SFSP, 2015-2016.

RECENSEMENT DES POLITIQUES INFRA-NATIONALES PERMETTANT LE DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

Cette liste de politiques, non exhaustive, est issue d'une recherche effectuée fin 2017 et mise à jour lors de la phase de test du CAPLA-Santé, de janvier à juin 2018

Echelle	Porteur de la politique	Nom du document politique	Niveau	Secteur porteur	Obligatoire ou volontariste	Texte de référence	Durée	Partenaires
Infra-nationale	Collectivités	SES (Schéma d'Equipements Sportifs)	Niveau 2 : AP	Sport	Volontariste	http://www.sports.gouv.fr/autres/RES_2010_complet_WEB.pdf	Pas de durée obligatoire	Communes / syndicats intercommunaux / Communautés de Communes / Communautés d'agglomération / Communautés urbaines / Conseil Départemental / Etat
Infra-nationale	Collectivités	Agenda 21	Niveau 3 : Autre	Développement durable	Volontariste	Article L110-1 "L'Agenda 21 est un projet territorial de développement durable."	Pas de durée obligatoire	Société civile / DREAL / Etat
Infra-nationale	Collectivités	Projet de territoire	Niveau 3 : Autre		Obligatoire	Article L5741-2 "Le projet de territoire définit les conditions du développement économique, écologique, culturel et social dans le périmètre du pôle d'équilibre territorial et rural. Il précise les actions en matière de développement économique, d'aménagement de l'espace et de promotion de la transition écologique qui sont conduites par les établissements publics de coopération intercommunale ou, en leur nom et pour leur compte, par le pôle d'équilibre territorial et rural."	1 an	Collectivités
Régionale	Rectorat	Parcours éducatif de santé	Niveau 3 : Autre	Education	Obligatoire	Circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016 "Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves."	/	Ecoles / Collèges / Lycées / ARS
Régionale	Conseil Régional	Schéma prévisionnel des formations	Niveau 2 : AP	Education	Obligatoire	Article L214-4 "Les équipements nécessaires à la pratique de l'éducation physique et sportive doivent être prévus à l'occasion de la création d'établissements publics locaux d'enseignement, ainsi que lors de l'établissement du schéma prévisionnel des formations mentionné à l'article L. 214-1."	/	/
Régionale	DRJSCS	SRDS (Schéma régional de développement du sport)	Niveau 2 : AP	Sport	Volontariste	Circulaire DS/DSB4 no 2015-13 du 20 janvier 2015 "Elle élabore le schéma de développement du sport en région en concertation avec l'ensemble des acteurs intervenant dans le domaine du sport."	Pas de durée obligatoire	Conseil Régional / Collectivités locales/Mouvement sportif / Entreprises

Régionale	Conseil Régional	SRADET (Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires)	Niveau 3 : Autre	Transport	Obligatoire à partir de 2019 (loi NOTRe)	Décret n° 2016-1071 du 3 août 2016 "Dispositions législatives relatives au schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires."	/	Régions / Métropoles / EPCI / Conseils départementaux / Acteurs du SCOT / Le représentant de l'Etat dans la région
Régionale	ARS / DRJSCS	PRSSBE (Plan Régional Sport Santé Bien-être)	Niveau 1 : AP-Santé	Santé / Sport	Obligatoire (circulaire du 24 décembre 2012)	Instruction N°DS/D5B2/SG/DGS/DS/DGCS/2012 /434 du 24 décembre 2012 "Décliner au niveau régional, un plan «sport santé bien-être» dont les lignes stratégiques ainsi que les modalités organisationnelles et financières."	/	Différents en fonction de chaque région
Régionale	Conseil Régional / ARS / DREAL	PRSE (Plan Régional Santé Environnement)	Niveau 3 : Autre	Environnement / Santé	Obligatoire	Article L1311-7 "Le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est décliné au niveau régional sous forme de plans régionaux santé environnement."	Tous les 5 ans	Acteurs en santé environnementale
Régionale	ARS	PRS (Projet Régional de Santé)	Niveau 3 : Autre	Santé	Obligatoire	Article L1434-1 "Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre."	5 ans	Acteurs de la santé
Départementale	CDESI / Conseil Départemental	PDESI (Plan Départemental des Espaces, Sites et Itinéraires)	Niveau 2 : AP	Sport	Obligatoire	Article L311-3 "Il élabore un plan départemental des espaces, sites et itinéraires relatifs aux sports de nature. Ce plan inclut le plan départemental des itinéraires de promenade et de randonnée prévu à l'article L. 361-1 du code de l'environnement."	Pas de durée obligatoire	Mouvement sportif / Départements / Intercommunalités / Communes
Départementale	Conseil Départemental	PDIPR (Plan Départemental des Itinéraires de Promenade et de Randonnée)	Niveau 2 : AP	Sport	Volontariste	Article L361-1 "Le département établit, après avis des communes intéressées, un plan départemental des itinéraires de promenade et de randonnée."	/	/

Départementale	Conseil Départemental	SDASP (Schéma départemental d'accès aux services publics)	Niveau 3 : Autre		Obligatoire	Décret n° 2016-402 JORF n°0081 du 6 avril 2016 texte n° 25 : Le schéma comprend : 1- Pour l'ensemble du département, un bilan de l'offre existante, avec sa localisation et son accessibilité, une analyse des besoins de services de proximité et l'identification des territoires présentant un déficit d'accessibilité à ces services ; 2- Pour les territoires présentant un tel déficit, un programme d'actions d'une durée de six ans comportant d'une part, des objectifs quantitatifs et qualitatifs de renforcement de l'accessibilité des services au public et, d'autre part, des mesures permettant d'atteindre ces objectifs ; 3- Un plan de développement de la mutualisation des services au public s'appliquant à l'ensemble du territoire départemental, établi à l'issue de l'inventaire des mutualisations existantes.	6 ans	Collectivités
Intercommunale	Collectivités	SCOT (Schéma de Cohérence Territoriale)	Niveau 3 : Autre	Urbanisme	Volontariste	Article L143-1 "Le schéma de cohérence territoriale est élaboré à l'initiative des communes ou de leurs groupements compétents."	En moyenne entre 3 et 5 ans	EPCI / CEREMA / Conseil Régional / Conseil Départemental
Intercommunale	Collectivités	PLUI (Plan Local d'Urbanisme Intercommunal)	Niveau 3 : Autre	Urbanisme	Obligatoire (Loi ALUR)	Article R*123-1	Pas de durée obligatoire	Etat / Conseil Départemental / Bailleurs sociaux / Agences d'urbanisme / Promoteurs

Communale/ Intercommunale	Collectivités	PLH (Programme local de l'habitat)	Niveau 3 : Autre	Habitat	Obligatoire (les métropoles ; les communautés urbaines ; les communautés d'agglomération ; les communautés de communes compétentes en matière d'habitat de plus de 30 000 habitant comprenant au moins une commune de plus de 10 000 habitants)	Article L302-1 "Le programme local de l'habitat est établi par un établissement public de coopération intercommunale pour l'ensemble de ses communes membres."	6 ans	Etat / Conseil Départemental / Bailleurs sociaux / Agences d'urbanisme / Promoteurs
Communale/ intercommunale	Collectivités	PLU (Plan Local d'Urbanisme)	Niveau 3 : Autre	Urbanisme	Obligatoire (Loi ALUR)	Article R*123-1 "Le plan local d'urbanisme comprend un rapport de présentation, le projet d'aménagement et de développement durable de la commune et un règlement ainsi que des documents graphiques."	Pas de durée obligatoire (en moyenne 10 ans)	Etat / Conseil Départemental / Bailleurs sociaux / Agences d'urbanisme / Promoteurs
Communale/ intercommunale	Collectivités	PDU (Plan de Déplacement Urbain)	Niveau 3 : Autre	Transport	Obligatoire (collectivités de plus de 100 000 habitants ; articles L1214-1)	Article L1214-1 "Le plan de déplacements urbains détermine les principes régissant l'organisation du transport de personnes et de marchandises, la circulation et le stationnement dans le ressort territorial de l'autorité organisatrice de la mobilité."	/	Etat / Conseil Départemental / Conseil Régional
Communale/ intercommunale	Collectivités	Schéma directeur vélo	Niveau 3 : Autre	Déplacements	Intégré dans le PDU mais il s'agit d'un schéma volontariste	/	Selon la durée du PDU (10 ans)	Conseil Départemental / Conseil Régional / Etat / Associations / Agences de développement et d'urbanisme
Communale/ intercommunale	Collectivités	Politique d'action sociale facultative	Niveau 3 : Autre	Social	Volontariste	L'action sociale facultative relève de la libre initiative des collectivités territoriales. Elle est définie de manière générale, par l'article L.123-5 du code de l'action sociale et des familles : « le CCAS anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques ou privées ».	Pas de durée obligatoire	CCAS, institutions publiques et privées

Communale/ intercommunale	Collectivités	PEDT (Projet éducatif territorial)	Niveau 3 : Autre	Education	Volontariste	Article D. 521-12 du code de l'éducation "formalise une démarche permettant aux collectivités territoriales volontaires de proposer à chaque enfant un parcours éducatif cohérent et de qualité avant, pendant et après l'école, organisant ainsi, dans le respect des compétences de chacun, la complémentarité des temps éducatifs. Ce projet relève, à l'initiative de la collectivité territoriale compétente, d'une démarche partenariale avec les services de l'État concernés et l'ensemble des acteurs éducatifs locaux."	3 ans maximum	Rectorat / Ecoles / Inspecteurs de circonscription
Communale/ Intercommunale	Commune / ARS	CLS (Contrat Local de Santé)	Niveau 3 : Autre	Santé	Volontariste	Article L1434-10 "La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social."	Pas de durée obligatoire	Observatoire régional de la santé / IREPS / Associations
Communale/ intercommunale	Ville / EPCI	Contrat de Ville	Niveau 3 : Autre	/	Obligatoire	LOI n° 2014-173 du 21 février 2014 article 6 "La politique de la ville est mise en œuvre par des contrats de ville conclus à l'échelle intercommunale entre, d'une part, l'État et ses établissements publics et, d'autre part, les communes et établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre concernés. Ces contrats sont signés par les départements et les régions."	7 ans	Conseil Départemental / Conseil Régional
Communale/ intercommunale	Secteur privé	Plan de Mobilité	Niveau 3 : Autre	Déplacements	Obligatoire pour les entreprises de plus de 100 salariés.	L'article 51 de la Loi de transition énergétique pour la croissance verte (LTECV) dispose que, dans le périmètre d'un plan de déplacements urbains, toutes les entreprises regroupant plus de 100 travailleurs sur un même site doivent élaborer un PDM pour améliorer la mobilité de leur personnel et encourager l'utilisation des transports en commun et le recours au covoiturage.	Pas de durée obligatoire	Autorité organisatrice territorialement compétente (métropole, communauté urbaine, communauté d'agglomération, communauté de commune)
Communale	Ville	ASV (Atelier Ville Santé)	Niveau 3 : Autre	Santé	Volontariste	BO Santé – Protection sociale – Solidarité no2012/4 du 15 mai 2012 "ASV permet à la commune ou au groupement de communes de développer avec l'État une approche contractualisée des problématiques de santé du territoire et des moyens à mettre en œuvre pour réduire les inégalités de santé."	3 ans (reconduit chaque année)	Conseil Départemental / Conseil Régional / Etat / Associations de quartier / CPAM / Centres socioculturels / Hôpitaux

Communale	Collectivités	Plan piéton	Niveau 3 : Autre	Déplacements	Volontariste	LOI n° 2014-173 du 21 février 2014	Pas de durée obligatoire	Conseil Départemental / Conseil Régional / Région / Etat / Associations / Agence de développement et d'urbanisme
-----------	---------------	-------------	---------------------	--------------	--------------	------------------------------------	--------------------------------	---

ANNEXE 5 :
Récapitulatif des sources de financement
(CAPLA-Santé)

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

Récapitulatif des sources de financements

Réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur à partir de la version 2 de l'OMS Europe, de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016 et à partir des travaux d'un groupe d'experts composé de chercheurs en Activité Physique-Santé, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités territoriales. Il a été finalisé à partir d'une expérimentation menée sur 7 territoires des régions Sud-PACA et Grand Est.



CAPLA-Santé

Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) se décline en plusieurs documents :

- Un guide d'accompagnement à consulter (01.guide_accompagnement)
- Un outil d'analyse au format Word à compléter (02.outil_analyse)
- Une grille d'entretien à consulter (03.grille_entretien)
- Un récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)
- **Un récapitulatif des sources de financements (05.financements)**
- Un récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)
- Une synthèse au format Word à compléter (07.synthese)
- Une synthèse fictive à consulter (08.synthese_fictive)

NB : La liste des acronymes figure dans le guide d'accompagnement.

RECENSEMENT DES SOURCES DE FINANCEMENTS DES POLITIQUES INFRA-NATIONALES PERMETTANT LE DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE PHYSIQUE

Cette liste de financements, non exhaustive, est issue d'une recherche effectuée fin 2017 et mise à jour lors de la phase de test du CAPLA-Santé, de janvier à juin 2018

Type de financement	Echelle	Financeur	Secteur porteur	Obligatoire ou volontariste	Durée	Partenaires
Subventions	Infra-nationale	Union européenne		Volontariste		
CNDS	Régionale	DRJSCS	Sport	Obligatoire	1 an	Associations sportives
Subventions	Régionale	Carsat	Santé / Travail	Volontariste	1 an	Associations / Structures de soins
Subventions	Régionale	Conseil Régional		Volontariste	1 an	Associations / Structures de soins
Subventions	Régionale	ARS	Santé	Volontariste	1 an	
Subventions	Départementale	Conseil Départemental		Volontariste	1 an	Associations / Structures de soins
Subventions	Départementale	Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie		Obligatoire	1 an	Associations / Structures de soins
Subventions	Départementale	CDOS	Sport	Obligatoire	1 an	Associations sportives
Subventions	Intercommunale	Intercommunalité		Volontariste		Communes
Budget Opérationnel de Programme N°147	Communale	Ville		Obligatoire (quartiers prioritaires)	1 an	
Subventions	Communale	Ville		Volontariste	1 an	Associations / Structures de soins

ANNEXE 6 :
Récapitulatif des sources de données
(CAPLA-Santé)

CAPLA – SANTÉ

Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé

Récapitulatif des sources de données

Réalisé par la Société Française de Santé Publique et l'Université Côte d'Azur à partir de la version 2 de l'OMS Europe, de la traduction française faite pour le niveau national par la SFSP en août 2016 et à partir des travaux d'un groupe d'experts composé de chercheurs en Activité Physique-Santé, de représentants ministériels, de représentants d'institutions nationales et de réseaux de collectivités territoriales. Il a été finalisé à partir d'une expérimentation menée sur 7 territoires des régions Sud-PACA et Grand Est.



CAPLA-Santé

Le Cadre d'Analyse des Politiques Locales Activité physique-Santé (CAPLA-Santé) se décline en plusieurs documents :

- Un guide d'accompagnement à consulter (01.guide_accompagnement)
- Un outil d'analyse au format Word à compléter (02.outil_analyse)
- Une grille d'entretien à consulter (03.grille_entretien)
- Un récapitulatif des documents de cadrage (04.documents_cadrage)
- Un récapitulatif des sources de financements (05.financements)
- **Un récapitulatif des sources de données (06.sources_donnees)**
- Une synthèse au format Word à compléter (07.synthese)
- Une synthèse fictive à consulter (08.synthese_fictive)

NB : La liste des acronymes figure dans le guide d'accompagnement.

SOURCES DE DONNEES, ENQUETES, ETUDES RELATIVES A L'ACTIVITE PHYSIQUE AU NIVEAU INFRA-NATIONAL

Cette liste de sources de données, non exhaustive, est issue d'une recherche effectuée fin 2017 et mise à jour lors de la phase de test du CAPLA-Santé, de janvier à juin 2018

Type	Echelle	Secteur porteur	Plan obligatoire ou volontariste
Open data	Infra-nationale		Volontariste
Diagnostic territorial partagé	Régionale	Santé	Article L. 1434-10
Recensement des équipements sportifs	Régionale	Sport	Article L. 312-2
Recensement offre APA	Régionale	Sport / Santé	Instruction Interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 03 mars 2017
Observatoire	Régionale	Santé	Volontariste
Etudes	Régionale	Enseignement supérieur	Volontariste
CIRE	Régionale	Santé	Volontariste
Etudes	Régionale	Environnement / Mobilité / Aménagement	Volontariste
Observatoire	Départementale	Sport	Volontariste
Recensement	Communale	Sport	Volontariste
Diagnostics CLS / ASV	Communale	Santé	Volontariste
Etudes	Communale / Intercommunale	Potentiellement tous	Volontariste

ANNEXE 7 :
Supplément 1 de l'étude 4

Supplement 1. List of statements identified as potential levers and barriers for HEPA policy development.

Statements	Levers	Barriers
1. State disease prevention and health promotion of inhabitants as a priority.	H, S, DH, EO	
2. Consider the improvement in the PA level of inhabitants as a major lever of disease prevention and health promotion.	SP, H, S, DH	
3. Try to overcome the constraints of elected officials.		
4. Initiate actions beyond the duration of the mandate.	SP, H, DH	S, EO
5. Have policies consistent with those of other local governments.	EO	H, S, DH
6. Have a clear political commitment that is displayed in the campaign program.		
7. Have a political commitment resulting in strong and permanent leadership.		H
8. Have a political commitment formalized by documents, frameworks and/or development plans.		
9. Have a political commitment resulting in the reorganization of services.		
10. Have a political commitment resulting in the reorganization of collaborations between departments.	H	S, DH
11. Have a political commitment resulting in new and specific missions for elected officials on this topic.		
12. Have a political commitment resulting in the reallocation of financial resources.		EO
13. Have a political commitment resulting in the reallocation of human resources.	SP	
14. Have a governance that allows for the elaboration of a shared project between the elected officials from various sectors.	SP	H, S, DH, EO
15. Have a governance that allows for the elaboration of a shared project between the department heads from various sectors.	SP, S, EO	H, DH
16. Have a governance that allows for the elaboration of a project shared between the elected officials and department heads.	SP, H, S, EO	DH
17. Consult with the staff of all involved departments during the planning and implementation of a project.	SP, S, EO	DH
18. Have the coordination mainly led by the sports department.		
19. Have the coordination mainly led by the health department.		
20. Have the coordination mainly led by another department.		
21. Have the coordination mainly led by a dedicated structure.		
22. Have the coordination mainly ensured by transversal relations between the departments.	H	S, DH, EO

23. Target the community across the life course.	SP, H, S, DH, EO	
24. Target children and teenagers.	SP, H, S, DH, EO	
25. Target adults.	SP, H, S, DH, EO	
26. Target elderly people.	SP, H, S, DH, EO	
27. Target vulnerable people (health).	H,	SP, S, EO
28. Target disadvantaged people (social).	H, S, EO	SP, DH
29. Act on active transportation.		SP, H, DH, EO
30. Act on the school environment.	SP, H, S, DH, EO	
31. Act on leisure activities outside sports clubs.	S, EO	SP, H, DH,
32. Act on leisure activities in sports clubs.	SP, H, S, DH, EO	
33. Act on the private sector.		H, S, DH
34. Promote the participative approach of the community by enabling direct communication with the municipality.	H, S, EO	
35. Promote the participative approach of the community through citizen committees.		
36. Promote the participative approach of the community through associations, neighbourhood committees or other organized networks.	SP, H, S, EO	
37. Have local contexts knowledge.	H	SP, S, DH, EO
38. Have knowledge about the diversity of local stakeholders that may be involved.	SP, H, S, DH, EO	
39. Have knowledge about different departments in the municipality.	H, S, EO	
40. Have knowledge about other public services.	SP, H, DH	
41. Have knowledge based on field experience.	SP, H, S, DH, EO	
42. Have scientific knowledge on this topic.	SP	
43. Have knowledge of laws, plans and recommendations on this topic.	SP, H, S, DH, EO	
44. Recruit additional human resources.		SP
45. Reassign human resources.		
46. Mutualize human resources between departments in the municipality.	H, EO	S
47. Mobilize volunteer human resources.		S
48. Training for human resource personnel.	SP, H, S, DH	EO
49. Rely on a HEPA expertise centre.		

50. Rely on expert-volunteers.		S
51. Allocate specific financial resources.		SP, H
52. Have an economic model from the private sector.		
53. Have an economic model based on the municipality's own resources.		
54. Have an economic model involving other public funding.	EO	DH
55. Have an economic model based on public-private solutions.		
56. Have an economic model based on public health insurance.		SP, EO
57. Have an economic model based on private health insurance.	EO	SP
58. Have an economic model based on the financial participation of users.		
59. Have an economic model with a social tariff.	S	EO
60. Identify the needs of the community.	SP, H, DH	S, EO
61. Set up a local HEPA program ensured by the municipality.	SP	
62. Set up a place to centralize information about local opportunities.		SP
63. Develop an assessment and orientation service towards local HEPA programs.		SP
64. Develop communication strategies to inform, raise awareness and promote HEPA.	SP, H, S, DH, EO	
65. Create events to inform, raise awareness and promote HEPA.	SP, H, S, DH, EO	
66. Develop public spaces.	H, S, DH	SP, EO
67. Develop active transportation.	S	SP, H, DH
68. Create sports facilities.		SP
69. Maintain or renovate sports facilities.	SP, H, DH, EO	S
70. Provide time slots in existing sports facilities.	H, S, DH	SP, EO
71. Support the stakeholders who propose local HEPA programs.	SP, S, DH	EO
72. Coordinate a local stakeholder's network.	SP, H, DH, EO	S
73. Subsidize associations that offer local HEPA programs.	SP, S, DH	
74. Partner with the health sector.	H, S, DH	SP, EO
75. Partner with the social sector.	H, S, EO	SP
76. Partner with the sports sector.	SP, H, S, DH, EO	
77. Partner with the local associations.	H, S	EO

78. Partner with the school sector.	SP, H, S, DH	EO
79. Partner with the private sector.	H	EO
80. Evaluate actions according to the campaign program.	SP, H, EO	
81. Evaluate actions based on efficiency indicators.	SP, DH, EO	S
82. Evaluate the return on investment of interventions.		S
83. Evaluate the follow-up of interventions.	SP, H, DH, EO	S
84. Evaluate the sustainability of interventions.	SP, H, DH, EO	S

Note: subgroups: Sport sector (SP); Health sector (H); Social sector (S); Department Head (DH); Elected Official (EO).