



ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET DE LA SÉDENTARITÉ EN FRANCE

ÉDITION 2017

Corinne Praznoczy, Céline Lambert, Charlotte Pascal





La création de l'Onaps, soutenue par le Centre National pour le Développement du Sport (CNDS), répond à la volonté de renforcer la connaissance sur les conséquences des activités physiques et sportives sur la santé. L'Onaps a deux grandes missions.

Tout d'abord, il recense les études qui ont été réalisées sur la sédentarité et l'inactivité physique au sein de la population.

Nous savons tous, bien sûr, que la sédentarité et l'inactivité physique ont des conséquences sur la morbidité des individus, des études ayant mis en évidence cette problématique. Pour autant, notre connaissance peut être améliorée par un accès aux résultats des études qui ont été réalisées sur le sujet. En effet, elles ne sont pas toujours connues du fait, par exemple, du caractère confidentiel de leur publication, ou bien de leur faible rayonnement géographique.

Le recensement réalisé par l'Onaps doit donc contribuer à une meilleure diffusion de leurs résultats et ainsi à améliorer la connaissance sur la sédentarité, sur l'inactivité physique, mais aussi sur les bienfaits des activités physiques pour notre société.

Ce travail permettra également d'engager des études dans des domaines peu explorés comme par exemple l'impact des activités physiques dans la prise en charge de patients souffrant de pathologie. Ainsi, si les témoignages se rejoignent pour confirmer que les activités physiques peuvent conduire à la diminution de la consommation de médicaments, nous ne disposons pas à ce jour d'études permettant de mesurer précisément cet impact.

Je me réjouis donc de la publication de ce premier tableau de bord qui établit un état des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France, à partir de différentes sources dont les baromètres santé de l'Agence nationale Santé Publique France, les enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés de la Drees, l'enquête nationale sur l'obésité et le surpoids ObEpi de l'Inserm, des données de l'Insee et d'autres.

Ce tableau de bord présente des données détaillées et cartographiées, au niveau national et territorial sur l'inactivité et la sédentarité au sein des différentes classes d'âge de la population (enfants, adolescents, jeunes adultes et adultes).

Il doit représenter un véritable outil d'aide à la décision à la disposition des pouvoirs publics et des acteurs intervenant dans le champ de la promotion des activités physiques.

Thierry Braillard

Secrétaire d'État aux Sports

Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports



Selon une étude publiée en 2016 dans *The Lancet*, les problèmes de santé liés au manque d'activité physique auraient coûté 67,5 milliards de dollars (61 milliards d'euros) au monde en 2013 (pour 142 pays représentant 93% de la population mondiale), soit plus que le produit intérieur brut (PIB) d'un pays comme le Costa Rica. Le total se répartit en 53,8 milliards de dollars de dépenses de santé et 13,7 milliards de dollars de perte de productivité. Cette étude est la première à chiffrer le coût de la « pandémie » d'inactivité physique. Déjà en 2012, *The Lancet* avait tiré la sonnette d'alarme en publiant le nombre de décès dans le monde liés à l'inactivité physique : plus de cinq millions chaque année, soit plus de décès imputables à l'inactivité physique que ceux liés au tabagisme.

Ces chiffres ont été largement diffusés dans les journaux grand public mais mal interprétés. Ainsi, l'inactivité physique est devenue la sédentarité avec les titres suivants : « La sédentarité tue plus que le tabac (2012) » et « Le coût de la pandémie de sédentarité (2016) ».

Cette confusion entre sédentarité et inactivité physique existe aussi dans le milieu scientifique, médical et celui de la santé. Pourtant il s'agit de deux comportements différents, associés à notre mode de vie actuel de plus en plus mécanisé et dont les effets délétères sur la santé se cumulent voire se potentialisent.

La diffusion des informations scientifiques grand public est parcellaire ou relayée par internet, c'est-à-dire par des circuits dont le professionnalisme et/ou les compétences scientifiques ne sont pas toujours garanties.

La création d'un Observatoire prend toute sa place dans ce contexte.

Un Observatoire non soumis aux dictats d'une pensée « breaking news (flash d'information) », en peu de mots mais qui attirent le lecteur.

Sa démarche est l'inverse de celle de l'information on-line : c'est la thématique choisie qui impose les recherches car il existe de nombreuses données obtenues sur des populations ciblées et dont les résultats ne sont pas toujours publiés. En d'autres termes, les chiffres existent, mais il faut savoir où les chercher, les assembler en fonction des régions, des groupes de population, de l'âge, les relier à d'autres données d'intérêt pour obtenir une information sourcée, validée et qui conduit à une réflexion progressive, en tiroirs.

Les membres qui constituent et participent à cet observatoire assurent l'expertise scientifique, la qualité et la rigueur des données présentées. L'Onaps fonctionne sur un partenariat public-privé. La seule obligation que nous nous donnons est l'indépendance et l'objectivité. Toutes les sources des chiffres présentés sont citées.

Nous nous voulons un catalyseur de données et un producteur d'idées pour favoriser des actions, à tous les échelons, un observatoire pour lutter contre l'inertie, l'inactivité et la sédentarité des idées, vraies ou fausses, et celle du corps. Et comme nous voulons la santé durable, ce n'est pas une pensée bruyante, mais celle qui laisse sa trace à travers des productions régulières.

Espérons tracer le mouvement pour, comme les ondes qui se propagent, impulser le mouvement à travers cet Onaps.

Professeur Martine Duclos

Présidente du comité scientifique de l'Onaps

CHU de Clermont-Ferrand, Service de Médecine du Sport et d'Explorations Fonctionnelles

INRA UMR 1019, UNH, CRNH Auvergne

Clermont Université, Université d'Auvergne, Unité de Nutrition Humaine

REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont contribué à cette étude. Et tout particulièrement :

Le Comité de relecture :

Marie-Françoise André, Conseiller médical, Direction de la santé publique, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

Marguerite Dupechot, Médecin-conseiller, Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Auvergne Rhône Alpes

Pr Anne Vuillemin, Université Côte d'Azur, Faculté des Sciences du Sport, EA 6312 LAMHESS, membre du comité scientifique de l'Onaps

Les fournisseurs de données :

Benoit Chardon, Institut régional de développement du sport (IRDS)

Pauline Charnoz, Thibaut de Saint Pol, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Éric Cléron, Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative, Mission des Études, de l'Observation et des Statistiques, Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports

Hélène Martineau, Ricardo Podence, Lise Trottet, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)

Julie Péлата, Mathieu Rabaud, Direction Technique Territoires et Ville, Département Déplacements Durables, Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA)

Citation recommandée :

Praznocy C., Lambert C., Pascal C. 2017. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2017, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité – Rapport. 130 pages.

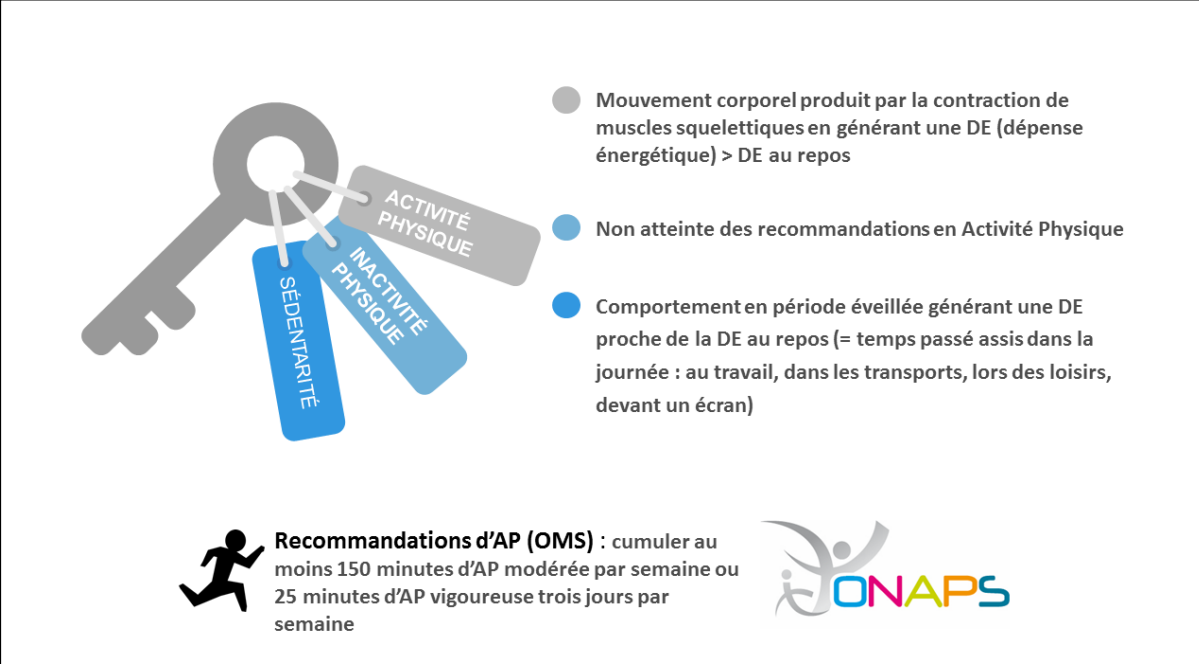
TABLE DES MATIÈRES

Éditorial	3
Avant-propos	4
Remerciements	5
Table des matières	6
Définitions essentielles	9
Activité physique	11
Données générales	11
Enfants (3-10 ans).....	11
Adolescents (11-17 ans)	14
Adolescents et jeunes adultes (15-25 ans).....	18
Population adulte - Niveau d'activité physique	20
Population adulte - Contexte de pratique.....	23
Population adulte - Connaissances des recommandations.....	27
Activité physique, surcharge pondérale et obésité	28
Enfants (3-10 ans).....	28
Activité physique et inégalités sociales	29
Enfants (3-10 ans).....	29
Population adulte.....	31
Sédentarité	33
Données générales	33
Enfants et adolescents (3-17 ans)	33
Population adulte.....	37
Sédentarité, surcharge pondérale et obésité	43
Enfants et adolescents (3-17 ans)	43
Sédentarité et inégalités sociales	45
Enfants et adolescents (3-17 ans)	45
Population adulte.....	48
Transports actifs	49
Données générales	49
Enfants (3-10 ans).....	49
Enfants et adolescents (11-14 ans)	50
Enfants, adolescents et étudiants	51
Population adulte.....	56
Transports actifs et inégalités sociales	62
Population adulte.....	62

Pratique sportive.....	64
Données générales.....	64
Enfants, adolescents et jeunes adultes	64
Population adulte.....	66
Pratique sportive, surcharge pondérale et obésité.....	68
Enfants, adolescents et jeunes adultes	68
Pratique sportive et inégalités sociales	69
Enfants, adolescents et jeunes adultes	69
Population adulte.....	71
Surcharge pondérale, obésité	72
Données générales.....	72
Enfants et adolescents (3-17 ans)	72
Population adulte.....	79
Surcharge pondérale, obésité et inégalités sociales	81
Enfants et adolescents (3-17 ans)	81
Population adulte.....	85
Pathologies	88
Cardiopathies ischémiques	88
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur les cardiopathies ischémiques	88
Mortalité par cardiopathie ischémique (Inserm)	89
Admissions en affection de longue durée (ALD) pour cardiopathie ischémique (Cnamts, CCMSA, CNRSI)	90
Maladies vasculaires cérébrales.....	91
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur les maladies vasculaires cérébrales	91
Mortalité par maladie vasculaire cérébrale (Inserm).....	92
Admissions en ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant (Cnamts, CCMSA, CNRSI).....	93
Diabète de type 2.....	94
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur le diabète de type 2	94
Admissions en ALD pour diabète de type 2 (Cnamts, CCMSA, CNRSI)	95
Cancer du sein.....	97
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur le cancer du sein	97
Mortalité par cancer du sein (Inserm).....	97
Admissions en ALD pour cancer du sein (Cnamts, CCMSA, CNRSI)	98
Incidence du cancer du sein (InVS).....	99
Cancer du côlon / côlon-rectum	100
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur le cancer colorectal	100
Mortalité par cancer du côlon (Inserm)	101
Admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum (Cnamts, CCMSA, CNRSI).....	102
Incidence du cancer du côlon-rectum (InVS)	103

Maladie de Parkinson	104
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur la maladie de Parkinson	104
Admissions en ALD pour maladie de Parkinson (Cnamts, CCMSA, CNRSI).....	105
Incidence de la maladie de Parkinson (InVS).....	106
Sclérose en plaques	106
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur la sclérose en plaques	106
Admissions en ALD pour sclérose en plaques (Cnamts, CCMSA, CNRSI).....	107
Bibliographie.....	108
Sigles et abréviations	112
Tableaux, figures et encadrés	113
Liste des tableaux	113
Liste des figures	115
Liste des encadrés.....	117
Sources des données	118
Définitions	127

DÉFINITIONS ESSENTIELLES



- Mouvement corporel produit par la contraction de muscles squelettiques en générant une DE (dépense énergétique) > DE au repos
- Non atteinte des recommandations en Activité Physique
- Comportement en période éveillée générant une DE proche de la DE au repos (= temps passé assis dans la journée : au travail, dans les transports, lors des loisirs, devant un écran)

Recommandations d'AP (OMS) : cumuler au moins 150 minutes d'AP modérée par semaine ou 25 minutes d'AP vigoureuse trois jours par semaine

ONAPS

ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique comprend tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Elle inclut tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs.

ACTIVITÉ SPORTIVE

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

SÉDENTARITÉ

Il est maintenant largement recommandé de distinguer les activités sédentaires des activités d'intensité légère et à distinguer leurs effets respectifs sur la santé¹. Une confusion persiste encore entre ces termes d'inactivité physique et de sédentarité :

L'inactivité physique caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine ou de 25 à 30 minutes d'AP intensité élevée au moins 3 jours par semaine pour les adultes. Pour les enfants et les adolescents, le seuil recommandé est de 60 minutes d'AP d'intensité modérée par jour.

La sédentarité ou « comportement sédentaire » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (1,6 MET) : déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone, etc.)².

¹ Pate et al., 2008

² Anses 2016

MET OU ÉQUIVALENT MÉTABOLIQUE (METABOLIC EQUIVALENT TASK)

Unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos² :

- activités sédentaires < 1,6 MET ;
- 1,6 MET ≤ activités de faible intensité < 3 METs ;
- 3 METs ≤ activités d'intensité modérée < 6 METs ;
- 6 METs ≤ activités d'intensité élevée < 9 METs ;
- activités d'intensité très élevée ≥ 9 METs.

SANTÉ

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité³.

TRANSPORTS (OU MODES) ACTIFS

Les transports actifs comprennent toutes les formes de transport pour lesquelles l'énergie est fournie par l'être humain : la marche, la bicyclette, les rollers, la trottinette, mais aussi l'utilisation d'un fauteuil roulant non motorisé, de raquettes à neige, etc.

SURPOIDS ET OBÉSITÉ

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé⁴. La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité.

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m². Pour l'adulte, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit le surpoids et l'obésité comme suit :

- surpoids : IMC égal ou supérieur à 25 ;
- obésité : IMC égal ou supérieur à 30 ;

Un IMC < 18,5 indique une situation de dénutrition.

Pour les enfants, il faut tenir compte de l'âge pour définir le surpoids et l'obésité. Différentes courbes de corpulence sont disponibles, les plus utilisées en France sont les courbes de corpulence françaises et les seuils de l'*International Obesity Task Force* (IOTF).

Les courbes de corpulence françaises : Elles ont été établies en 1982 à partir de la même population que celle qui a servi à établir les courbes de poids et de taille selon l'âge. Elles figurent depuis 1995 dans le carnet de santé des enfants. Les courbes de corpulence françaises sont établies en centiles. L'insuffisance pondérale est définie par un IMC inférieur au 3^e percentile, tandis que le surpoids est défini par un IMC au-delà de la courbe du 97^e percentile. Ces références ne fournissent pas de seuil pour définir l'obésité parmi les enfants en surpoids.

Les seuils de l'*International Obesity Task Force* : L'IOTF a élaboré en 2000 une définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, en utilisant des courbes de l'IMC établies à partir de données recueillies dans six pays disposant de larges échantillons représentatifs. Disponibles de 2 à 18 ans, les seuils de surpoids et d'obésité sont constitués par des courbes de centiles atteignant respectivement les valeurs 25 et 30 kg/m² à 18 ans (seuils définissant le surpoids et l'obésité chez l'adulte). Selon l'IOTF, on parle de surpoids (dont obésité) pour un IMC supérieur au centile IOTF-25, de surpoids entre le centile IOTF-25 et le centile IOTF-30 et d'obésité pour un IMC supérieur au centile IOTF-30.

³ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé en 1946

⁴ Source : <http://www.mangerbouger.fr/>

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Sauf précision contraire, les résultats issus de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) et de l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2) sont basés sur les données recueillies avec le questionnaire Ipaq (International Physical Activity Questionnaire). Le Baromètre santé nutrition et ses extensions régionales utilisent le questionnaire Gpaq (Global Physical Activity Questionnaire) pour évaluer l'activité physique.

DONNÉES GÉNÉRALES

Enfants (3-10 ans)

À retenir

- Les **jours d'école**, entre 30 et 39% des enfants âgés de 3 à 10 ans ne pratiquent pas de **jeux de plein air**.
- Les **jours avec peu ou pas d'école**, ils sont un peu plus de 10% à ne pas pratiquer de **jeux de plein air**.
- La pratique de jeux en plein air diffère selon le **contexte d'habitat** des enfants. Elle est plus élevée lorsque la taille de l'unité urbaine diminue.
- La très grande majorité des 3-10 ans a eu **au moins un cours d'éducation physique** la semaine précédant l'enquête (82%).
- À cet âge, il n'existe pas de **différence notable entre les sexes**, sauf pour la pratique de jeux actifs à la récréation, plus élevée chez les garçons que chez les filles (90% contre 80%).

Étude nationale nutrition santé (ENNS)

Pour cette tranche d'âge, les résultats concernent les pratiques d'activité physique lors de la semaine précédant la passation du questionnaire. Le questionnaire s'adressait aux parents.

Selon l'étude nationale nutrition santé, les jours d'école, 39% des enfants de 3 à 10 ans ne pratiquent pas de jeux en plein air et 35% en pratiquent tous les jours (Tableau 1). Les jours avec peu ou pas d'école, les enfants sont moins nombreux à pratiquer des jeux de plein air tous les jours (26%) mais également moins nombreux à ne jamais pratiquer (13%). Les enfants les plus jeunes (3-6 ans) ont tendance à moins pratiquer ce type de jeux que ceux de 7-10 ans mais cette différence n'est pas significative.

Plus de 82% des enfants de 3-10 ans ont eu au moins un cours d'éducation physique (80% des 3-6 ans et 85% des 7-10 ans).

La grande majorité des enfants de cette tranche d'âge sont considérés comme actifs par leurs parents, quels que soient l'âge et le sexe.

Tableau 1 : Pratiques d'activité physique chez les enfants de 3 à 10 ans selon le sexe et l'âge en 2006 (en %)

	3-6 ans	7-10 ans	Tous
Garçons			
Jeux en plein air les jours d'école ¹ (%)			
aucun jour	47,3	29,3	37,4
quelques jours	23,7	29,5	26,9
tous les jours	29,1	41,2	35,7
Jeux en plein air les jours avec peu ou pas d'école ¹ (%)			
aucun jour	16,4	5,7	10,5
quelques jours	60,6	62,9	61,9
tous les jours	23,0	31,4	27,6
Activité physique et sportive à l'école ¹ (%)	82,9	80,3	81,5
Enfant actif selon les parents (%)	95,8	94,6	95,1
Filles			
Jeux en plein air les jours d'école ¹ (%)			
aucun jour	43,5	37,9	40,6
quelques jours	21,2	28,2	24,9
tous les jours	35,3	33,9	34,6
Jeux en plein air les jours avec peu ou pas d'école ¹ (%)			
aucun jour	13,9	18,1	16,0
quelques jours	62,2	52,0	57,1
tous les jours	23,9	29,9	26,9
Activité physique et sportive à l'école ¹ (%)	84,3	86,0	85,2
Enfant actif selon les parents (%)	91,6	87,9	89,6

¹ chez les enfants scolarisés et ayant eu école la semaine précédant l'interview

Source : Étude ENNS 2006

Si 50% des enfants pratiquent des jeux en plein air au moins deux jours d'école par semaine, cette proportion varie de façon significative selon la taille d'unité urbaine (Tableau 2). En effet, dans l'agglomération parisienne, seuls 30% des enfants pratiquent des jeux en plein air au moins deux jours d'école par semaine, alors qu'ils sont plus du double dans les unités urbaines de moins de 2 000 habitants.

Tableau 2 : Enfants de 3 à 10 ans ayant pratiqué des jeux en plein air au moins pendant deux jours d'école la semaine précédente, selon le contexte d'habitat, en 2006 (en %)

	Jours d'école avec jeux en plein air ≥2 (%)
Taille d'unité urbaine*	
<2 000 habitants	62,8
[2 000-20 000[51,9
[20 000-100 000[45,4
≥100 000 habitants	51,0
Agglomération parisienne	29,8

* Se référer au chapitre Définitions

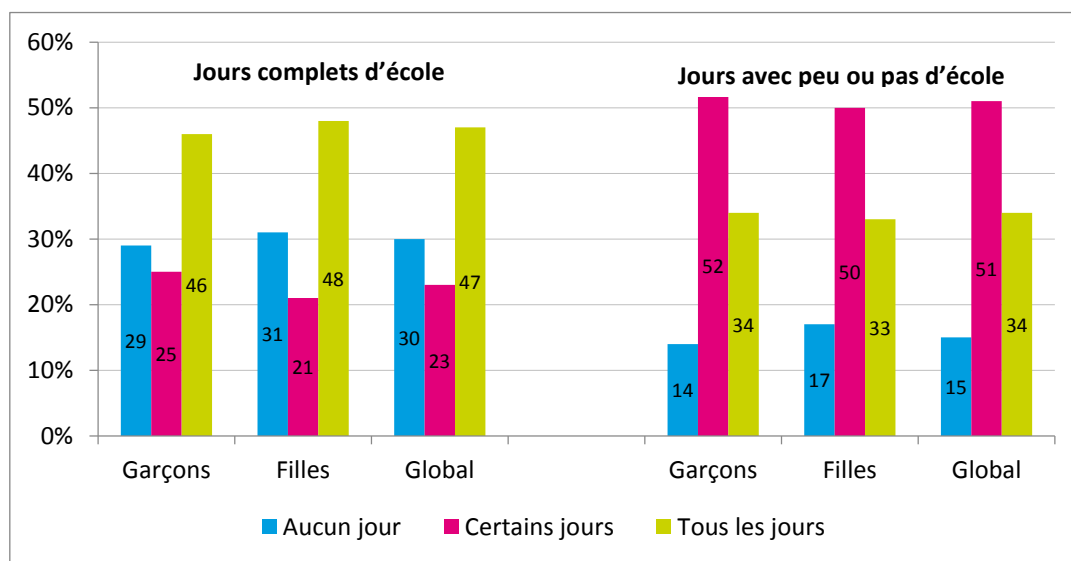
Source : Étude ENNS 2006

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Pour cette tranche d'âge, les résultats sont obtenus par la même méthode que celle de l'ENNS (questionnaire passé auprès des parents).

Selon l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires, 30% des enfants de 3 à 10 ans ne pratiquent pas de jeux en plein air et 47% pratiquent tous les jours (Figure 1). Les jours avec peu ou pas d'école, les enfants sont moins nombreux à pratiquer des jeux de plein air chaque jour (34%) mais également moins nombreux à ne jamais en pratiquer (15%). Plus de 83% des 3-10 ans ont eu au moins un cours d'éducation physique. Près de la moitié des enfants (48%) pratiquent un sport en dehors de l'école (cours ou entraînement), chez les garçons comme chez les filles, et 11% ont participé à une compétition sportive la semaine précédant l'enquête.

Figure 1 - Enfants de 3 à 10 ans* selon la pratique de jeux en plein air, le sexe et le type de jour, en 2006-2007 (en %)

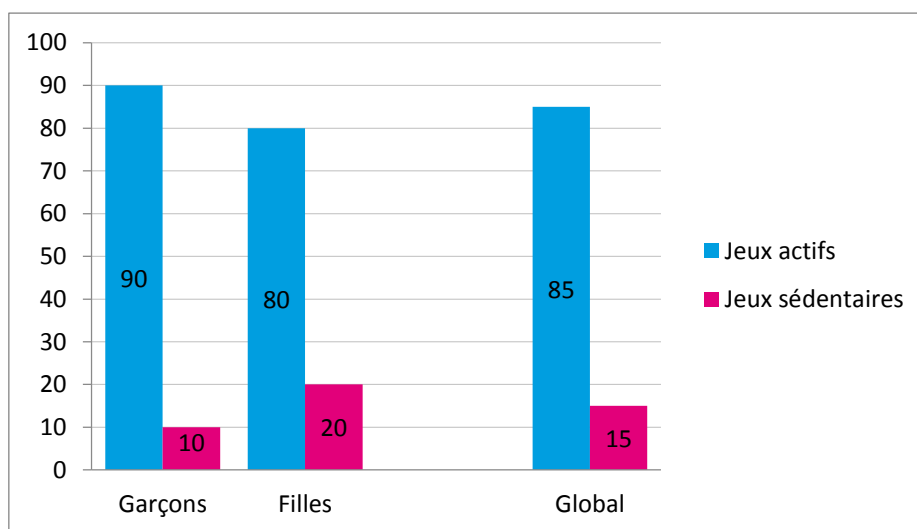


* ayant été à l'école la semaine précédant l'interview

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Selon les parents, une grande majorité des enfants (85%) pratique des jeux actifs à la récréation (comme courir, sauter, jouer au ballon, etc.), davantage lorsqu'il s'agit d'un garçon que d'une fille (90% contre 80%) (Figure 2).

Figure 2 - Enfants de 3 à 10 ans scolarisés, selon le type de jeux entrepris à la récréation et le sexe, en 2006-2007 (en %)



Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Enquête nationale sur la santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle (Drees)

Lors de l'enquête 2005-2006 réalisée en grande section de maternelle auprès des parents des élèves scolarisés, ceux-ci sont 46% à déclarer que leur enfant pratique des jeux à l'extérieur les jours avec école au moins trois fois par semaine et 63% les jours avec peu ou pas d'école.

Adolescents (11-17 ans)

À retenir

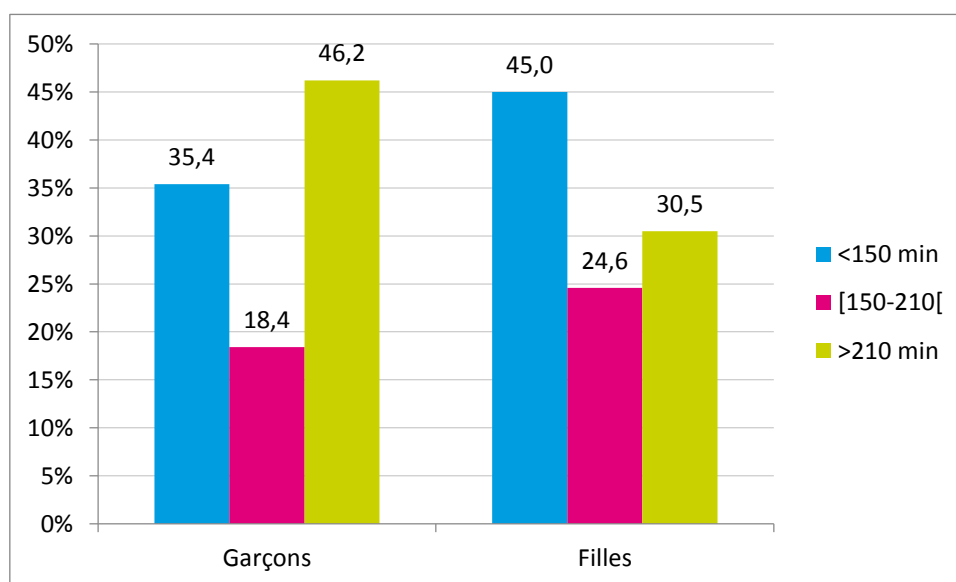
- 12% des adolescents âgés de 11 à 14 ans déclarent **suivre les recommandations actuelles** (une heure d'activité physique au moins modérée par jour).
- 31% pratiquent **au moins 1 heure par jour d'activité physique au moins 5 jours par semaine**.
- À cet âge, **les différences entre les sexes** commencent à se marquer.
- La **fréquence de la pratique diminue avec l'âge**.
- Il y a des différences de **fréquence de pratique selon les régions**.
- Deux tiers des collégiens ont eu au moins **deux cours d'éducation physique au collège** la semaine précédant l'enquête.
- Deux tiers des collégiens pratiquent un **sport en dehors de l'école**.

Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Pour les adolescents de 11 à 14 ans, les résultats sont basés sur les données recueillies auprès des adolescents dans l'adaptation française du questionnaire *Youth Risk Behaviour Surveillance System* (YRBSS).

Plus de 60% des adolescents âgés de 11 à 14 ans déclarent effectuer au moins 150 minutes d'activité physique au moins modérée par semaine (Figure 3). La différence est marquée entre les sexes, avec près de dix points d'écart (65% des garçons contre 55% des filles). Pour les niveaux d'activité plus élevés (au moins 210 minutes par semaine), la différence est encore plus marquée (46% contre 31%).

Figure 3 - Adolescents de 11 à 14 ans* selon le temps hebdomadaire moyen minimum d'activité physique d'intensité au moins modérée et selon le sexe, en 2006 (en %)



Source : Étude ENNS 2006

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Les résultats sont basés sur la même méthodologie que celle de l'ENNS (questionnaire YRBSS).

Les adolescents âgés de 11 à 14 ans déclarent pratiquer en moyenne des activités physiques modérées 2,1 jours par semaine et des activités physiques intenses 2,0 jours par semaine (Tableau 3). Quelle que soit l'intensité de l'activité physique, les garçons pratiquent plus fréquemment que les filles.

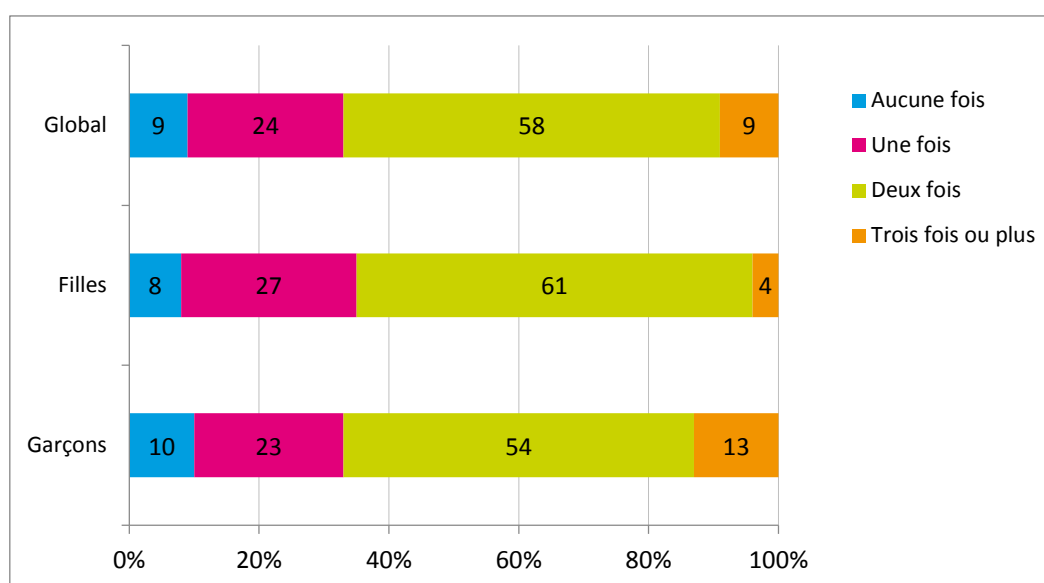
Tableau 3 : Indices d'activité physique selon le sexe, chez les adolescents de 11 à 14 ans, en 2006-2007

	Total	Garçons	Filles
Fréquence hebdomadaire d'activités physiques intenses (jour(s)/semaine)	2,0	2,5	1,6
Fréquence hebdomadaire d'activités physiques modérées (jour(s)/semaine)	2,1	2,5	1,8

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007

Les adolescents ont participé pour 67% d'entre eux à au moins deux cours d'éducation physique à l'école dans la semaine précédant l'interview (Figure 4). Les garçons sont plus nombreux que les filles à avoir participé à au moins trois cours (13% contre 4%). Néanmoins, 9% des adolescents de 11-14 ans n'ont eu aucun cours d'éducation physique dans la semaine précédant l'interview.

Figure 4 - Adolescents de 11 à 14 ans* selon la fréquence des cours d'éducation physique à l'école et selon le sexe, en 2006-2007 (en %)



* ayant été à l'école la semaine précédant l'interview

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Les cours durent en moyenne plus d'une heure pour 60% des adolescents, sans différence significative entre les sexes.

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Dans le Baromètre santé nutrition 2008, 67% des garçons et 49% des filles âgées de 12 à 17 ans déclarent pratiquer plus d'une heure d'activité physique par jour (Tableau 4). Dans les régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête, ces pourcentages, pour les garçons comme pour les filles, sont moins élevés en Haute-Normandie et Franche-Comté et plus élevés pour les garçons dans le Nord-Pas-de-Calais (82%) et en Île-de-France pour les filles (59%). Ces différences ne sont pas toujours significatives.

Tableau 4 : Adolescents de 12 à 17 ans pratiquant une activité physique plus d'une heure par jour, selon le sexe (en %)

	Garçons	Filles	Total
France métropolitaine 2008	66,7	49,1	59,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	68,8	46,1	57,7
Île-de-France 2008	78,5	58,8	68,6
Languedoc-Roussillon 2008	68,7	48,4	59,3
Haute-Normandie 2008	61,4	35,8	49,1
Picardie 2008	64,7	56,2	61,3
Franche-Comté 2008	60,1	42,7	51,0
Champagne-Ardenne 2009	78,5	42,2	62,2
Nord-Pas-de-Calais 2009	81,8	54,5	68,9

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

L'activité physique totale des jeunes âgés de 12 à 17 ans est estimée à environ 1 heure et 31 minutes par jour. Le temps de pratique lié au milieu scolaire ou au travail (42 minutes) est plus élevé que celui lié aux loisirs (32 minutes) ou aux déplacements (17 minutes) (Tableau 5).

La durée moyenne est plus élevée en Picardie (118 minutes), en raison d'un temps de pratique lié aux loisirs deux fois supérieur ; dans le Nord-Pas-de-Calais (101 minutes), où on observe des temps de pratique un peu plus importants dans tous les contextes ; et en Champagne-Ardenne (101 minutes également), où les adolescents ont le temps de pratique lié aux déplacements le plus élevé.

La durée moyenne est moins élevée en Haute-Normandie (71 minutes), où on observe des temps de pratique moins importants dans tous les contextes, et en Franche-Comté (84 minutes), en raison de temps de pratique liés aux loisirs et aux déplacements un peu inférieurs aux durées nationales.

Tableau 5 : Durée moyenne d'activité physique par jour selon le contexte de pratique, chez les adolescents de 12 à 17 ans (en minutes)

	Milieu scolaire/Travail	Loisirs	Déplacements	Total
France métropolitaine 2008	42	32	17	91
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	41	31	17	89
Île-de-France 2008	42	30	24	96
Languedoc-Roussillon 2008	42	38	12	92
Haute-Normandie 2008	36	24	11	71
Picardie 2008	40	61	16	118
Franche-Comté 2008	43	27	15	84
Champagne-Ardenne 2009	45	31	25	101
Nord-Pas-de-Calais 2009	47	35	20	101

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Près de 64% des adolescents âgés de 12 à 17 ans ont répondu qu'il fallait pratiquer au moins une heure d'activité physique par jour pour être en bonne santé, ce qui correspond aux recommandations pour cette tranche d'âge (Tableau 6). La connaissance de ce repère est plus élevée chez les garçons que chez les filles (69% contre 58%). Elle est plus élevée dans le Nord-Pas-de-Calais pour les garçons (78%) et en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour les filles (64%). Elle est moins élevée en Haute-Normandie pour les garçons (54%) et en Languedoc-Roussillon pour les filles (43%).

**Tableau 6 : Connaissance des recommandations sur l'activité physique
chez les adolescents de 12 à 17 ans selon le sexe (en %)**

	Garçons	Filles	Total
France métropolitaine 2008	69,0	58,2	63,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	66,7	63,9	65,4
Île-de-France 2008	64,0	61,6	62,8
Languedoc-Roussillon 2008	59,8	42,8	52,0
Haute-Normandie 2008	53,6	57,6	55,5
Picardie 2008	61,0	50,1	55,8
Franche-Comté 2008	59,2	63,1	61,2
Champagne-Ardenne 2009	59,0	58,3	58,7
Nord-Pas-de-Calais 2009	77,6	54,7	66,8

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*

L'enquête HBSC interroge les collégiens sur le nombre de jours pendant lesquels ils ont pratiqué une activité physique au moins 60 minutes par jour au cours des sept derniers jours.

En 2010, les collégiens déclarent pratiquer au moins une heure d'activité physique par jour, en moyenne 3,6 jours au cours des 7 derniers jours. Les garçons pratiquent plus que les filles. Cette moyenne diminue lors de l'avancée en âge (3,8 jours en classe de 6^e contre 3,3 en classe de 3^e).

Seuls 12% des adolescents suivent les recommandations actuelles (une heure d'activité physique modérée par jour). Cette proportion décroît de façon continue, passant de 15% chez les élèves de 6^e à 9% chez ceux de 3^e (Tableau 7). Les garçons sont plus nombreux que les filles à respecter les recommandations (16% contre 7%) et ce quelle que soit la classe considérée. Les mêmes constats sont observés en 2014⁵.

**Tableau 7 : Fréquence de la pratique d'une activité physique d'au moins une heure par jour
chez les collégiens, en fonction du sexe et de la classe, en 2010 (en %)**

%	6 ^e		5 ^e		4 ^e		3 ^e	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Chaque jour	20,0	9,9	16,9	7,6	14,1	5,6	12,7	4,4
5 à 6 jours	20,9	18,3	25,0	17,1	22,3	15,0	23,8	12,6
2 à 4 jours	49,6	58,7	48,1	60,9	54,1	61,4	53,1	63,4
1 jour	6,8	7,8	7,1	10,8	6,3	13,1	6,6	12,7
Jamais	2,7	5,4	2,9	3,6	3,2	4,9	3,8	6,9

Source : Inpes, La santé des collégiens en France, Données françaises de l'enquête internationale HBSC 2010.

En 2010, 31% des collégiens pratiquent au moins 1 heure d'activité physique par jour au moins 5 jours par semaine, avec là encore un écart marqué entre les garçons et les filles (39% contre 23%). Cette proportion augmente légèrement en 2014 (34%). Deux tiers des collégiens (64%) pratiquent une activité sportive en dehors de l'école, les garçons plus que les filles (78% contre 49%).

Dans les ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête HBSC, les proportions de collégiens déclarant pratiquer une activité physique au moins 1 heure par jour 5 fois par semaine sont beaucoup moins élevées en Poitou-Charentes qu'en Alsace ou Midi-Pyrénées, et ce quel que soit le sexe (Tableau 8). Comme au niveau national, les garçons sont plus nombreux à pratiquer que les filles.

⁵ Les données détaillées de l'enquête 2014 n'ont pas été publiées à ce jour.

Tableau 8 : Collégiens pratiquant au moins une heure d'activité physique par jour au moins cinq jours par semaine, en fonction du sexe, de l'âge et de la région (en %)

	11 ans		13 ans		15 ans	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Midi-Pyrénées 2007	37,4	28,0	42,1	27,5	28,8	18,2
Poitou-Charentes 2007	25,0	11,0	25,0	11,0	18,0	11,0
Alsace 2012	39,0	29,0	37,0	22,0	30,0	17,0

Sources : Extensions régionales de l'enquête HBSC, ORS Midi-Pyrénées (2007), ORS Poitou-Charentes (2007), ORS Alsace (2012).

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième (Drees)

Selon l'enquête 2009 réalisée auprès des élèves scolarisés en classe de troisième, ceux-ci sont 64% à déclarer pratiquer régulièrement un sport au moins une fois par semaine en dehors des horaires de classe.

Adolescents et jeunes adultes (15-25 ans)

À retenir

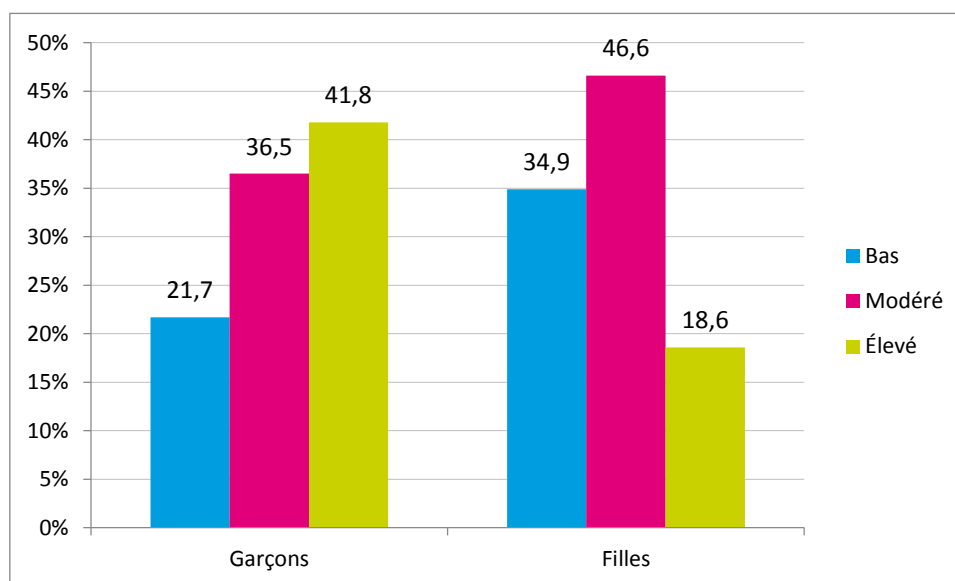
- 12 à 22% des garçons et 22 à 35% des filles de 15 à 17 ans présentent **un faible niveau d'activité physique** (score bas de l'Ipaq).
- 42 à 63% des garçons et 19 à 24% des filles de 15 à 17 ans présentent **un niveau d'activité physique favorable à la santé** (score élevé de l'Ipaq).
- Le niveau d'activité physique élevé est **associé à des gradients géographiques** nord-sud et est-ouest : plus élevé au sud qu'au nord et dans l'est plutôt que dans l'ouest.
- Les jeunes hommes âgés de 15 à 25 ans passent plus de temps par jour à pratiquer une activité physique que les jeunes femmes du même âge, quel que soit le **contexte de pratique**.
- C'est **au travail ou lors du temps scolaire** que les jeunes âgés de 15 à 25 ans pratiquent le plus d'activité physique.

Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Les adolescents âgés de 15 à 17 ans sont 71% à déclarer pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes par jour d'une activité physique au moins modérée, au moins cinq jours par semaine (classe « modérée » et « élevée » de l'Ipaq)⁶. Tout comme les adolescents plus jeunes, on observe une différence (non significative dans cette enquête) entre les sexes : 78% des garçons contre 65% des filles. Cette différence s'avère très marquée pour le niveau d'activité physique élevé, beaucoup plus fréquente chez les garçons (42%) que chez les filles (19%) (Figure 5).

⁶ Se référer au chapitre Sources de données

Figure 5 - Adolescents de 15 à 17 ans selon le niveau d'activité physique et le sexe en 2006



Source : Étude ENNS 2006

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Moins de la moitié des adolescents âgés de 15 à 17 ans (43%) atteignent un niveau d'activité physique élevé. Les garçons sont bien plus nombreux que les filles du même âge à pratiquer ce niveau d'activité physique favorable à la santé (63% contre 24%). Par ailleurs, 12% des garçons et 22% des filles de 15-17 ans présentent un faible niveau d'activité physique (score bas de l'Ipaq).

Le pourcentage d'adolescents de 15-17 ans qui atteignent un niveau d'activité physique élevé est associé à des gradients géographiques nord-sud et est-ouest. En effet, ce taux est plus élevé au sud qu'au nord (50% contre 35%) et plus élevé à l'est qu'à l'ouest (51% contre 34%).

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Les adolescents et jeunes hommes âgés de 15 à 25 ans passent plus de temps par jour à pratiquer une activité physique que les adolescentes et jeunes femmes du même âge, quel que soit le contexte de pratique (Tableau 9). C'est au travail ou lors du temps scolaire que les adolescents et jeunes adultes pratiquent le plus d'activité physique (107 minutes par jour chez les hommes et 68 minutes chez les femmes).

Tableau 9 : Durée moyenne d'activité physique par jour selon le contexte de pratique, chez les jeunes adultes et adolescents de 15 à 25 ans en 2008 (en minutes)

	Déplacements	Loisirs	Travail/temps scolaire	Total
Hommes	24	40	107	171
Femmes	19	15	68	102

Source : Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Population adulte - Niveau d'activité physique

À retenir

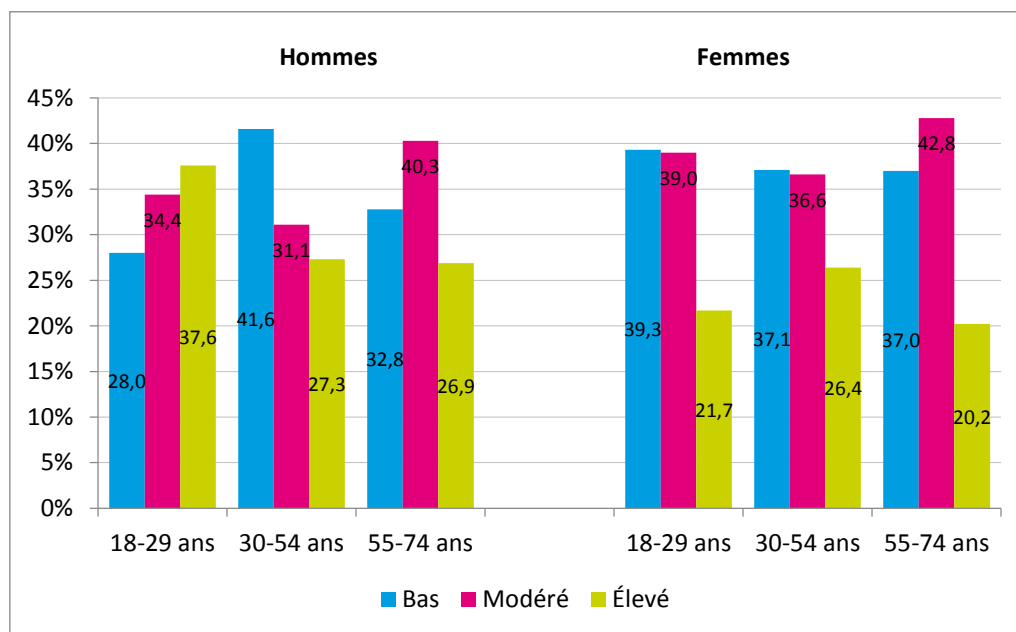
- Un tiers des adultes a un niveau d'activité physique limité.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir un niveau d'activité physique limité.
- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir un niveau d'activité physique élevé.
- La proportion d'hommes ayant un niveau d'activité physique élevé diminue avec l'âge alors que cette proportion est stable chez les femmes.
- Les niveaux d'activité physique diffèrent selon les régions.
- La proportion d'adultes ayant un niveau d'activité physique élevé est plus importante en zone rurale qu'en zone urbaine.

Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Les adultes âgés de 18 à 74 ans, hommes comme femmes, sont 63% à déclarer pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes par jour d'une activité physique au moins modérée, au moins cinq jours par semaine (classe « modérée » et « élevée » de l'Ipq). La répartition entre le niveau modéré et le niveau élevé s'avère différente selon le sexe : 30% des hommes ont un niveau d'activité physique élevé contre 24% des femmes.

La proportion d'hommes ayant un niveau d'activité physique élevé diminue avec l'âge, passant de 38% chez les 18-29 ans à 27% chez les 55-74 ans (Figure 6). Chez les femmes, cette proportion est relativement stable selon les classes d'âge (entre 20 et 26% d'entre elles).

Figure 6 - Adultes de 18 à 74 ans selon le niveau d'activité physique, le sexe et l'âge en 2006 (en %)



Source : Étude ENNS 2006

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Moins de la moitié des adultes âgés de 18 à 79 ans (45%) atteignent un niveau d'activité physique élevé (Tableau 10). Les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes du même âge à pratiquer ce niveau d'activité physique favorable à la santé (48% contre 41%). Il n'y a pas de différence selon les trois classes d'âge considérées (18-34 ans, 35-54 ans et 55-79 ans). Par ailleurs, 25% des adultes présentent un faible niveau d'activité physique (score bas de l'Ipq).

Tableau 10 : Adultes de 18 à 79 ans pratiquant une activité physique favorable à la santé selon le sexe et l'âge en 2006-2007 (en %)

	Hommes	Femmes	Total
18-34 ans	47,0	42,0	44,4
35-54 ans	48,7	41,6	44,8
55-79 ans	49,3	40,2	45,1
Ensemble	48,4	41,3	44,8

Source : Afssa, Etude Inca 2, 2006-2007

Le pourcentage d'adultes qui atteignent un niveau d'activité physique élevé est associé à un gradient géographique nord-sud : plus élevé dans le sud de la France que dans le nord (51% contre 42%).

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Parmi les Français âgés de 15 à 75 ans ayant participé à l'enquête du Baromètre santé nutrition 2008, 43% atteignent un niveau d'activité physique favorable à la santé, correspondant au niveau d'activité physique élevé défini par le questionnaire Gpaq (Tableau 11). Ils sont 24% à atteindre un niveau moyen et 33% un niveau limité. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé (52% contre 34%).

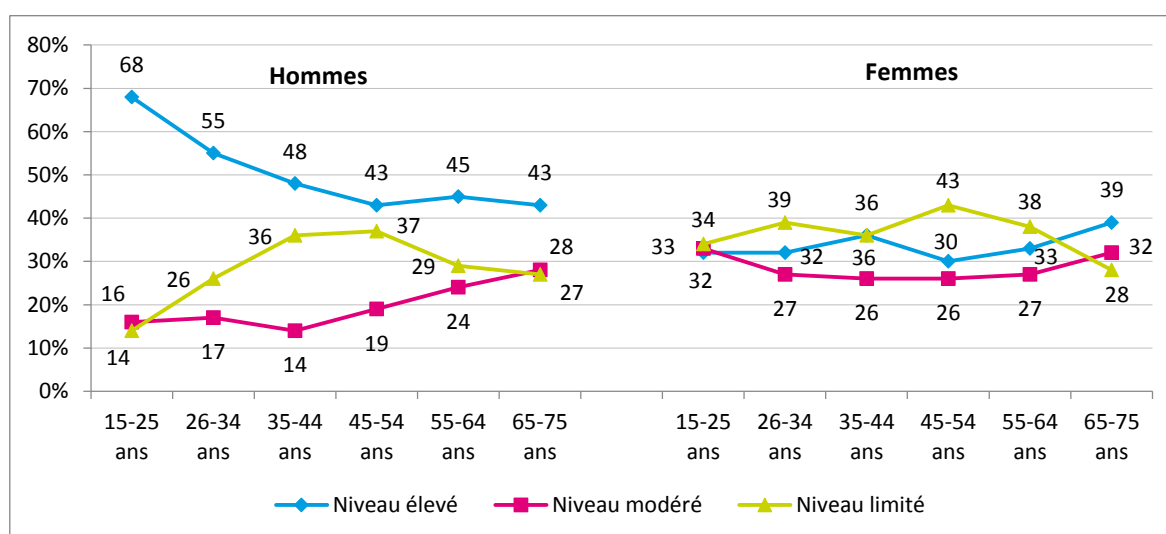
Tableau 11 : Adultes de 15 à 75 ans selon le niveau d'activité physique et le sexe en 2008 (en %)

	Ensemble	Hommes	Femmes
Niveau d'activité physique			
Limité	33,1	28,7	37,4
Moyen	24,4	19,7	28,8
Élevé	42,5	51,6	33,8

Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Les niveaux d'activité physique varient fortement chez les hommes avec l'âge, beaucoup moins chez les femmes (Figure 7). Chez les 15-25 ans, la proportion d'hommes déclarant un niveau d'activité physique favorable à la santé s'élève à 68%. Cette proportion diminue avec l'âge jusqu'à 45-54 ans puis se stabilise. Quel que soit l'âge, les hommes sont plus nombreux que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé.

Figure 7 - Adultes de 15 à 75 ans selon le niveau d'activité physique, le sexe et l'âge en 2008 (en %)



Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Dans les régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête, la proportion de personnes ayant un niveau d'activité physique élevé est moins importante en Île-de-France pour les hommes comme pour les femmes (Tableau 12). En revanche, elle est plus élevée en Languedoc-Roussillon, également pour les deux sexes.

Quels que soient la région et l'âge, les hommes sont plus nombreux que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé.

Tableau 12 : Niveau d'activité physique élevé selon le sexe, l'âge et la région (en %)

	Hommes				Femmes			
	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total
France métropolitaine 2008	62,4	46,1	44,8	50,8	31,3	33,4	36	33,6
PACA* 2008	65,3	52,9	39,7	52,5	35,2	41,4	34,2	37,3
Île-de-France 2008	58	41,6	35	46,0	29,2	31,6	30,8	30,6
Languedoc-Roussillon 2008	63,5	57,2	45,8	55,4	44,2	44,5	41,4	43,4
Haute-Normandie 2008	57,5	50,5	37	49,2	30,4	31,7	33,9	31,9
Picardie 2008	59,8	54,6	39,6	52,3	24,9	38	32	32,2
Franche-Comté 2008	56,9	48,5	38,6	48,2	44,4	28,5	38,0	36,2
Champagne-Ardenne 2009	70,1	52,5	41,9	ND	36,3	31,2	22,2	ND
Nord-Pas-de-Calais 2009	61,7	45,4	35,2	48,7	30,8	39,4	27,9	33,3

* PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ; ND : non disponible

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Quelle que soit la région, les hommes de 18-34 ans et de 35-54 ans sont moins nombreux que les femmes du même âge à avoir un niveau d'activité physique limité.

Tableau 13 : Niveau d'activité physique limité selon le sexe, l'âge et la région (en %)

	Hommes				Femmes			
	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total
France métropolitaine 2008	20,7	36,6	29,9	29,4	38,3	40,1	34,3	37,8
PACA* 2008	20,7	27,9	36,5	28,4	39,0	37,4	34,3	36,8
Île-de-France 2008	15,8	31,7	28,4	25,1	32,3	39,0	34,3	35,5
Languedoc-Roussillon 2008	21,3	2,5	24,9	25,3	33,8	32,8	29,7	32,1
Haute-Normandie 2008	26,5	33,0	43,1	33,6	39,8	42,6	33,6	39,1
Picardie 2008	26,3	31,7	35,7	31,1	47,9	45,7	33,8	43,0
Franche-Comté 2008	25,4	32,6	63,0	36,4	36,5	45,6	29,5	37,8
Nord-Pas-de-Calais 2009	21,5	35,7	41,1	31,9	34,0	31,5	46,2	36,3

* PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Une région, comme par exemple l'Île-de-France, peut ainsi à la fois avoir une proportion plus faible d'habitants avec un niveau d'activité élevé (Tableau 12) et une proportion plus faible également d'habitants avec un niveau d'activité limité (Tableau 13).

Le pourcentage d'adultes âgés de 18 à 75 ans avec un niveau d'activité physique élevé est supérieur en zone rurale (46% contre 41% en zone urbaine). C'est également le cas pour la majorité des régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête, sauf en Haute-Normandie et Franche-Comté (Tableau 14).

Tableau 14 : Adultes de 18 à 75 ans avec un niveau d'activité physique élevé, selon le contexte d'habitat et la région (en %)

Baromètre santé nutrition 2008	Urbain	Rural
France métropolitaine 2008	40,5	46,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	43,9	51,1
Île-de-France 2008	38,0	39,2
Languedoc-Roussillon 2008	47,3	55,1
Haute-Normandie 2008	40,5	40,1
Picardie 2008	41,8	42,5
Franche-Comté	43,8	40,3
Nord-Pas-de-Calais 2009	40,3	43,9

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Population adulte - Contexte de pratique

À retenir

- **Près de la moitié de l'activité physique totale est réalisée au travail** (46%), 28% lors des déplacements et 25% lors des loisirs.
- Chez les personnes ayant un **niveau d'activité physique élevé**, celle-ci s'effectue majoritairement dans le **contexte professionnel** (65%).

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Dans le Baromètre santé nutrition 2008, plus de la moitié de la population âgée de 15 à 75 ans (56%) déclare faire une activité physique pendant ses déplacements, 51% pendant ses loisirs et 58% au travail (Tableau 15). Les hommes déclarent plus souvent pratiquer une activité physique au travail (61%), alors que les femmes déclarent plus souvent une activité physique pendant les déplacements (59%).

Tableau 15 : Taux de pratique d'une activité physique des adultes de 15 à 75 ans selon le contexte et le sexe, en 2008 (en %)

	Ensemble	Hommes	Femmes
Pratique d'une activité physique pendant les déplacements	55,7	52,1	59,1
Pratique d'une activité physique pendant les loisirs	50,6	58,3	43,3
Pratique d'une activité physique au travail	57,7	60,5	55,1

Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

L'activité physique totale est estimée à environ 2 heures 19 minutes par jour, avec un temps de pratique significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (2 heures 47 minutes contre 1 heures 53 minutes), en raison d'un temps de pratique plus élevé quel que soit le contexte (Tableau 16). Le temps moyen d'activité physique selon les contextes varie également selon l'âge, en particulier pour le travail. Chez les hommes comme chez les femmes, le temps d'activité physique liée aux déplacements est plus élevé chez les jeunes de moins de 25 ans et chez les plus de 55 ans. Enfin, le temps d'activité physique lié aux loisirs est plus élevé chez les jeunes hommes de moins de 25 ans.

Tableau 16 : Durée moyenne d'activité physique par jour chez les personnes de 15 à 75 ans selon le contexte de pratique, le sexe et l'âge, en 2008 (minutes)

	15-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-75 ans	Ensemble
Hommes							
Déplacements	24	17	18	17	27	35	22
Loisirs	40	23	21	18	23	22	25
Travail	107	157	138	120	108	78	120
Femmes							
Déplacements	19	12	12	15	22	32	18
Loisirs	15	11	10	10	11	13	12
Travail	68	91	101	96	70	68	83

Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Près de la moitié de l'activité physique totale est réalisée au travail (46%), 28% lors des déplacements et 25% lors des loisirs (Tableau 17). La proportion d'activité physique au travail est équivalente entre les hommes (47%) et les femmes (46%). Mais la part d'activité physique pratiquée dans le cadre des loisirs est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (30% contre 21%) alors que la part associée aux déplacements est moins élevée (23% contre 34%). La part du temps consacré à l'activité physique de loisirs diminue avec l'âge, passant de 31% chez les moins de 26 ans à 14% chez les 65-75 ans. Ces derniers, en revanche, affichent la part d'activité physique liée aux déplacements la plus élevée (42%). La tranche d'âge des 35-44 ans déclare la plus forte proportion d'activité physique au travail (52%) et la plus faible proportion d'activité physique liée aux déplacements (20%).

Tableau 17 : Contexte de pratique d'activité physique chez les personnes de 15 à 75 ans, selon l'âge et le sexe en 2008 (en %)

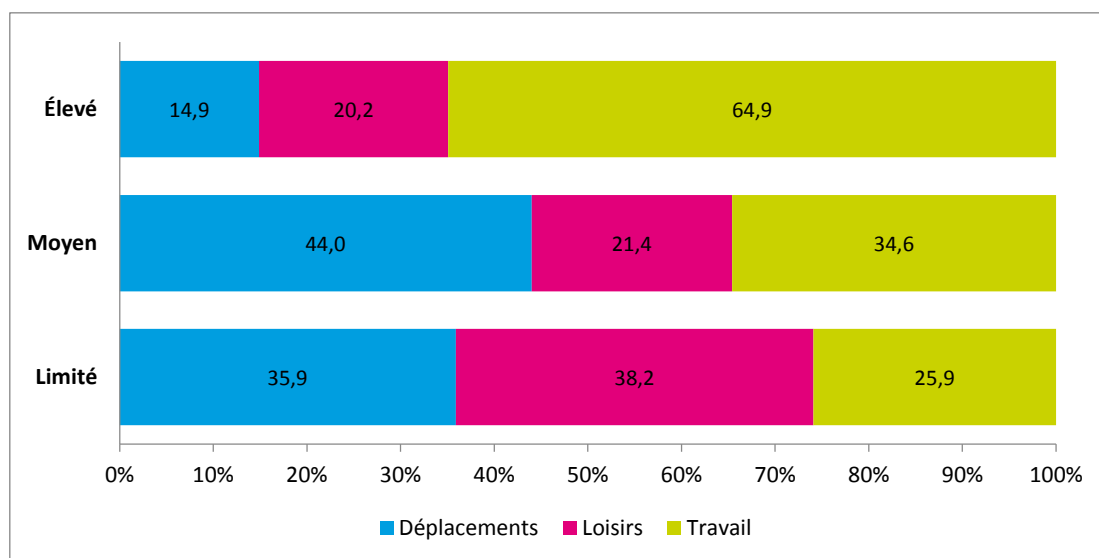
	Age (années)						Sexe		Ensemble
	15-25	26-34	35-44	45-54	55-64	65-75	M	F	
Déplacements	29,7	21,4	19,8	27,5	33,7	42,4	22,6	33,8	28,3
Loisirs	30,5	28,5	28,3	25,2	20,9	13,7	30,1	20,6	25,3
Travail	39,8	50,1	51,9	47,3	45,4	43,9	47,2	45,7	46,4

M : masculin ; F : féminin.

Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Chez les personnes ayant un niveau d'activité physique élevé, celle-ci s'effectue majoritairement dans le contexte professionnel (65%). Pour celles ayant un niveau d'activité physique moyen, c'est durant les déplacements que s'effectue la majeure partie de l'activité physique (44%). Enfin, pour les personnes ayant un niveau d'activité physique limité, ce sont les loisirs qui contribuent le plus à l'activité physique (Figure 8).

Figure 8 - Contextes de pratique d'activité physique selon les niveaux d'activité physique chez les personnes de 15 à 75 ans en 2008 (en %)



Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Les hommes âgés de 18 à 75 ans sont plus nombreux à déclarer pratiquer une activité physique intense dans le cadre de leur travail que les femmes, au niveau national (35% contre 19%) comme dans les régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête. Cette pratique intense au travail diminue fortement avec l'âge, quel que soit le sexe et la région (Tableau 18). Elle est plus élevée en Champagne-Ardenne pour les hommes et dans le Nord-Pas-de-Calais pour les femmes. Elle est plus faible en Île-de-France, pour les deux sexes.

Tableau 18 : Activité physique intense au travail chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %)

	Hommes				Femmes			
	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total
France métropolitaine 2008	43,6	36,9	21,8	34,6	22,5	20,4	13,2	18,8
PACA* 2008	40,8	40,5	18,5	33,8	29,5	24,4	13,9	22,5
Île-de-France 2008	40,8	32,3	13,6	30,9	13,5	21,1	11,3	16,0
Languedoc-Roussillon 2008	54,4	42,7	25,6	40,7	26,5	20,4	20,7	22,2
Haute-Normandie 2008	48,2	35,4	24,8	36,8	22,7	24,7	19,2	22,5
Picardie 2008	48,3	45,1	24,8	40,9	17,1	24,5	16,4	19,9
Franche-Comté 2008	43,7	31,7	24,2	33,1	28,3	14,1	9,2	16,6
Champagne-Ardenne 2009	55,7	47,1	20,3	42,4	28,2	17,5	11,7	19,1
Nord-Pas-de-Calais 2009	47,8	39,3	15,6	36,7	28,5	24,7	15,4	24,1

* PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Les hommes âgés de 18 à 75 ans sont plus nombreux à déclarer pratiquer une activité physique intense dans le cadre des loisirs que les femmes, au niveau national (32% contre 17%) comme dans les régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête (Tableau 19). Cette pratique diminue fortement avec l'âge, quel que soit le sexe et la région. La pratique intense pendant les loisirs est plus élevée en Île-de-France pour les hommes comme pour les femmes.

Tableau 19 : Activité physique intense lors des loisirs chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %)

	Hommes				Femmes			
	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total
France métropolitaine 2008	54,4	27,2	12,5	31,5	26,9	17,1	5,6	16,5
PACA* 2008	49,2	22,1	14,6	27,9	26,0	18,2	10,6	17,9
Île-de-France 2008	51,7	34,4	12,7	35,4	31,5	22,3	7,3	21,8
Languedoc-Roussillon 2008	55,5	35,0	9,7	33,0	27,1	15,7	6,4	15,9
Haute-Normandie 2008	51,1	24,2	11,2	29,7	20,7	19,1	8,1	16,4
Picardie 2008	46,5	24,1	7,9	27,1	20,3	12,9	4,0	12,7
Franche-Comté 2008	48,9	28,7	9,8	29,5	25,6	15,7	3,9	14,8
Champagne-Ardenne 2009	47,1	27,3	12,7	29,5	17,9	17,9	6,7	14,6
Nord-Pas-de-Calais 2009	45,0	17,3	8,0	25,0	19,7	11,5	3,5	12,1

* PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Les adultes âgés de 18 à 75 ans sont 59% à déclarer faire des trajets quotidiens d'au moins 10 minutes en mode actif, à pied, à vélo ou en roller (Tableau 20).

Il n'y a pas de différence entre les sexes au niveau national, mais celle-ci existe dans certaines régions, comme l'Île-de-France. L'Île-de-France est également davantage concernée que les autres régions par les trajets actifs. Enfin, cette pratique diffère selon les tranches d'âge, les 18-34 ans et les 55-75 ans étant plus nombreux à effectuer des trajets favorables à l'activité physique que les 35-54 ans.

Tableau 20 : Activité physique liée aux déplacements (trajets d'au moins 10 minutes) chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le sexe, l'âge et la région (en %)

	Hommes				Femmes			
	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total
France métropolitaine 2008	54,0	40,4	60,7	58,5	57,7	52,5	66,6	58,5
PACA* 2008	48,1	42,5	65,9	51,5	52,1	51,6	61,7	55,2
Île-de-France 2008	73,6	56,0	71,7	62,2	69,0	66,0	81,0	70,9
Languedoc-Roussillon 2008	51,3	39,5	71,4	53,5	54,1	53,9	68,6	59,2
Haute-Normandie 2008	50,6	50,4	59,7	53,2	54,3	46,3	65,1	54,3
Picardie 2008	48,4	40,8	55,2	47,5	56,9	47,8	65,4	55,7
Franche-Comté 2008	50,4	45,6	57,7	51,00	47,5	49,3	61,8	52,70
Champagne-Ardenne 2009	45,3	56,6	62,9	54,7	49,7	48,9	56,3	51,3
Nord-Pas-de-Calais 2009	52,9	49,3	52,4	51,3	70,9	54,8	58,2	61,2

* PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Population adulte - Connaissances des recommandations

À retenir

- Environ **deux-tiers des adultes connaissent les recommandations** en matière d'activité physique.
- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à connaître les recommandations.
- La connaissance des recommandations augmente avec **l'avancée en âge** et avec **le niveau d'activité physique déclaré**.

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Dans le Baromètre santé nutrition 2008, près de 66% des hommes âgés de 18 à 75 ans et 59% des femmes ont répondu qu'il fallait pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour pour être en bonne santé (recommandation du Programme national nutrition santé) (Tableau 21). Cette recommandation est mieux connue avec l'avancée en âge. Pour presque toutes les régions ou ex-régions administratives, la connaissance de ce repère est également plus élevée chez les hommes que chez les femmes et augmente avec l'avancée en âge, même si les différences ne sont pas toujours significatives.

Tableau 21 : Connaissance des recommandations sur l'activité physique chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le sexe, l'âge et la région (en %)

	Hommes				Femmes			
	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total
France métropolitaine 2008	60,0	62,6	76,4	66,0	50,5	55,9	72,3	59,3
PACA* 2008	70,9	61,2	79,6	70,3	64,4	55,4	68,5	62,2
Île-de-France 2008	60,4	65,1	67,0	64,0	55,9	58,8	61,6	58,5
Languedoc-Roussillon 2008	64,7	62,8	77,3	68,0	58,6	51,3	66,8	58,5
Haute-Normandie 2008	45,0	62,4	74,5	59,8	45,4	47,6	66,8	52,4
Picardie 2008	61,5	53,8	81,4	63,6	44,7	46,1	70,9	52,7
Franche-Comté 2008	57,3	57,5	73,3	62,2	67,5	58,7	72,3	65,5
Champagne-Ardenne 2009	64,8	59,1	77,7		57,8	52,7	74,2	
Nord-Pas-de-Calais 2009	55,3	65,9	72,8	63,8	49,0	55,3	65,6	55,9

* PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

La connaissance des recommandations augmente avec le niveau d'activité physique déclaré : 55% de la population âgée de 18 à 75 ans ayant un niveau limité ont répondu qu'il fallait pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour pour être en bonne santé contre 69% de la population ayant un niveau élevé (Tableau 22). Pour toutes les extensions de l'enquête, on retrouve cette proportion significativement plus élevée, chez les personnes ayant un niveau d'activité physique élevé que chez celles ayant un niveau limité.

Tableau 22 : Connaissance des recommandations d'activité physique chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le niveau d'activité physique (en %)

	Niveau limité	Niveau moyen	Niveau élevé
France métropolitaine 2008	54,70	60,10	69,10
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	60,4	58,4	73,4
Île-de-France 2008	47,1	59,00	72,7
Languedoc-Roussillon 2008	53,4	63,7	69,0
Haute-Normandie 2008	50,6	48,4	65,6
Picardie 2008	51,6	60,2	62,7
Franche-Comté 2008	53,4	63,8	71,0
Champagne-Ardenne 2009	55,9	65,5	68,3
Nord-Pas-de-Calais 2009	57,2	57,9	63,5

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

ACTIVITÉ PHYSIQUE, SURCHARGE PONDÉRALE ET OBÉSITÉ

La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité⁷.

Enfants (3-10 ans)

À retenir

- Quel que soit le type de jour (jours complets d'école ou jours avec peu ou pas d'école), **les enfants en surcharge pondérale** sont plus nombreux à avoir pratiqué peu ou pas de jeux en plein air la semaine précédente que les enfants de corpulence normale ou mince.

Étude nationale nutrition santé (ENNS)

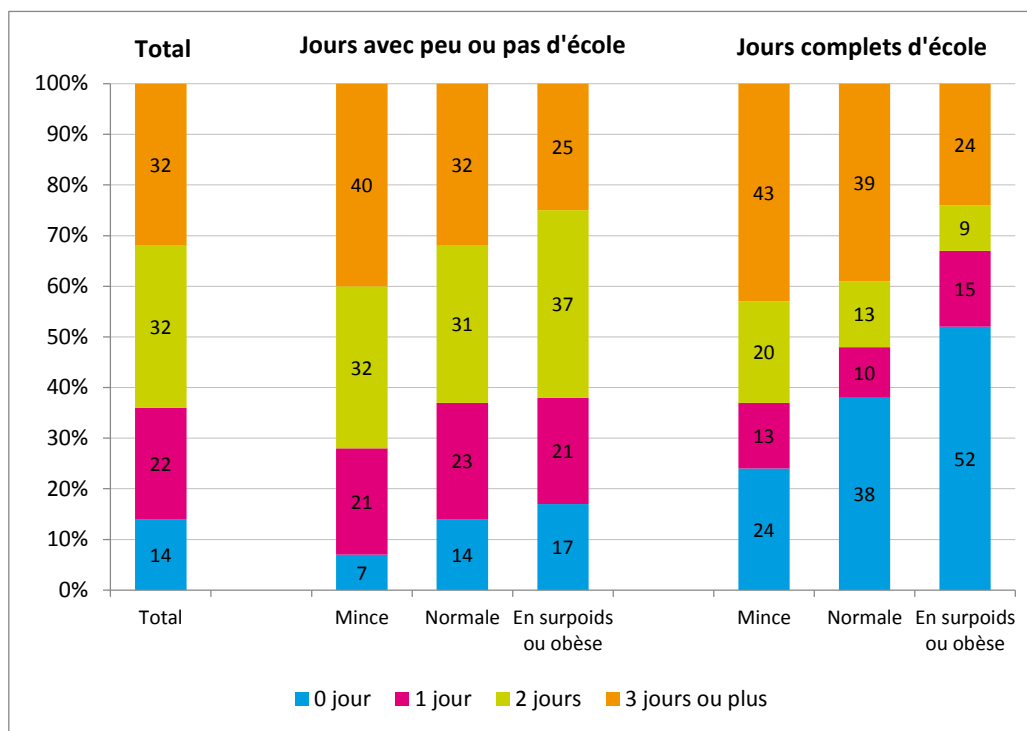
Lors de l'étude ENNS 2006, les enfants âgés de 3 à 10 ans de corpulence mince sont 7% à ne pas pratiquer de jeux en plein air les jours avec peu ou pas d'école, contre 14% des enfants de corpulence normale et 17% des enfants en surpoids ou obèses (Figure 9). Néanmoins, les distributions selon le nombre de jours de jeux en plein air ne varient pas significativement selon le statut pondéral.

Plus de la moitié des enfants en surpoids ou obèses (52%) n'ont pas pratiqué de jeux en plein air la semaine précédant l'enquête pendant les jours complets d'école, contre 38% des enfants de corpulence normale et 24% des enfants de corpulence mince. Là encore, les distributions selon le nombre de jours de jeux en plein air ne sont pas significatives.

La proportion d'enfants ayant pratiqué des jeux en plein air au moins deux jours pendant la semaine précédant la passation du questionnaire aux parents s'élève à 63% chez les enfants de corpulence mince, à 52% chez ceux de corpulence normale et à seulement 33% chez les enfants en surpoids ou obèses (différence significative).

⁷ Se référer au chapitre Définitions

Figure 9 - Nombre hebdomadaire de jours avec pratique de jeux en plein air selon la corpulence et le type de jour, chez les enfants de 3 à 10 ans, en 2006 (en %)



Source : Étude ENNS 2006

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET INÉGALITÉS SOCIALES

Enfants (3-10 ans)

À retenir

- Les **enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires sont moins actifs** que les enfants des quartiers non prioritaires.
- Les **filles scolarisées dans les quartiers prioritaires sont moins actives** que les garçons des mêmes quartiers.

Étude nationale nutrition santé (ENNS)

Lors de l'étude ENNS 2006, 50% des enfants pratiquent des jeux en plein air au moins deux jours d'école par semaine. Cette proportion est plus élevée pour les enfants dont la personne de référence du ménage appartient à la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) des indépendants ou agriculteurs (62%) que pour les enfants d'employé ou d'ouvrier (43%) (Tableau 23). Mais ces différences ne sont pas significatives. C'est également le cas des proportions selon le niveau scolaire de la personne de référence du ménage.

Tableau 23 : Enfants de 3 à 10 ans ayant pratiqué des jeux en plein air au moins pendant deux jours d'école la semaine précédente, selon la situation de la personne de référence du ménage, en 2006 (en %)

	Jours d'école avec jeux en plein air ≥2 (en %)
PCS de la personne de référence du ménage	
Indépendant, agriculteur	62,3
Cadre, profession intermédiaire	55,5
Employé, ouvrier	43,0
Retraité, inactif	59,5
Niveau scolaire de la personne de référence du ménage	
Primaire	45,6
Collège	51,0
Lycée	49,3
Supérieur	52,5

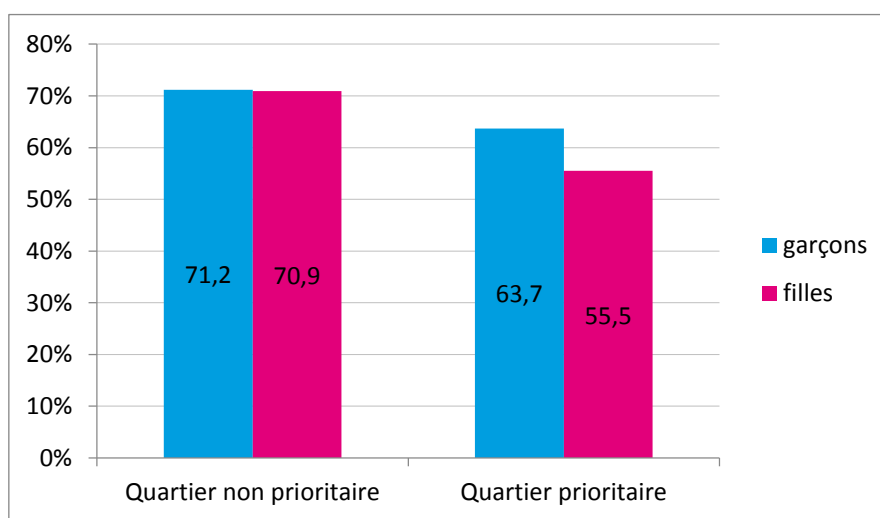
PCS : profession et catégorie socioprofessionnelle.

Source : Étude ENNS 2006

Enfants scolarisés dans le secteur public à Paris en 2009 (étude Mairie de Paris, ORS Île-de-France)

Dans l'enquête réalisée en 2009, les enfants scolarisés à Paris dans le secteur public ont été considérés comme actifs⁸ ou non, selon les activités déclarées le week-end. Deux tiers des enfants de CE2 sont ainsi considérés comme actifs les week-ends. Les enfants scolarisés dans une école située dans les quartiers prioritaires⁹ sont moins actifs les week-ends que les enfants scolarisés dans les quartiers non prioritaires (60% contre 71%). Si dans les quartiers non prioritaires, l'activité physique le week-end est comparable entre les garçons et les filles, elle est cependant différente dans les quartiers prioritaires où 55% des filles sont actives contre 64% des garçons (Figure 10).

Figure 10 - Enfants de CE2 actif le week-end selon le type de quartier et le sexe, en 2009 (en %)



Source : Étude sur les enfants scolarisés dans le secteur public en 2009, Mairie de Paris, ORS Île-de-France

⁸ Faire des promenades, du roller, du vélo, aller à la piscine, faire du sport etc. ou rester à la maison, regarder la télévision, jouer aux jeux vidéo, etc.

⁹ Dans cette étude, les écoles ont été classées selon leur appartenance ou non à une Zone d'éducation prioritaire, à un Réseau d'éducation prioritaire ou à un quartier en politique de la ville. Elles ont été regroupées sous l'appellation « quartier prioritaire ».

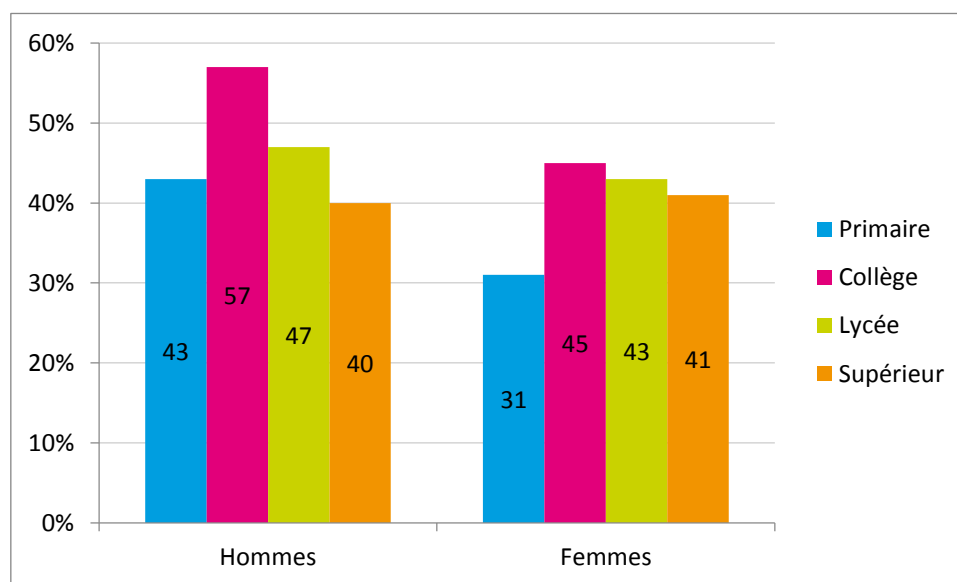
À retenir

- La pratique d'une **activité physique intense au travail** est plus fréquente chez les personnes n'ayant **aucun diplôme** que chez celles ayant un niveau **Bac +2 ou plus**.
- La pratique d'une **activité physique lors des loisirs** est plus fréquente chez les personnes ayant un niveau **Bac +2 ou plus** que chez celles n'ayant **aucun diplôme**.

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

L'étude Inca 2 rapporte que la proportion d'hommes à atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé est plus élevée chez ceux dont la scolarité s'est arrêtée au collège (57%) (Figure 11). Chez les femmes, la proportion la plus basse est observée chez celles dont la scolarité s'est arrêtée en primaire (31%). De plus, quel que soit leur niveau d'éducation, les femmes sont moins de la moitié à pratiquer une activité physique favorable à la santé.

Figure 11 - Adultes de 18 à 79 ans pratiquant une activité physique favorable à la santé selon le sexe et le niveau d'éducation en 2006-2007 (en %)



Source : Afssa, Etude Inca 2, 2006-2007

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Selon le Baromètre santé nutrition 2008, les personnes âgées de 15 à 75 ans avec un revenu mensuel compris entre 900 euros et 1 500 euros par unité de consommation¹⁰ ont une probabilité plus importante d'atteindre un niveau d'activité physique favorable à la santé que ceux ayant un niveau de revenu plus élevé (supérieur à 1 500 euros/UC). Les personnes âgées de 26 à 75 ans ayant un diplôme supérieur au Bac ont une probabilité plus faible de pratiquer une activité physique favorable à la santé que les personnes ayant un diplôme inférieur au Bac, en raison notamment de l'activité physique intense pratiquée dans le contexte professionnel par ces derniers.

La pratique d'une activité physique intense au travail est en effet inversement liée au niveau de diplôme. Elle est plus fréquente chez les personnes n'ayant aucun diplôme (37%) que chez celles ayant un niveau Bac +2 ou plus (13%). Pour toutes les régions ou ex-régions administratives bénéficiant d'une extension de l'enquête, on retrouve une proportion significativement plus élevée chez les personnes n'ayant aucun diplôme que chez celles ayant un niveau Bac +2 ou plus (Tableau 24).

¹⁰ Se référer au chapitre Définitions

Tableau 24 : Activité physique intense au travail selon le niveau de diplôme chez les personnes de 18 à 75 ans et la région (en %)

	Aucun diplôme	< au bac	Bac	Bac +2 ou plus
France métropolitaine 2008	37,1	32,2	21,2	12,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	37,0	30,7	28,1	14,6
Île-de-France 2008	49,4	28,4	18,9	9,0
Languedoc-Roussillon 2008	40,4	36,8	24,9	17,9
Haute-Normandie 2008	30,8	35,5	25,7	16,5
Picardie 2008	37,6	30,6	34,1	15,0
Franche-Comté 2008	26,3	27,9	26,0	14,7
Champagne-Ardenne 2009	36,9	34,7	30,4	14,7
Nord-Pas-de-Calais 2009	33,4	36,8	26,3	15,6

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

La pratique d'une activité physique lors des loisirs est également liée au niveau de diplôme. Elle est plus fréquente chez les personnes ayant un niveau Bac +2 ou plus (36%) que chez celles n'ayant aucun diplôme (12%). Pour toutes les extensions de l'enquête, on retrouve une proportion significativement plus élevée chez les personnes ayant un diplôme inférieur au Bac que chez celles ayant au moins le Bac (Tableau 25).

Tableau 25 : Activité physique intense lors des loisirs selon le niveau de diplôme chez les personnes de 18 à 75 ans et la région (en %)

	Aucun diplôme	< au Bac	Bac	Bac +2 ou plus
France métropolitaine 2008	12,4	17,8	33,1	35,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	15,1	15,5	33,1	33,8
Île-de-France 2008	18,1	23,4	31,5	36,3
Languedoc-Roussillon 2008	15,6	20,5	24,8	37,2
Haute-Normandie 2008	8,8	19,0	33,3	37,8
Picardie 2008	10,4	17,5	30,1	28,7
Franche-Comté 2008	10,3	18,9	30,0	35,0
Champagne-Ardenne 2009	12,2	17,8	29,2	34,7
Nord-Pas-de-Calais 2009	7,7	14,6	27,5	28,9

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

SÉDENTARITÉ

Encadré 1 - Les écrans et les enfants : recommandations

En France, l'actualisation des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité réalisée en 2016 par l'Anses formule les recommandations suivantes concernant le temps d'écran (télévision, tablette, ordinateur, etc.) :

- Pour les enfants de moins de 2 ans : éviter l'exposition avant l'âge de 2 ans.
- Pour les enfants de 2 à 5 ans : limiter l'exposition à moins d'une heure par jour.
- Pour les enfants de 6 à 11 ans : le temps de loisirs passé devant un écran doit être limité en fonction de l'âge :
 - o jusqu'à 6 ans : éviter de dépasser 60 minutes par jour ;
 - o jusqu'à 11 ans : éviter de dépasser 120 minutes par jour.
- Pour les adolescents de 12 à 17 ans : pas de recommandations spécifique au temps d'écran mais il est recommandé de limiter les périodes de sédentarité et d'inactivité en particulier en ne restant pas plus de 2 heures consécutives en position assise ou semi-allongée (hors sommeil).

Source : Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Rapport d'expertise collective. Février 2016.

Dans l'ENNS et dans Inca 2, la sédentarité est approchée par le temps passé devant les écrans (télévision, ordinateur, jeux vidéo) en dehors du temps scolaire pour les enfants et en dehors des temps de travail pour les adultes. Dans un contexte d'usage des écrans évoluant rapidement, ces données datant de 2006-2007 sont à prendre avec précaution. Elles devraient être mises à jour très prochainement dans le cadre de l'étude Esteban et d'Inca 3. Dans le Baromètre santé nutrition, la sédentarité est approchée par le temps passé assis ou allongé, quel que soit le contexte.

DONNÉES GÉNÉRALES

Enfants et adolescents (3-17 ans)

À retenir

- La durée moyenne passée devant un écran par les enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans est d'environ **trois heures par jour**, chez les garçons comme chez les filles.
- **Cette durée moyenne augmente avec l'âge**, de façon plus marquée chez les garçons et avec une contribution de plus en plus importante du temps passé devant un ordinateur.
- La proportion d'enfants et d'adolescents passant **plus de trois heures par jour** devant un écran est d'environ **40%**.
- Un collégien sur 9 passe **plus de deux heures par jour** devant un écran.
- La **durée passée devant un écran** est en moyenne **plus importante au nord** de la France **qu'au sud**, essentiellement en raison du temps passé devant la télévision.
- Près de **23% des enfants scolarisés en grande section de maternelle** ont un **écran dans leur chambre**. Le temps de sommeil diminue quand le temps passé devant un écran est plus élevé.

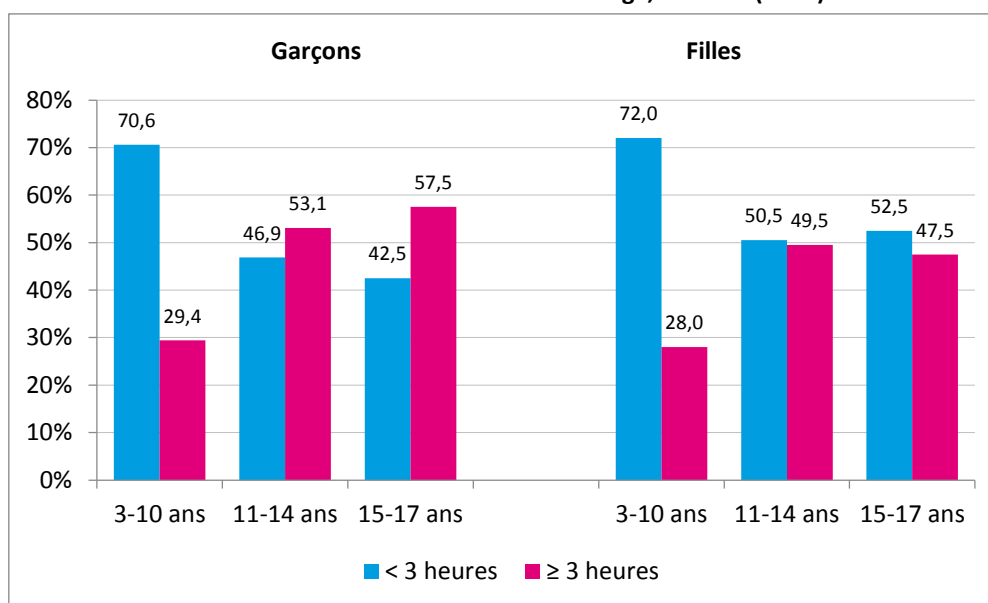
Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Selon l'Étude nationale nutrition santé 2006, quel que soit le type de jour (jours complets d'école ou jours avec peu ou pas d'école), le temps moyen passé devant un écran (télévision, ordinateur, jeux vidéo) par les enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans est de 3 heures 01 minute par jour, avec peu de différence entre les garçons et les filles. Ce temps passé augmente avec l'âge, pour atteindre 3 heures 42 minutes par jour chez les garçons âgés de 15 à 17 ans et 3 heures 17 minutes chez les filles de cette tranche d'âge.

La proportion d'enfants passant trois heures et plus devant un écran augmente également avec l'âge (Figure 12). Ainsi, alors que les garçons de 3-10 ans sont 29% à passer plus de trois heures par jour devant un écran, c'est le cas

de 58% des garçons de 15-17 ans. La proportion de filles passant plus de trois heures par jour devant un écran passe quant à elle de 28% chez les 3-10 ans à 48% chez les 15-17 ans. Les jours avec peu ou pas d'école, les temps moyens passés devant un écran sont quasiment doublés par rapport aux jours complets d'école.

Figure 12 - Enfants et adolescents de 3 à 17 ans selon le temps quotidien moyen passé devant un écran* et selon le sexe et l'âge, en 2006 (en %)



* télévision, ordinateur, jeux vidéo, quel que soit le type de jour (école, ou peu ou pas d'école)

Source : Étude ENNS 2006

Si on distingue le type d'écran, le temps moyen passé devant la télévision quel que soit le type de jour de la semaine, est de 2 heures 04 minutes chez les garçons et de 2 heures 00 minute chez les filles, soit une contribution pour les deux tiers de la télévision aux activités considérées comme sédentaires. Cette durée évolue peu avec l'âge, indiquant une contribution plus importante du temps passé devant un ordinateur pour les enfants les plus âgés.

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude Inca 2, le temps moyen passé devant un écran (télévision, ordinateur, jeux vidéo) par les enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans est de 2 heures 48 minutes par jour, avec peu de différence entre les garçons et les filles (Tableau 26). Ce temps augmente avec l'âge, passant de 2 heures 16 minutes par jour chez les garçons de 3-10 ans à près de 4 heures chez ceux de 15-17 ans. Ce temps passe de 2 heures 08 minutes par jour chez les filles de 3-10 ans à 3 heures 42 minutes chez celles de 15-17 ans.

Si on distingue le type d'écran, la durée moyenne passée devant un ordinateur pendant les loisirs est de 51 minutes, et est plus élevée chez les garçons (56 min/j contre 47 min/j chez les filles). Cette durée augmente significativement avec l'âge, pour les deux sexes, passant de 27 minutes par jour en moyenne chez les 3-10 ans contre 1 heure 40 minutes chez les 15-17 ans. La durée moyenne passée devant la télévision atteint pratiquement deux heures en moyenne. Cette durée augmente avec l'âge chez les garçons, avec près de 30 minutes supplémentaires chez les 15-17 ans par rapport aux 3-10 ans. Chez les filles, la durée la plus élevée (136 minutes par jour) est constatée chez les 11-14 ans.

Tableau 26 : Sédentarité chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, selon le sexe et l'âge, en 2006-2007

	Âge (ans)	Garçons	Filles	Total
Durée moyenne passée devant la télévision ¹ (min/j)	3-10 ans	102,5	108,6	105,4
	11-14 ans	124,5	136,2	130,4
	15-17 ans	137,8	122,9	130,1
	Ensemble	114,9	119,2	117,0
Durée moyenne consacrée à l'ordinateur ² (min/j)	3-10 ans	33,2	19,4	26,7
	11-14 ans	69,8	55,6	62,7
	15-17 ans	101,4	98,8	100,1
	Ensemble	55,7	46,6	51,3
Durée moyenne totale passée devant un écran ³ (min/j)	3-10 ans	135,7	128,0	132,1
	11-14 ans	194,3	191,6	192,9
	15-17 ans	239,2	221,7	230,2
	Global	170,6	165,7	168,3

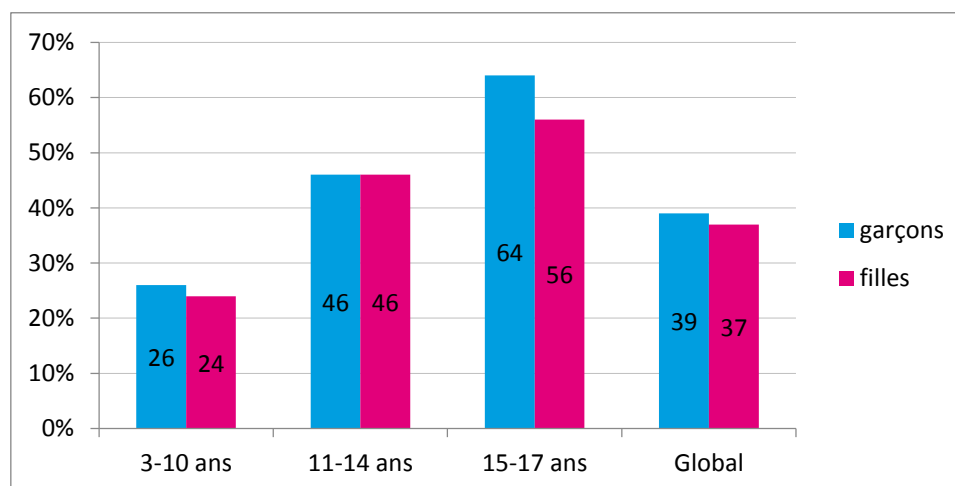
¹ Télévision, cassettes vidéo ou DVD ; ² Ordinateur pendant le temps de loisirs ou jeux vidéo ;

³ Somme des deux précédents indices.

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

La proportion d'enfants passant trois heures ou plus en moyenne par jour devant un écran s'élève à 39% chez les garçons et à 37% chez les filles (Figure 13). Cette proportion augmente avec l'âge, et ce quel que soit le sexe de l'enfant, passant de 26% chez les garçons de 3 à 10 ans à 64% chez ceux de 15 à 17 ans et de 24% chez les filles de 3-10 ans à 56% chez celles de 15-17 ans.

Figure 13 - Enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant passé 3 heures ou plus en moyenne par jour devant la télévision ou l'ordinateur, selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)



Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

La durée passée devant la télévision est en moyenne plus importante au nord qu'au sud (122 min/j contre 107 min/j). Ce gradient n'est pas retrouvé pour l'ordinateur mais est répercuté sur l'indicateur global de sédentarité (tout type d'écran). Il n'existe pas de gradient est-ouest, que ce soit pour la télévision, l'ordinateur, ou tout type d'écran (Tableau 27).

Tableau 27 : Sédentarité selon les gradients géographiques est-ouest et nord-sud* chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, en 2006-2007

	Est	Ouest	Nord	Sud
Durée moyenne passée devant la télévision ¹ (min/j)	113,7	117,5	122,3	107,4
Durée moyenne consacrée à l'ordinateur ² (min/j)	49,5	52,1	53,0	48,4
Durée moyenne totale passée devant un écran ³ (min/j)	163,2	169,6	175,2	155,8

* Île-de-France exclue

¹ Télévision, cassettes vidéo ou DVD ; ² Ordinateur pendant le temps de loisirs ou jeux vidéo ;

³ Somme des deux précédents indices.

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Selon le Baromètre santé nutrition 2008, 84% des adolescents âgés de 12 à 17 ans passent plus de 4 heures assis ou allongé par jour. Cette proportion ne varie pas selon la zone d'habitation (urbaine ou rurale) mais varie selon le sexe (78% des garçons et 89% des filles). Le temps moyen passé à des comportements sédentaires est de 7 heures par jour environ pour les garçons et de 8 heures pour les filles.

Enquêtes nationales sur la santé des élèves (Drees)

Les jours avec école, la majorité des élèves de grande section de maternelle (en 2013) et de CM2 (en 2008) passe moins d'une heure devant des écrans : 57% et 55% respectivement (Tableau 28). En 2014-2015, pour les élèves de CM2, cette proportion diminue fortement et passe à 45%. Chez les élèves de troisième (en 2009), cette proportion n'est que de 34%. Quel que soit leur niveau scolaire, les élèves passent plus de temps devant des écrans les jours sans école que les jours avec école. Ainsi, les jours sans école, la proportion d'élèves qui passent plus de 3 heures devant des écrans s'élève à : 19% chez les élèves de grande section de maternelle (en 2013), 24% chez les élèves de CM2 (en 2008) et 43% chez les élèves de troisième (en 2009).

Tableau 28 : Temps passé devant des écrans* chez les enfants scolarisés, selon le niveau scolaire et le type de journée (en %)

	Grande section de maternelle (2012-2013)	CM2 (2007-2008)	Troisième (2008-2009)
Les jours avec école			
< 1 heure par jour	57 %	55 %	34 %
1 à 3 heures par jour	40 %	41 %	55 %
> 3 heures par jour	3 %	4 %	10 %
Les jours sans école			
< 1 heure par jour	17 %	17 %	11 %
1 à 3 heures par jour	65 %	59 %	46 %
> 3 heures par jour	19 %	24 %	43 %

Champ : France pour les enquêtes CM2 et troisième et France (hors Mayotte) pour l'enquête grande section de maternelle.

* télévision, ordinateur, jeux vidéo.

Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013), de CM2 (année scolaire 2007-2008) et de troisième (année scolaire 2008-2009)

Le temps de sommeil décroît chez les élèves de grande section de maternelle en fonction du temps passé devant les écrans : il est en moyenne de 10 heures 54 minutes pour les enfants qui ne regardent jamais d'écran les jours d'école et de 10 heures et 24 minutes pour ceux qui y consacrent plus de trois heures par jour. Les enfants de cette tranche d'âge sont 23% à avoir un écran dans leur chambre.

Enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)

L'enquête HBSC interroge les collégiens sur le temps consacré pendant la semaine et durant le week-end à regarder des écrans (télévision, DVD, ...) et à utiliser un ordinateur, une tablette, un smartphone ou tout autre appareil électronique pour jouer, travailler ou communiquer (internet, réseaux sociaux). La formulation des questions ne permet pas de vérifier si certaines activités devant un écran ont lieu en même temps (par exemple usage d'un smartphone en regardant la télévision)

En 2014, les collégiens déclarent passer 7 heures et 48 minutes par jour en moyenne devant un écran (semaine et week-end), les garçons un peu plus que les filles (8 heures 18 minutes contre 7 heures 24 minutes). Cette moyenne augmente lors de l'avancée en âge, pour les filles comme pour les garçons (Tableau 29). Près de l'ensemble des collégiens (93%) passent ainsi plus de deux heures par jour devant un écran.

Entre 2010 et 2014, cette proportion de collégiens passant au moins deux heures devant des jeux vidéo a augmenté (49% contre 41%), de façon plus marquée pour les filles que pour les garçons. Même constat pour les autres usages des écrans (53% contre 45%), mais avec cette fois une augmentation plus forte chez les garçons.

Tableau 29 : Nombre d'heures passées en moyenne (semaine et week-end) devant un écran* chez les collégiens, en fonction du sexe et de la classe, en 2014 (en %)

%	6 ^e		5 ^e		4 ^e		3 ^e	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Télévision	2,6	2,4	3,0	2,9	3,2	3,0	3,1	3,1
Jeux vidéo	2,5	1,7	3,0	2,0	3,0	1,7	2,8	1,7
Autres usages d'écran	1,7	1,9	2,3	2,6	2,8	3,0	3,0	3,5
Total	6,8	6,0	8,3	7,5	9,0	7,7	8,9	8,3

* Certaines activités devant un écran peuvent avoir lieu en même temps (par exemple usage d'un smartphone en regardant la télévision)

Source : Inpes, La santé des collégiens en France, Données françaises de l'enquête internationale HBSC 2014.

Dans l'ex-région administrative Poitou-Charentes disposant d'une extension de l'enquête HBSC en 2007 et 2014, la fréquence des comportements sédentaires a également augmenté entre les deux périodes, avec en particulier un quasi doublement de la proportion de collégiens passant plus de deux heures devant un écran pour d'autres usages que la télévision ou les jeux vidéo. Ce constat est valable chez les garçons (44% contre 26%) comme chez les filles (42% contre 24%).

Population adulte

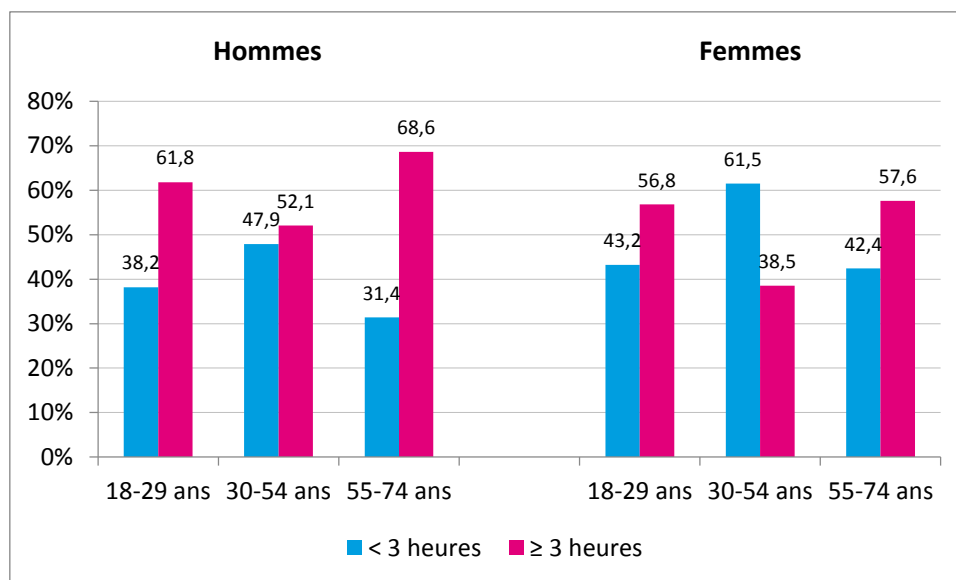
À retenir

- La durée moyenne passée devant un écran par les adultes en dehors des heures de travail est d'environ **3 heures 30 minutes par jour**.
- **Cette durée moyenne évolue avec l'âge**, les plus jeunes et les plus âgés passant plus de temps devant un écran.
- Plus de la moitié des adultes passent **plus de trois heures par jour** devant un écran en dehors des heures de travail.
- Le **temps passé assis ou allongé diminue avec l'âge**, de façon plus marquée chez les hommes.
- **Les femmes** ont globalement **moins de comportements sédentaires** que les hommes.
- Plus le **niveau d'activité physique est limité**, plus le niveau de sédentarité est élevé.

Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Selon l'étude nationale nutrition santé 2006, 53% des adultes âgés de 18 à 74 ans (59% des hommes et 48% des femmes) passent trois heures ou plus par jour devant un écran (télévision ou ordinateur) en dehors des heures de travail, quel que soit le type de jour (travail ou repos). Cette proportion évolue avec l'âge, pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, les 18-29 ans et les 55-74 ans sont plus nombreux à passer plus de trois heures par jour devant un écran que les 30-54 ans (Figure 14).

Figure 14 - Adultes de 18 à 74 ans selon le temps quotidien moyen passé devant un écran* et selon le sexe et l'âge, en 2006 (en %)



* télévision, ordinateur, quel que soit le type de jour (travail ou repos) .

Source : Étude ENNS 2006

Le temps moyen passé devant un écran en dehors des heures de travail par les adultes est de 3 heures 21 minutes par jour. Cette durée moyenne est moins élevée les jours de travail (2 heures 41 minutes) que les jours de repos (3 heures 42 minutes). Si on distingue le type d'écran, le temps moyen passé devant la télévision quel que soit le type de jour de la semaine est comparable chez les hommes comme chez les femmes et s'élève à 2 heures 38 minutes, soit une contribution pour plus des deux tiers de la télévision aux comportements sédentaires.

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), le temps moyen passé devant un écran (télévision, cassettes vidéo, DVD, ordinateur, jeux vidéo) par les adultes âgés de 18 à 79 ans est de 3 heures 30 minutes par jour (3 heures 42 minutes pour les hommes et 3 heures 18 minutes pour les femmes) (Tableau 30). Cette durée moyenne est différente selon l'âge, pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi, les 18-34 ans et les 55-79 ans passent plus de temps par jour devant un écran que les 35-54 ans.

Si on distingue le type d'écran, la durée moyenne passée devant un ordinateur pendant les loisirs est plus élevée chez les hommes (72 min/j contre 49 min/j chez les femmes). Cette durée diminue significativement avec l'âge, chez les deux sexes, passant de 91 minutes par jour en moyenne chez les 18-34 ans à 32 minutes chez les 55-79 ans. A l'inverse, la durée passée devant la télévision est plus élevée pour les deux sexes chez les 55-79 ans (2 heures 53 minutes par jour).

Tableau 30 : Sédentarité selon le sexe et l'âge, chez les adultes de 18 à 79 ans, en 2006-2007

	Âge	Hommes	Femmes	Total
Durée passée devant la télévision ¹ (min/j)	18-34 ans	147,4	148,4	148,0
	35-54 ans	130,9	133,9	132,6
	55-79 ans	174,0	171,7	173,0
	Ensemble	151,1	149,2	150,1
Durée consacrée à l'ordinateur ² (min/j)	18-34 ans	113,3	70,3	90,7
	35-54 ans	69,0	52,9	60,2
	55-79 ans	39,7	21,9	31,5
	Ensemble	71,8	49,4	60,3
Durée totale passée devant un écran ³ (min/j)	18-34 ans	260,4	218,1	238,2
	35-54 ans	200,0	186,7	192,7
	55-79 ans	213,7	193,7	204,5
	Ensemble	222,8	198,5	210,3

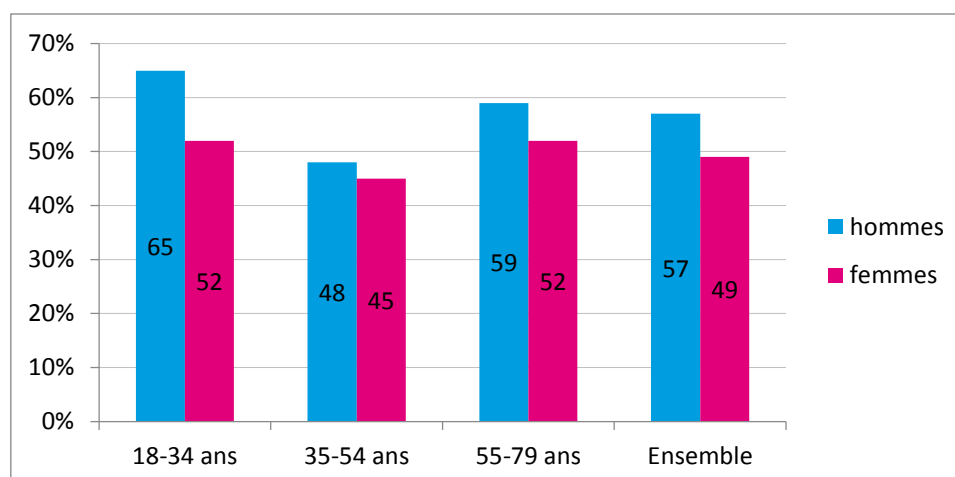
¹ Télévision, cassettes vidéo ou DVD ; ² Ordinateur pendant le temps de loisirs ou jeux vidéo ;

³ Somme des deux précédents indices.

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

La proportion d'adultes passant trois heures ou plus en moyenne par jour devant un écran s'élève à 57% chez les hommes et à 49% chez les femmes. Cette proportion évolue avec l'âge : elle est plus élevée chez les 18-34 ans et les 55-79 ans que chez les 35-54 ans (Figure 15).

Figure 15 - Adultes de 18 à 79 ans ayant passé trois heures ou plus en moyenne par jour devant la télévision ou l'ordinateur selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)



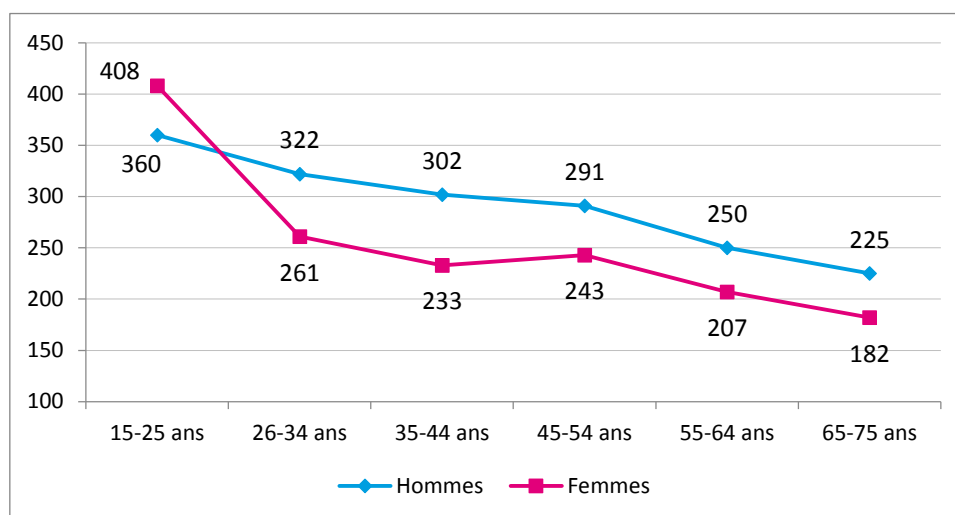
Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Contrairement à la situation constatée chez les enfants, aucun gradient géographique (est-ouest ou nord-sud) n'est mis en évidence, quel que soit l'indicateur de sédentarité considéré.

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

Pour les Français âgés de 15 à 75 ans ayant participé à l'enquête du Baromètre santé nutrition 2008, le temps passé assis ou allongé diminue avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Figure 16). Pour les hommes, il passe ainsi de 6 heures 48 minutes par jour chez les 15-25 ans à 3 heures 2 minutes chez les 65-75 ans. L'écart selon l'âge est moins marqué chez les femmes : 6 heures par jour chez les 15-25 ans à 3 heures 45 minutes chez les 65-75 ans. Hormis chez les 15-25 ans, les femmes sont moins sédentaires.

Figure 16 - Temps passé assis ou allongé chez les personnes de 15 à 75 ans, selon le sexe et l'âge, en 2008 (minutes par jour)



Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Les hommes âgés de 18 à 75 ans sont 44% à passer plus de 4 heures par jour assis ou allongé. Les femmes sont moins nombreuses (36%). Cette proportion diminue avec l'âge pour les deux sexes, passant de 56% chez les hommes âgés de 18-34 ans à 29% chez ceux de 55-75 ans et de 55% chez les femmes de 18-34 ans à 21% chez celles de 55-75 ans.

Dans les régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête, la proportion d'adultes ayant un niveau de sédentarité élevé varie de 34% à 52% pour les hommes et de 30% à 49% chez les femmes, sans que les différences soient forcément significatives (Tableau 31). Les hommes sont plus sédentaires que les femmes dans les différentes régions, sauf en Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Picardie et Champagne-Ardenne pour les 18-34 ans, et en Haute-Normandie, Picardie et Champagne-Ardenne pour les 35-54 ans.

Tableau 31 : Sédentarité (plus de 4 heures assis ou allongé) selon le sexe, l'âge et la région (en %)

	Hommes				Femmes			
	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total	18-34 ans	35-54 ans	55-75 ans	Total
France métropolitaine 2008	55,6	46,2	29,3	44,3	54,7	33,8	20,8	36,0
PACA* 2008	54,7	42,6	25,2	40,9	51,7	37,0	22,2	36,7
Île-de-France 2008	54,3	55,8	41,2	51,8	66,5	47,7	28,0	49,4
Languedoc-Roussillon 2008	45,3	40,6	28,0	38,0	49,9	29,2	20,0	36,4
Haute-Normandie 2008	57,7	39,9	29,6	43,1	47,5	43,4	18,3	37,5
Picardie 2008	36,8	35,7	28,7	34,2	37,6	35,9	19,5	31,8
Franche-Comté 2008	43,0	32,7	24,8	33,6	49,1	38,9	21,1	36,2
Champagne-Ardenne 2009	36,6	30,3	39,9	ND	51,8	34,8	25,9	ND
Nord-Pas-de-Calais 2009	47,1	40,9	34,8	41,7	40,7	26,9	19,3	29,6

* PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ; ND : non disponible

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

La proportion d'adultes ayant un niveau sédentarité élevé est également plus élevée en zone urbaine (42%) qu'en zone rurale (33%).

La proportion d'adultes ayant un niveau de sédentarité élevé (plus de 4 heures assis ou allongé) suit un gradient selon le niveau d'activité physique : elle est plus importante chez les personnes ayant un niveau d'activité physique limité (52%) que chez celles ayant un niveau d'activité physique élevé (29%) (Tableau 32). On retrouve ce constat quel que soit la région disposant d'une extension de l'enquête.

Tableau 32 : Sédentarité (plus de 4 heures assis ou allongé) chez les adultes de 18 à 75 ans selon le niveau d'activité physique et la région (en %)

	Niveau limité	Niveau moyen	Niveau élevé
France métropolitaine 2008	52,2	42,6	29,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	50,7	39,4	29,3
Île-de-France 2008	66,6	56,2	33,0
Languedoc-Roussillon 2008	47,1	35,4	28,0
Haute-Normandie 2008	52,6	41,2	29,5
Picardie 2008	43,0	34,7	23,1
Franche-Comté 2008	46,6	43,6	21,4
Champagne-Ardenne 2009	46,7	44,5	23,3
Nord-Pas-de-Calais 2009	45,2	41,0	23,9

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Cohorte NutriNet-Santé (Saidj et al., 2015)

En France, une récente étude transversale, réalisée sur une cohorte de plus de 35 000 adultes âgés en moyenne de 45 ans et ayant une activité professionnelle, a estimé (auto-questionnaire) à environ 12 heures le temps moyen passé en position assise lors d'une journée de travail (Tableau 33) et à 9 heures lors d'une journée de congé (Tableau 34).

Les jours travaillés, le temps moyen passé en position assise est de 4,17 heures au travail (soit un tiers du temps sédentaire) et de 1,10 heure dans les transports. Le temps passé devant un écran (TV, DVD ou autre temps d'écran) s'élève à 3,72 heures. Enfin, 3,16 heures sont encore passées en position assise, pour des loisirs ou d'autres occupations.

Les jours non travaillés, le temps moyen passé en position assise est de 0,85 heure dans les transports et de 4,09 heures devant un écran. Enfin, 4,49 heures sont passées en position assise, pour des loisirs ou d'autres occupations.

Quel que soit le type de jour, les hommes passent plus de temps assis dans les transports et plus de temps devant un écran pour une autre occupation que regarder la télévision ou un DVD que les femmes. Celles-ci passent plus de temps que les hommes à regarder la télévision ou un DVD, les jours travaillés comme les jours non travaillés.

Quel que soit le type de jour, les jeunes adultes âgés de 18 à 39 ans ont déclaré un temps de sédentarité total plus élevé que les adultes des autres tranches d'âge, mais aussi le plus de temps devant un écran pour une autre occupation que regarder la télévision ou un DVD.

Les jours travaillés, le temps passé en position assise augmente avec le niveau d'éducation. C'est l'inverse les jours non travaillés.

Enfin, les jours travaillés, pour les actifs ayant un type d'activité principalement en position assise, le temps passé dans tous les différents comportements sédentaires, sauf regarder la télévision ou un DVD, est plus élevé que pour les autres actifs. Le temps passé au travail représente alors 41% du temps sédentaire chez ces actifs principalement assis. Par ailleurs, plus le travail est physiquement intense, plus le temps passé par les actifs à regarder la télévision ou un DVD est élevé. Les jours non travaillés, seul le temps passé assis pour les loisirs diffère selon le type d'activité : il est plus élevé chez les actifs travaillant principalement assis.

Tableau 33 : Distribution des comportements sédentaires des actifs les jours travaillés selon certaines caractéristiques socio-démographiques (nbre d'heures/jour)

		Travail assis	Transport assis	Loisirs assis	TV/DVD	Autre temps d'écran	Autre temps assis	Total
Total		4,17	1,10	2,19	1,53	2,19	0,97	12,15
Sexe	Hommes	4,20	1,21	2,29	1,50	2,50	0,99	12,69
	Femmes	4,17	1,08	2,17	1,54	2,11	0,96	12,03
Âge	18-39 ans	4,83	1,11	2,22	1,50	2,47	0,94	13,07
	40-59 ans	4,21	1,12	2,10	1,51	2,05	0,93	11,92
	60 ans ou plus	2,17	1,01	2,42	1,69	1,90	1,21	10,40
Niveau d'éducation	Universitaire	4,54	1,11	2,18	1,43	2,27	0,98	12,51
	Secondaire	3,32	1,02	2,22	1,77	2,00	0,95	11,28
	Primaire	2,24	1,29	2,13	2,07	1,93	0,95	10,61
Type d'activité	Principalement assis	6,21	1,22	2,33	1,52	2,68	1,06	15,02
	Combinaison assis/debout	3,82	1,10	2,18	1,53	2,16	0,99	11,78
	Principalement debout	1,19	0,90	1,97	1,51	1,43	0,81	7,81
	Effort physique modéré	1,45	0,95	2,03	1,57	1,46	0,78	8,24
	Effort physique intense	0,71	0,83	1,82	1,67	1,21	0,68	6,92

Source : Saidj et al., Descriptive study of sedentary behaviours in 35,444 French working adults: cross-sectional findings from the ACTI-Cités study. BMC Public Health (2015) 15:379

Tableau 34 : Distribution des comportements sédentaires des actifs les jours non travaillés selon certaines caractéristiques socio-démographiques (nbre d'heures/jour)

		Transport assis	Loisirs assis	TV/DVD	Autre temps d'écran	Autre temps assis	Total
Total		0,85	3,19	2,24	1,85	1,30	9,43
Sexe	Hommes	0,91	3,17	2,09	2,16	1,13	9,46
	Femmes	0,84	3,20	2,28	1,76	1,35	9,43
Âge	18-39 ans	0,83	3,50	2,35	2,15	1,25	10,08
	40-59 ans	0,82	2,98	2,16	1,61	1,28	8,85
	60 ans ou plus	1,03	3,05	2,20	1,81	1,51	9,60
Niveau d'éducation	Universitaire	0,78	3,18	2,08	1,80	1,32	9,16
	Secondaire	1,00	3,22	2,63	1,95	1,26	10,06
	Primaire	1,45	3,27	3,04	2,12	1,27	11,15
Type d'activité	Principalement assis	0,82	3,34	2,22	1,85	1,32	9,55
	Combinaison assis/debout	0,84	3,11	2,21	1,84	1,33	9,33
	Principalement debout	0,90	3,03	2,29	1,88	1,28	9,38
	Effort physique modéré	0,90	3,08	2,34	1,83	1,21	9,36
	Effort physique intense	1,05	2,86	2,50	1,80	1,15	9,36

Source : Saidj et al., Descriptive study of sedentary behaviours in 35,444 French working adults: cross-sectional findings from the ACTI-Cités study. BMC Public Health (2015) 15:379

SÉDENTARITÉ, SURCHARGE PONDÉRALE ET OBÉSITÉ

La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité.

Enfants et adolescents (3-17 ans)

À retenir

- Quelle que soit la tranche d'âge considérée, **les enfants en surcharge pondérale passent plus de temps devant un écran** les jours d'école que les enfants de poids normal.
- Quelle que soit la tranche d'âge considérée, **les enfants obèses passent plus de temps devant un écran** les jours d'école que les autres enfants.
- Les **enfants en surcharge pondérale et les enfants obèses** scolarisés en grande section de maternelle sont **plus nombreux à avoir un écran dans leur chambre** que l'ensemble des enfants de cette tranche d'âge.
- En classe de CM2, comme en classe de troisième, la proportion d'enfants en surcharge pondérale et la **proportion d'enfants obèses sont plus élevées chez les enfants passant plus de trois heures par jour devant un écran** que pour l'ensemble des enfants.

Enquêtes nationales sur la santé des élèves (Drees)

Les élèves scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013 et présentant une surcharge pondérale passent plus de temps devant des écrans que les élèves de poids normal (Tableau 35). En effet, 58% des élèves de poids normal passent moins d'une heure devant des écrans les jours avec école, contre 47% des élèves en surcharge pondérale.

Néanmoins, cet écart est moins important les jours sans école, avec 17% des élèves de poids normal contre 13% des élèves en surcharge pondérale qui passent moins d'une heure par jour devant des écrans. En considérant l'obésité et non plus la surcharge pondérale, les mêmes tendances dans les comportements vis-à-vis des écrans sont constatées, avec des écarts qui se creusent par rapport aux élèves non obèses.

De plus, les enfants en surcharge pondérale scolarisés en grande section de maternelle sont 28% à avoir un écran dans leur chambre. Ce chiffre s'élève à 32% pour les enfants obèses et à 23% pour l'ensemble des enfants.

Tableau 35 : Temps passé devant des écrans* par des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013, selon leur statut pondéral

	Enfants en surcharge pondérale		Enfants obèses	
	Oui	Non	Oui	Non
Les jours avec école				
< 1 heure par jour	47 %	58 %	44 %	58 %
1 à 3 heures par jour	48 %	38 %	51 %	39 %
> 3 heures par jour	4 %	3 %	4 %	3 %
Les jours sans école				
< 1 heure par jour	13 %	17 %	11 %	17 %
1 à 3 heures par jour	62 %	65 %	62 %	64 %
> 3 heures par jour	24 %	18 %	26 %	19 %

Champ : France (hors Mayotte).

* télévision, ordinateur, jeux vidéo.

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

Les élèves scolarisés en CM2 en 2007-2008 et présentant une surcharge pondérale passent plus de temps devant des écrans que les élèves de poids normal (Tableau 36). En effet, 56% des élèves de poids normal passent moins d'une heure devant des écrans les jours avec école, contre 48% des élèves en surcharge pondérale.

Néanmoins, cet écart disparaît les jours sans école avec 17% des élèves de poids normal contre 16% des élèves en surcharge pondérale qui passent moins d'une heure par jour devant des écrans. En considérant l'obésité et non plus la surcharge pondérale, les mêmes tendances dans les comportements vis-à-vis des écrans sont constatées, avec des écarts qui se creusent par rapport aux élèves non obèses.

Tableau 36 : Temps passé devant des écrans* par des enfants scolarisés en classe de CM2 en 2007-2008, selon leur statut pondéral

	Enfants en surcharge pondérale		Enfants obèses	
	Oui	Non	Oui	Non
Les jours avec école				
< 1 heure par jour	48 %	56 %	42 %	56 %
1 à 3 heures par jour	46 %	40 %	49 %	41 %
> 3 heures par jour	6 %	3 %	9 %	3 %
Les jours sans école				
< 1 heure par jour	16 %	17 %	13 %	17 %
1 à 3 heures par jour	55 %	60 %	54 %	59 %
> 3 heures par jour	29 %	23 %	33 %	24 %

Champ : France.

* télévision, ordinateur, jeux vidéo

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 (année scolaire 2007-2008).

Les élèves scolarisés en classe de troisième en 2008-2009 et présentant une surcharge pondérale passent plus de temps devant des écrans que les élèves de poids normal (Tableau 37). En effet, 36% des élèves de poids normal passent moins d'une heure devant des écrans les jours avec école (35% les jours sans école), contre 28% des élèves en surcharge pondérale (les jours avec et sans école). Par ailleurs, la proportion d'élèves qui passent plus d'une heure par jour devant des écrans est similaire chez les élèves obèses et chez les élèves non obèses : 91% des élèves obèses passent plus d'une heure devant des écrans les jours avec école (89% les jours sans école) contre 89% des élèves non obèses (les jours avec et sans école). Néanmoins, la tendance à passer plus de 3 heures par jour devant un écran est plus prononcée chez les élèves obèses, en particulier les jours sans école.

Tableau 37 : Temps passé devant des écrans* par des enfants scolarisés en classe de troisième en 2008-2009, selon leur statut pondéral

	Enfants en surcharge pondérale		Enfants obèses	
	Oui	Non	Oui	Non
Les jours avec école				
< 1 heure par jour	28 %	36 %	9 %	11 %
1 à 3 heures par jour	59 %	55 %	44 %	47 %
> 3 heures par jour	13 %	10 %	47 %	43 %
Les jours sans école				
< 1 heure par jour	28 %	35 %	11 %	11 %
1 à 3 heures par jour	57 %	55 %	37 %	46 %
> 3 heures par jour	16 %	10 %	52 %	43 %

Champ : France.

* télévision, ordinateur, jeux vidéo

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (année scolaire 2008-2009).

En classe de CM2, les enfants en surcharge pondérale représentent 19% de l'ensemble des enfants (Tableau 38). Cette proportion est plus faible chez les enfants passant moins d'une heure par jour devant les écrans (16%) que chez les enfants passant plus de trois heures par jour devant les écrans (30%). Le même constat s'observe pour l'obésité : les enfants obèses représentent 4% de l'ensemble des enfants scolarisés en CM2, mais 10% de ceux passant plus de trois heures par jour devant un écran.

En classe de troisième, les enfants en surcharge pondérale représentent 18% de l'ensemble des enfants (Tableau 38). Cette proportion est plus faible chez les enfants passant moins d'une heure par jour devant les écrans (15%) que chez les enfants passant plus de trois heures par jour devant les écrans (23%). Le même constat s'observe pour l'obésité : les enfants obèses représentent 4% de l'ensemble des enfants scolarisés en classe de troisième, mais 6% de ceux passant plus de trois heures par jour devant un écran.

Tableau 38 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le temps passé devant un écran les jours avec école, en classe de CM2 et de troisième (en %)

Classe	Surcharge pondérale (en %)		Obésité (en %)	
	CM2	Troisième	CM2	Troisième
Moins de 1 heure par jour	16,0	14,5	2,8	3,2
Entre 1 heure et 3 heures par jour	20,4	18,5	4,7	4,0
Plus de 3 heures par jour	29,5	22,5	10,2	5,9
Ensemble	18,9	17,6	4,0	3,9

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 (année scolaire 2007-2008) et de troisième (année scolaire 2008-2009).

SÉDENTARITÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Enfants et adolescents (3-17 ans)

À retenir

- Pour les enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans, **la durée passée devant un écran augmente lorsque le niveau d'éducation du représentant de l'enfant diminue**, que ce soit devant la télévision, un ordinateur pendant le temps de loisirs ou devant des jeux vidéo.
- En grande section de maternelle comme en CM2, la proportion d'élèves **passant plus d'une heure par jour devant un écran** les jours d'école est **plus élevée chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres**.
- Les enfants d'ouvriers possèdent plus fréquemment un **écran dans leur chambre** que les enfants de cadres.

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), la durée passée devant la télévision augmente lorsque le niveau d'éducation du représentant de l'enfant diminue (Tableau 39). Ainsi, les enfants dont le représentant a arrêté sa scolarité au primaire passent en moyenne 175 minutes par jour devant la télévision, alors que les enfants dont le représentant a fait des études supérieures y passent en moyenne 86 minutes par jour. Le constat est le même pour la durée moyenne passée devant un ordinateur (loisirs) ou des jeux vidéo (56 contre 41 minutes par jour).

Tableau 39 : Sédentarité chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, selon le niveau d'éducation du représentant du mineur, en 2006-2007

	Primaire	Collège	Lycée	Supérieur
Durée passée devant la télévision ¹ (min/j)	175,4	132,2	119,7	85,8
Durée consacrée à l'ordinateur ² (min/j)	56,2	57,8	54,3	40,8
Durée totale passée devant un écran ³ (min/j)	231,4	190,0	174,1	126,6

¹ Télévision, cassettes vidéo ou DVD ; ² Ordinateur pendant le temps de loisirs ou jeux vidéo ;

³ Somme des deux précédents indices.

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Enquêtes nationales sur la santé des élèves (Drees)

Quel que soit le groupe socioprofessionnel de leurs parents, les élèves scolarisés en grande section de maternelle en 2013 passent plus de temps devant les écrans les jours sans école que les jours avec école (Tableau 40).

Les jours avec école, la proportion d'élèves qui passent plus d'une heure devant des écrans est plus de deux fois plus élevée chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres (59% contre 25%). Cependant, cet écart diminue les jours sans école du fait notamment de la multiplication par trois de la proportion d'enfants de cadres passant plus d'une heure devant des écrans (25% les jours avec école contre 76% les jours sans école).

Par ailleurs, un tiers des enfants d'ouvriers possèdent un écran dans leur chambre contre 9% des enfants de cadres.

Tableau 40 : Habitudes de vie concernant les écrans* des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013, selon le groupe socioprofessionnel des parents

	Présence d'un écran dans leur chambre	Temps passé devant un écran > 1 heure par jour	
		Les jours avec école	Les jours sans école
Cadres	9,0 %	25,4 %	76,0 %
Professions intermédiaires	17,3 %	37,7 %	84,2 %
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	25,0 %	44,9 %	83,8 %
Employés	31,3 %	51,8 %	86,8 %
Ouvriers	33,7 %	59,0 %	85,9 %
Ensemble	22,7 %	42,9 %	83,4 %

Note : L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents.

Champ : France (hors Mayotte).

* télévision, ordinateur, jeux vidéo

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (année scolaire 2012-2013).

En 2008, 55% des élèves de CM2 dont les parents sont ouvriers passent plus d'une heure devant des écrans les jours avec école, contre 31% des enfants de cadres (Tableau 41).

Tableau 41 : Temps passé devant un écran* les jours avec école par des enfants scolarisés en classe de CM2 en 2007-2008, selon le groupe socioprofessionnel des parents

	Temps passé devant un écran > 1 heure par jour les jours avec école
Cadres	31 %
Professions intermédiaires	39 %
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	43 %
Employés	50 %
Ouvriers	55 %
Autres	48 %
Ensemble	45 %

Note : L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents.

Champ : France (hors Mayotte).

* télévision, ordinateur, jeux vidéo

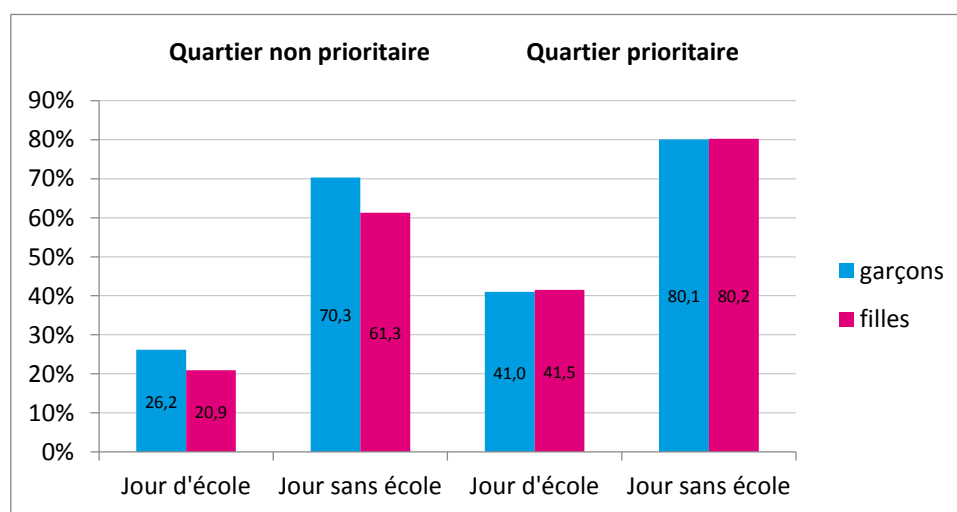
Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 (année scolaire 2007-2008).

Enfants scolarisés dans le secteur public à Paris en 2009 (étude Mairie de Paris, ORS Île-de-France)

Lors de l'enquête réalisée en 2009 à Paris dans le secteur public, les enfants scolarisés en CE2 dans les quartiers non prioritaires passent moins de temps devant les écrans les jours d'école que ceux des quartiers prioritaires¹¹. Ils sont en effet 77% à passer moins d'une heure par jour à cette activité contre 59% dans les quartiers prioritaires. Cet écart diminue les jours sans école (34% contre 20%).

Aucune différence selon le sexe n'est observée dans les quartiers prioritaires pour le temps passé devant un écran (Figure 17). Par contre, dans les quartiers non prioritaires, les garçons passent significativement plus de temps devant un écran que les filles, que ce soit en semaine (26% y consacrent plus d'une heure par jour contre 21% des filles), ou le week-end (70% contre 61% des filles).

Figure 17 - Temps passé devant un écran* supérieur à une heure chez les enfants de CE2 selon le type de jour, le type de quartier et le sexe, en 2009 (en %)



* télévision, ordinateur, jeux vidéo

Source : Étude sur les enfants scolarisés dans le secteur public en 2009, Mairie de Paris, ORS Île-de-France

¹¹ Dans cette étude, les écoles ont été classées selon leur appartenance ou non à une Zone d'éducation prioritaire, à un Réseau d'éducation prioritaire ou à un quartier en politique de la ville. Elles ont été regroupées sous l'appellation « quartier prioritaire ».

Population adulte

À retenir

- Pour les adultes, la durée passée devant la télévision augmente lorsque le niveau d'éducation diminue.
- Pour les adultes, la durée passée devant un ordinateur augmente avec le niveau d'éducation.
- Le temps passé total devant un écran ne diffère pas selon le niveau d'éducation.
- Le temps passé assis ou allongé augmente avec le niveau de diplôme.

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude Inca 2, la durée passée devant la télévision augmente lorsque le niveau d'éducation diminue (Tableau 42). Ainsi, les adultes ayant un niveau d'éducation primaire passent en moyenne 192 minutes par jour devant la télévision, alors que ceux ayant un niveau d'éducation supérieur y passent en moyenne 117 minutes par jour.

À l'inverse, la durée moyenne passée devant un ordinateur (loisirs) ou des jeux vidéo, augmente avec le niveau d'éducation (11 minutes contre 91 minutes par jour).

La conjonction de ces deux situations entraîne une durée totale moyenne qui ne diffère pas significativement selon le niveau d'éducation.

Tableau 42 : Sédentarité selon le niveau d'éducation, chez les adultes de 18 à 79 ans, en 2006-2007

	Primaire	Collège	Lycée	Supérieur
Durée passée devant la télévision ¹ (min/j)	191,8	162,8	147,8	116,9
Durée consacrée à l'ordinateur ² (min/j)	11,0	45,1	77,1	91,0
Durée totale passée devant un écran ³ (min/j)	202,8	207,8	224,6	207,8

¹ Télévision, cassettes vidéo ou DVD ; ² Ordinateur pendant le temps de loisirs ou jeux vidéo ;

³ Somme des deux précédents indices.

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Baromètre santé nutrition 2008 (Inpes)

La proportion d'adultes de 18 à 75 ans ayant un niveau de sédentarité élevé (plus de 4 heures assis ou allongé) suit un gradient selon le niveau de diplôme : elle est plus importante chez les personnes ayant un niveau de diplôme élevé (62%) que chez celles n'ayant pas de diplôme (21%) (Tableau 43). On retrouve ce constat quel que soit la région ou l'ex-région administrative disposant d'une extension de l'enquête.

Tableau 43 : Sédentarité (plus de 4 heures assis ou allongé) chez les adultes de 18 à 75 ans selon le niveau de diplôme et la région (en %)

	Aucun diplôme	< au Bac	Bac	Bac +2 ou plus
France métropolitaine 2008	21,1	30,9	51,1	61,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur 2008	29,7	30,7	49,7	50,3
Île-de-France 2008	26,9	39,3	54,0	69,8
Languedoc-Roussillon 2008	21,1	26,0	46,6	53,5
Haute-Normandie 2008	25,3	34,3	53,2	58,0
Picardie 2008	18,4	27,4	45,8	57,4
Franche-Comté 2008	13,5	30,2	52,1	50,8
Champagne-Ardenne 2009	23,3	31,3	41,6	54,9
Nord-Pas-de-Calais 2009	22,4	28,8	44,3	55,1

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

TRANSPORTS ACTIFS

Les modes actifs comprennent la marche, le vélo, la trottinette, les rollers, etc.

DONNÉES GÉNÉRALES

Enfants (3-10 ans)

À retenir

- Environ **60% des enfants âgés de 3 à 10 ans se rendent à l'école en voiture ou en transports en commun.**
- Les **trajets actifs** sont réalisés par environ **40% des enfants**, majoritairement à pied.

Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Selon l'étude ENNS 2006, la majorité des enfants (60%) se rendent à l'école en voiture ou en transports en commun. Cela s'observe aussi bien chez les garçons que chez les filles et aussi bien chez les 3-6 ans que chez les 7-10 ans (Tableau 44). Les plus jeunes garçons se rendent plus souvent à l'école en mode actif (marche, vélo, trottinette...). L'utilisation du vélo ou de la trottinette concerne une minorité d'enfants.

Tableau 44 : Mode de transport pour se rendre à l'école chez les enfants de 3 à 10 ans, en 2006 (en %)

	Garçons			Filles		
	3-6 ans	7-10 ans	3-10 ans	3-6 ans	7-10 ans	3-10 ans
Marche	44,4	31,3	37,4	38,5	34,7	36,5
Vélo, trottinette, rollers	0,9	3,6	2,3	0,0	2,5	1,3
Transports en commun	5,0	12,4	8,9	7,6	5,8	6,7
Voiture	49,8	52,4	51,2	51,9	55,9	53,9

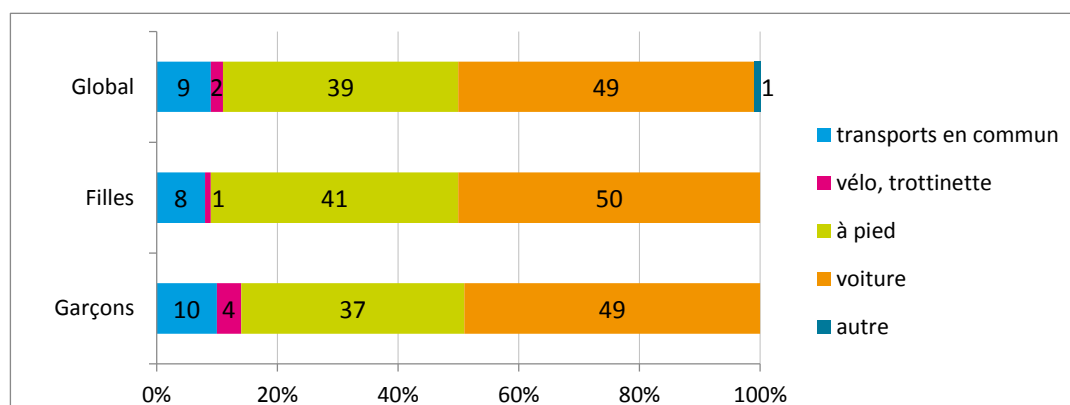
Note : Les % totaux diffèrent de 100% car certains enfants utilisent de façon variable l'un ou l'autre des moyens de transport.

Source : Étude ENNS 2006

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

L'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2) rapporte également que la majorité des enfants âgés de 3 à 10 ans (58%) se rend à l'école avec un mode motorisé : 9% en transports en commun et 49% en voiture (Figure 18). Ils sont 39% à se rendre à l'école à pied (41% des filles et 37% des garçons). L'utilisation du vélo ou de la trottinette concerne une minorité d'enfants.

Figure 18 - Enfants de 3 à 10 ans scolarisés* en fonction du moyen de transport le plus couramment utilisé pour aller à l'école, selon le sexe, en 2006-2007 (en %)



*Ayant été à l'école la semaine précédant l'interview

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Enfants et adolescents (11-14 ans)

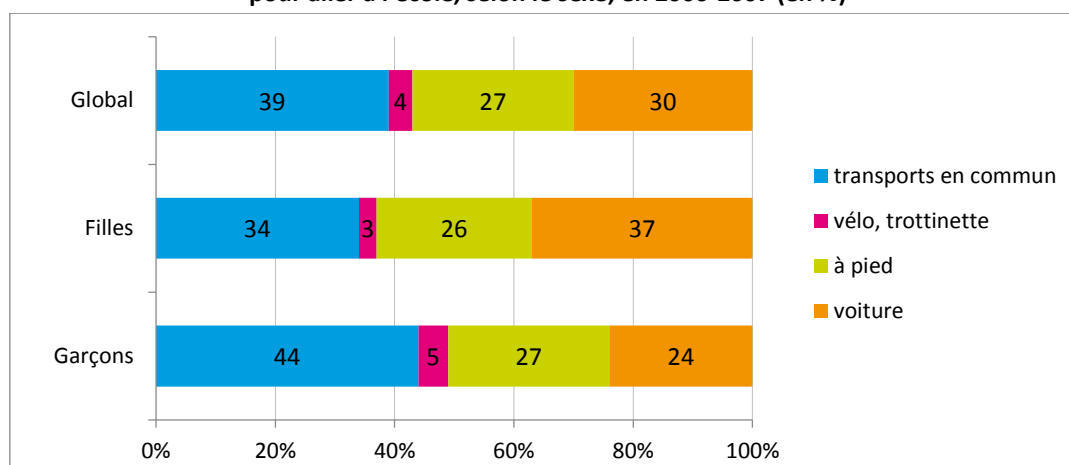
À retenir

- Environ **70% des enfants âgés de 11 à 14 ans** se rendent à l'école **en voiture ou en transports en commun**.
- Les **trajets actifs** sont réalisés par environ **30% des enfants**, majoritairement à pied.
- Il existe de **fortes disparités régionales** dans l'utilisation des modes actifs par les collégiens.

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Comme chez les plus jeunes, l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2) rapporte que la majorité des enfants âgés de 11 à 14 ans (69%) se rend à l'école avec un mode motorisé, mais avec une utilisation plus importante des transports en commun (39%) que de la voiture (30%), plus marquée chez les garçons que chez les filles (44% contre 34%) (Figure 19). Ils sont 27% à se rendre à l'école à pied, filles comme garçons. L'utilisation du vélo ou de la trottinette reste très minoritaire (4%).

Figure 19 - Adolescents de 11 à 14 ans* en fonction du moyen de transport le plus couramment utilisé pour aller à l'école, selon le sexe, en 2006-2007 (en %)



*Ayant été à l'école la semaine précédant l'interview

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Les élèves interrogés dans le cadre de l'enquête HBSC sont 34% à déclarer se rendre à l'école (aller et retour) de manière active (marche ou vélo). Cependant, il existe des disparités dans les régions disposant d'une extension de l'enquête HBSC : 40% des collégiens d'Alsace déclarent un mode de transport actif, contre 19% des collégiens de Poitou-Charentes, 22% de ceux de Midi-Pyrénées et 29% des collégiens Lorrains (Tableau 45).

Tableau 45 : Collégiens déclarant se rendre à l'école (aller et retour) de manière active (marche ou vélo), selon la région (en %)

	Trajet actif
Midi-Pyrénées 2007	22
Poitou-Charentes 2007	19
Lorraine 2007	29
Alsace 2012	40
France 2010	34

Sources : Inpes, La santé des collégiens en France, Données françaises de l'enquête internationale HBSC 2010 ; Extensions régionales de l'enquête HBSC, ORS Midi-Pyrénées (2007), ORS Poitou-Charentes (2007), ORS Lorraine (2007), ORS Alsace (2012).

En 2014, une nouvelle enquête réalisée en Alsace montre une légère augmentation des modes actifs, avec près de 44% des élèves interrogés déclarant se rendre à l'école (aller et retour) de manière active (47% pour les garçons et 41% pour les filles). Les filles déclarent marcher un peu plus que les garçons et ces derniers utilisent deux à trois fois plus le vélo ou la trottinette (Tableau 46).

Tableau 46 : Collégiens alsaciens, selon le mode de déplacement pour les trajets domicile-collège et le sexe en 2014 (en %)

	Filles	Garçons	Ensemble
Transports en commun	33,2	32,2	32,7
Marche	34,1	30,5	32,3
Mixte	16,2	11,9	14,0
Vélo	6,3	16,0	11,2
Voiture	9,9	7,6	8,7
Autre	0,1	0,8	0,5
Moto	0,1	0,5	0,3
Trottinette	0,1	0,4	0,3
Modes actifs	40,5	46,9	43,8

Source : Enquête HBSC – exploitation ORS Alsace

Enfants, adolescents et étudiants

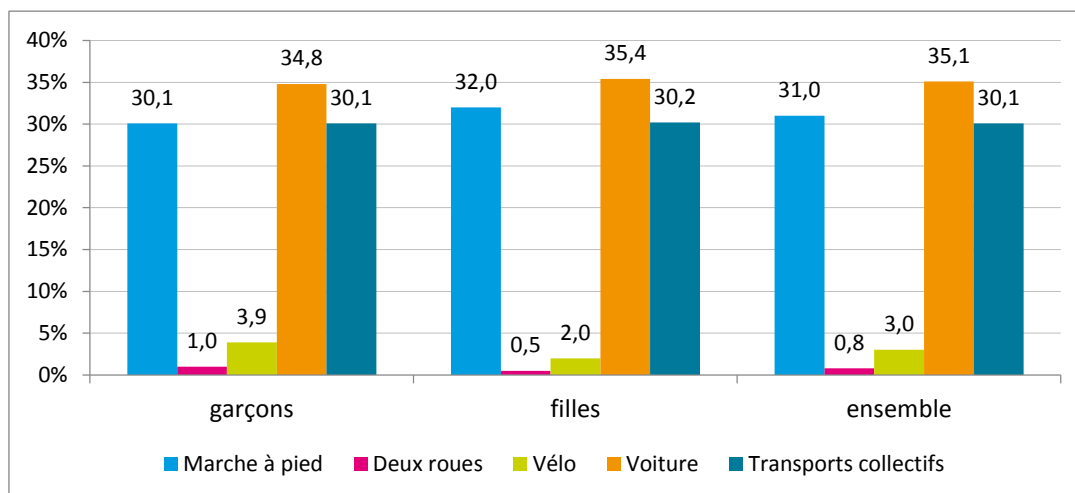
À retenir

- Pour l'ensemble des enfants, adolescents et étudiants, le **mode principal** pour se rendre de leur domicile vers leur lieu d'études ou de garde **est la voiture**, avec 35% des déplacements, puis la marche et les transports en commun (environ 30% des déplacements chacun). Le vélo représente seulement 3% des déplacements.
- Le **vélo est deux fois plus utilisé par les garçons que par les filles**.
- Le **mode de transport principal diffère selon l'âge** : voiture chez les moins de 6 ans, marche chez les 6-14 ans et transports collectifs chez les plus de 15 ans.
- Près de **45% des jeunes ont moins de deux kilomètres à parcourir** pour se rendre sur leur lieu d'études ou de garde et 21% entre 2 et 5 kilomètres.
- Plus de **70% des jeunes mettent moins de 15 minutes** pour se rendre sur leur lieu d'études ou de garde et 19% entre 16 et 30 minutes.
- L'utilisation de la **marche** pour se rendre sur leur lieu d'études **n'a cessé de diminuer entre 1982 et 2008**, contrairement à l'utilisation de la voiture, qui a augmenté sur cette période.
- Il existe de **fortes disparités territoriales** dans l'utilisation des modes actifs.
- **40% des jeunes** de 2 ans ou plus **scolarisés** le sont **hors de leur commune de résidence**.

Enquête nationale transports et déplacements 2008 (Insee)

Selon l'enquête nationale transports et déplacements 2008, le mode de transport principal utilisé par les enfants, adolescents et étudiants pour se rendre de leur domicile vers leur lieu d'études ou de garde est la voiture, avec 35% des déplacements (Figure 20). Viennent ensuite la marche et les transports en commun (environ 30% des déplacements chacun). Le vélo représente seulement 3% des déplacements. Il y a peu de différence entre les sexes, avec cependant une utilisation du vélo deux fois plus importante chez les garçons que chez les filles (3,9% contre 2,0%).

Figure 20 - Mode de transport principal pour les déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon le sexe, en 2008 (en %)

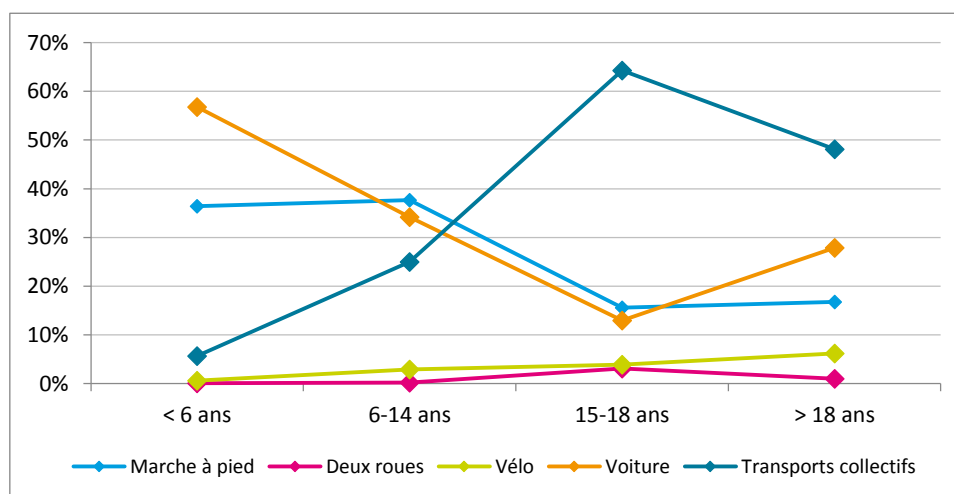


Champ : écoliers, étudiants et enfants ayant un lieu de garde fixe hors de leur domicile.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, Enquête nationale transports et déplacements 2008

En 2008, le mode de transport principal des jeunes pour se rendre sur leur lieu d'études ou de garde est la voiture chez les moins de 6 ans, la marche chez les 6-14 ans et les transports collectifs chez les plus de 15 ans (Figure 21). La marche est davantage pratiquée par les plus jeunes (près de 40% de leurs déplacements pour les moins de 15 ans contre moins de 20% pour les plus de 15 ans). L'utilisation du vélo augmente avec l'âge, passant de 2,9% pour les 6-14 ans à 6,2% pour les plus de 18 ans. Enfin, la part modale¹² de la voiture diminue avec l'âge au profit des transports en commun, avant de connaître un rebond d'utilisation chez les plus de 18 ans, majoritairement en tant que conducteur.

Figure 21 - Mode de transport principal pour les déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon l'âge, en 2008 (en %)



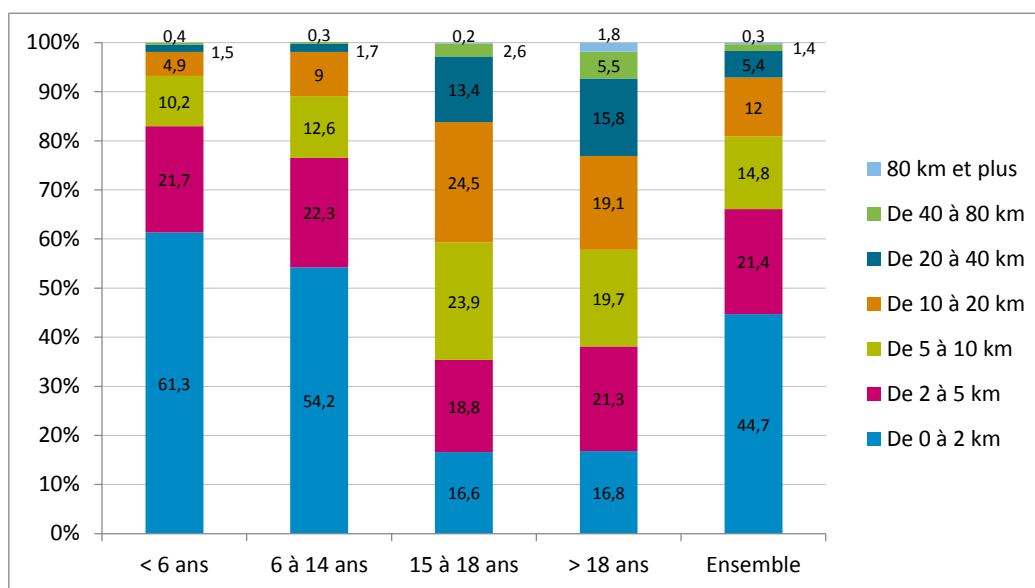
Champ : écoliers, étudiants et enfants ayant un lieu de garde fixe hors de leur domicile.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, Enquête nationale transports et déplacements 2008

Près de 45% des jeunes ont moins de deux kilomètres à parcourir pour se rendre sur leur lieu d'études ou de garde et 21% entre 2 et 5 kilomètres (Figure 22). Cela varie néanmoins fortement selon l'âge. En effet, si plus de la moitié des élèves de moins de 14 ans doivent parcourir moins de deux kilomètres, ils ne sont plus que 17% dans ce cas chez les 15 ans et plus, en raison du passage du collège au lycée.

¹² Part modale : % de déplacements effectués avec un mode de transport

Figure 22 - Distance entre le domicile et le lieu d'études ou de garde, en 2008 (en %)

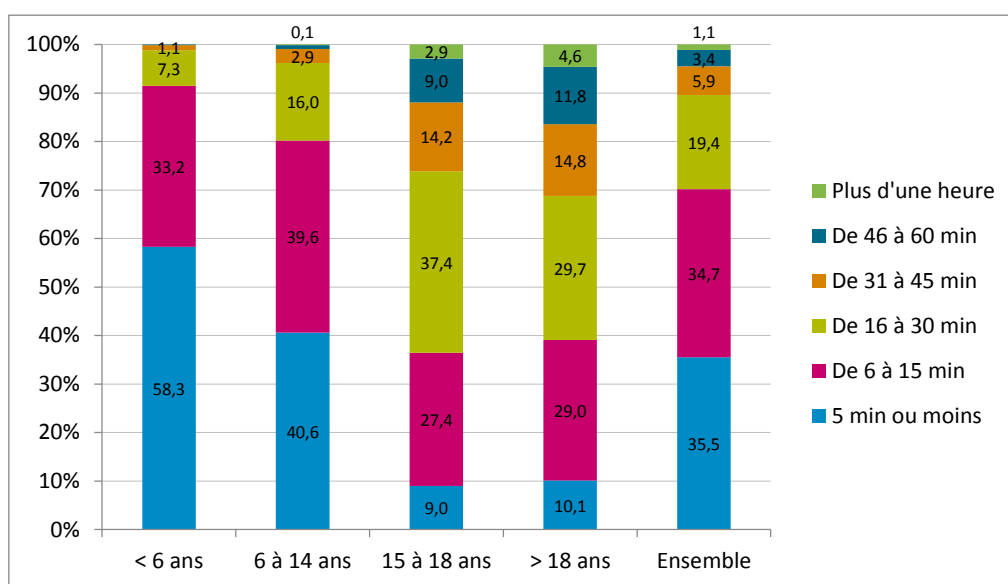


Champ : écoliers, étudiants et enfants ayant un lieu de garde fixe hors de leur domicile.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, Enquête nationale transports et déplacements 2008

Plus de 70% des jeunes mettent moins de 15 minutes pour se rendre sur leur lieu d'études ou de garde et 19% entre 16 et 30 minutes (Figure 23). On observe là aussi des différences selon l'âge. En effet, si 90% des enfants de moins de 6 ans et plus de 80% des enfants de moins de 14 ans mettent moins de 15 minutes, ils ne sont plus que 36% et 39% chez les 15-18 ans et chez les plus de 18 ans respectivement.

Figure 23 - Temps (en minutes) à l'aller pour se rendre sur le lieu d'études ou de garde, en 2008 (en %)

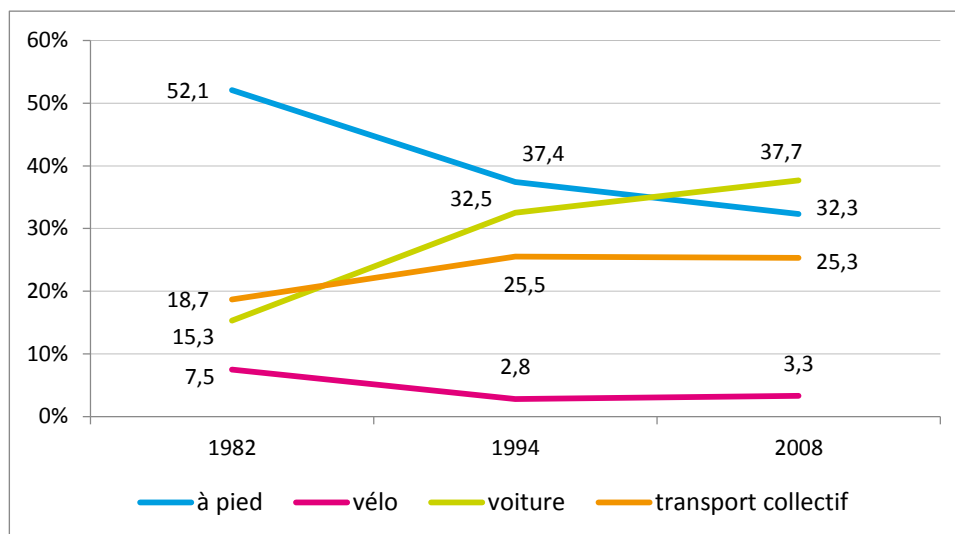


Champ : écoliers, étudiants et enfants ayant un lieu de garde fixe hors de leur domicile.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, Enquête nationale transports et déplacements 2008

Depuis l'enquête nationale transports et déplacements de 1982, la proportion de personnes qui marchent pour se rendre sur leur lieu d'études n'a cessé de diminuer, passant de 52% en 1982 à 32% en 2008 (Figure 24). Cette situation s'oppose à celle de la voiture, qui est quant à elle de plus en plus utilisée (15% en 1982 contre 38% en 2008). La proportion de personnes utilisant les transports en commun a augmenté entre 1982 et 1994 et tend à se stabiliser depuis 1994. La proportion de personnes recourant au vélo pour se rendre sur leur lieu d'études a diminué entre 1982 et 1994 et s'est stabilisé depuis (avec une très légère tendance à la hausse, notamment chez les garçons).

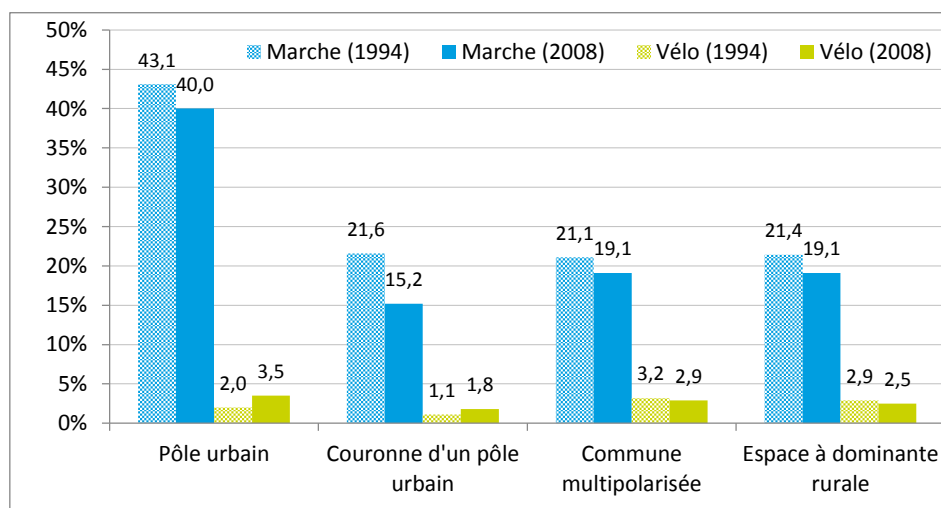
Figure 24 - Évolution des déplacements pour se rendre sur le lieu d'études, entre 1982 et 2008 selon le mode de transport (en %)



Champ : individus âgés de 6 ans ou plus résidant en France métropolitaine. Déplacements locaux en semaine
Sources : SOeS, Insee, Inrets, Enquêtes nationales transports et déplacements 1982, 1994, 2008

En 2008 comme en 1994, la marche, avec environ 40% des déplacements, est le mode de transport principal des jeunes pour se rendre sur leur lieu d'études ou de garde dans les pôles urbains¹³ (Figure 25). Dans les autres types de communes, la part modale de la marche est d'environ 21%. Entre 1994 et 2008, la part modale de la marche a diminué et ce quel que soit le type de commune. La part modale du vélo a également diminué dans les communes multipolarisées¹³ et dans les espaces à dominante rurale, mais a augmenté dans les pôles urbains et dans les couronnes de pôles urbains.

Figure 25 - Part de la marche et du vélo dans les déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon la catégorie de la commune du domicile (en %)



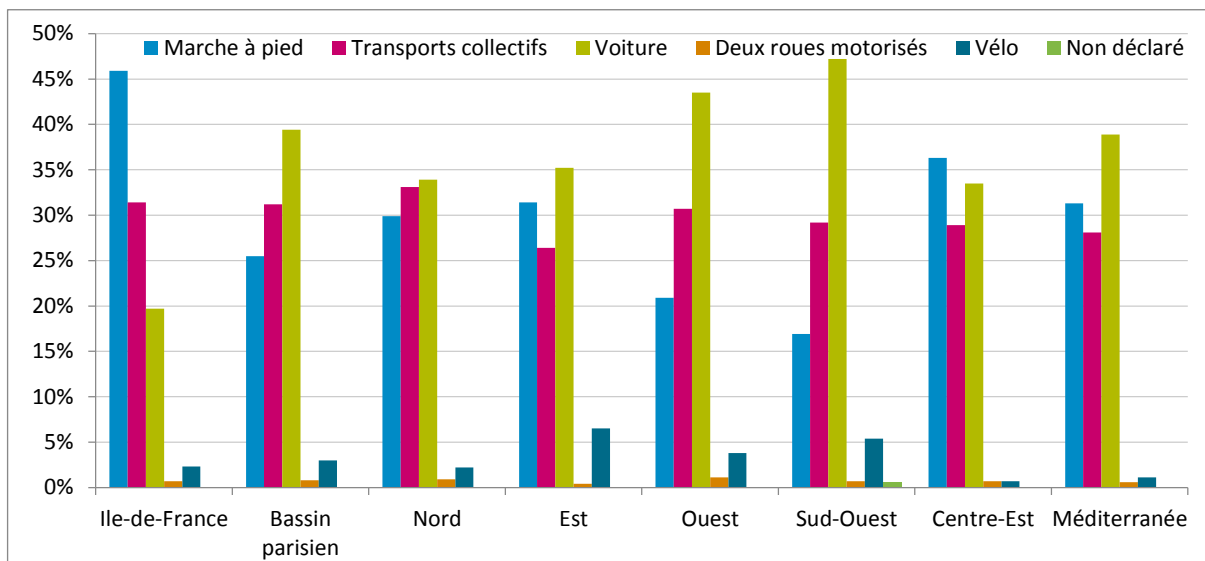
Champ : écoliers, étudiants et enfants ayant un lieu de garde fixe hors de leur domicile.
Sources : SOeS, Insee, Inrets, Enquête nationale transports et déplacements 1994 et 2008

En 2008, la marche est le mode de transport principal des jeunes pour se rendre sur leur lieu d'études ou de garde en Île-de-France et dans la zone d'études et d'aménagement du territoire (Zéat¹³) centre-est (Figure 26). Dans toutes les autres Zéat, le mode de transport principal est la voiture, en particulier dans l'ouest et le sud-ouest où les parts modales de la voiture s'élèvent respectivement à 44% et 47%. La part modale des transports

¹³ Se référer au chapitre Définitions

en commun est sensiblement la même dans toutes les Zéat, allant de 26% dans l'est à 33% dans le nord. Les Zéat qui présentent les parts modales du vélo les plus élevées sont celles du sud-ouest (5,4%) et de l'est (6,5%).

Figure 26 - Part modale des déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon les Zéat françaises, en 2008 (en %)



Champ : écoliers, étudiants et enfants ayant un lieu de garde fixe hors de leur domicile.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, Enquête nationale transports et déplacements 2008

Recensement de la population 2012 (Insee)

Selon le recensement de la population de 2012, 40% des jeunes de 2 ans ou plus scolarisés le sont hors de leur commune de résidence, soit plus de 6 millions de personnes. Cette proportion est en légère augmentation par rapport à 2007 (1 point de plus). Les départements pour lesquels la part des jeunes de 2 ans ou plus scolarisés hors de leur commune de résidence est la plus faible se situent principalement dans le sud de la France (Figure 27). Dans une quinzaine de départements, plus de la moitié des jeunes de 2 ans ou plus sont scolarisés hors de leur commune de résidence.

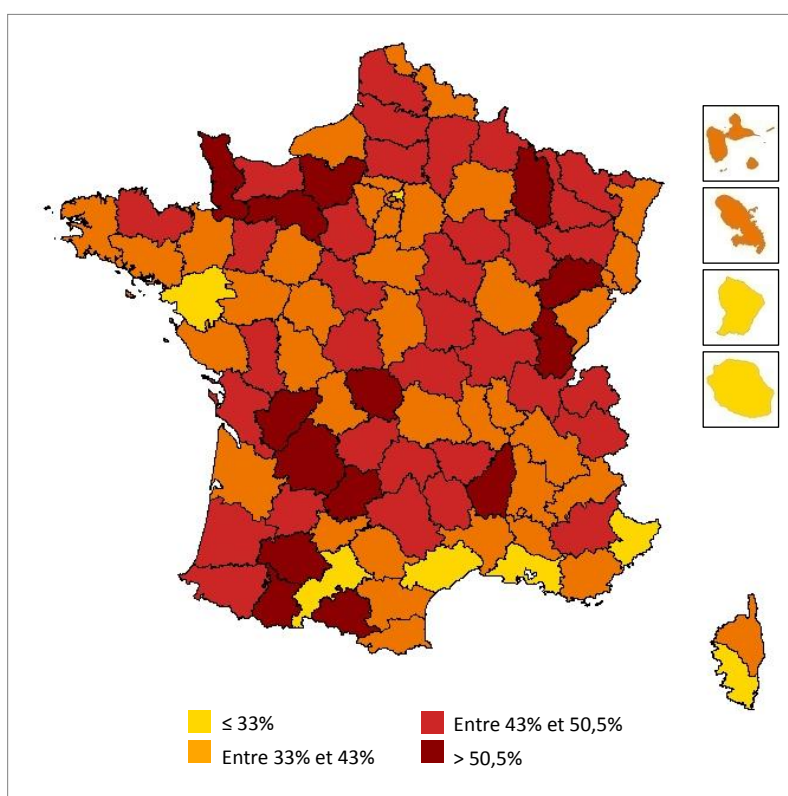


Figure 27 - Part des jeunes scolarisés hors de la commune de résidence* en 2012 (en %)

*Ou de l'arrondissement municipal - Champ : population scolarisée de 2 ans ou plus.

Source : Insee, Recensement de la population 2012, exploitation complémentaire.

Population adulte

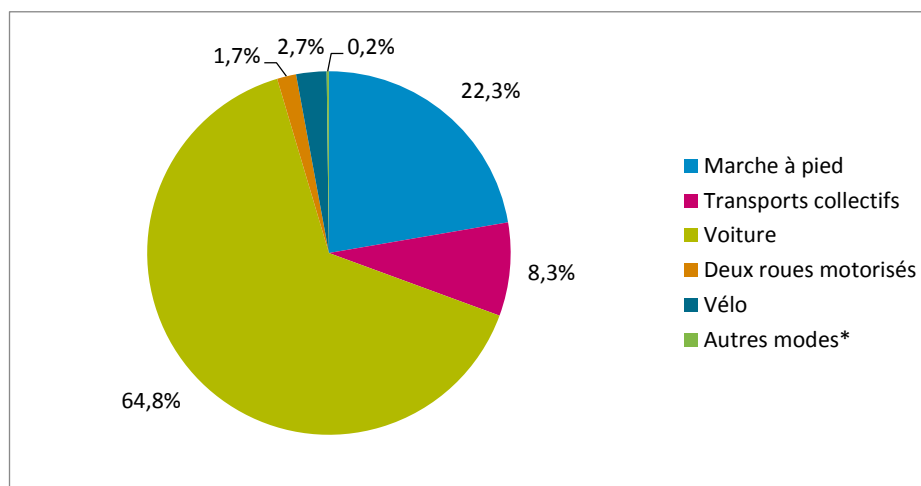
À retenir

- La **voiture** est le **mode de transport le plus utilisé** (65% des déplacements).
- Les **transports actifs** représentent seulement **un quart des déplacements**.
- Le **mode** de transport principal **diffère selon l'âge**.
- La **marche** est plus utilisée par les **femmes** et le **vélo** par les **hommes**.
- Le **mode de transport principal diffère selon la catégorie de communes et la zone géographique**.
- Après une **baisse de la marche et de l'usage du vélo**, ces modes **progressent à nouveau** depuis plusieurs années.
- Les transports actifs sont peu utilisés par les personnes ayant un emploi, même sur des distances très courtes.

Enquête nationale transports et déplacements 2008 (Insee)

Dans l'enquête nationale transport et déplacements 2008, la voiture est le mode de déplacement le plus fréquent (64,8%), loin devant la marche (22,3%), les transports collectifs (8,3%), le vélo (2,7%) ou les deux-roues motorisés (1,7%) (Figure 28).

Figure 28 - Part modale des déplacements en 2008 (en %)



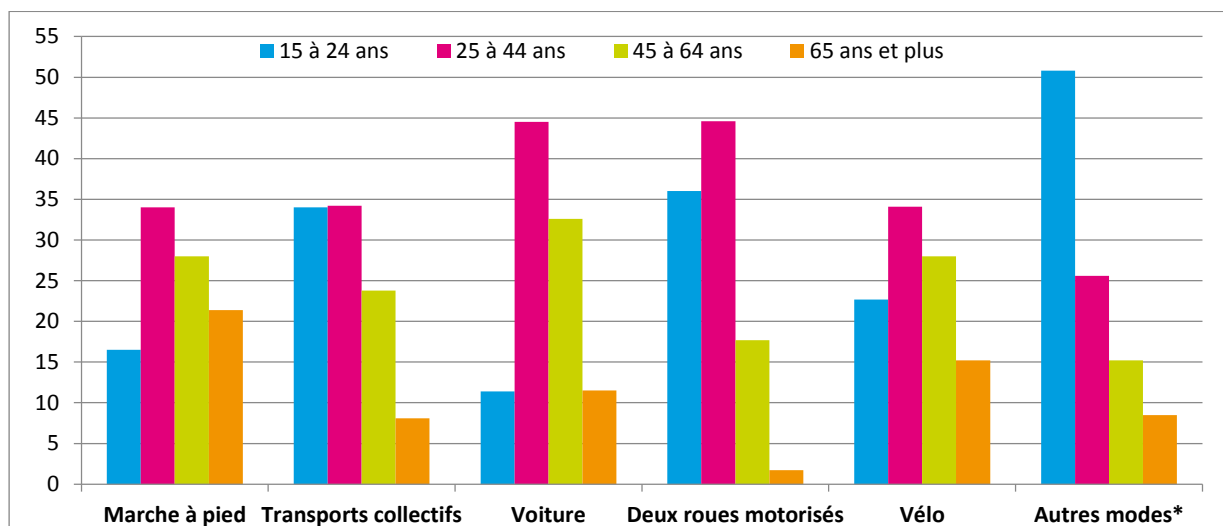
Champ : Personnes de 6 ans et plus ; déplacements effectués du lundi au vendredi à l'occasion d'activités situées dans un rayon de 80 kilomètres autour du domicile - France hexagonale

*Autres modes : taxi, ramassage scolaire, bateau...

Sources : SOeS - Inrets - Insee, Enquête nationale transport et déplacements 2008 - Exploitation IFSTTAR

La voiture est majoritairement utilisée par les 25-44 ans et les 45-64 ans (45% et 33% respectivement des usagers de la voiture) (Figure 29). Les deux-roues motorisés sont quant à eux l'apanage des moins de 45 ans. La répartition selon les classes d'âge des utilisateurs de vélo ou de la marche est comparable entre 25 et 65 ans (34% avaient entre 25 et 44 ans et 28% avaient entre 45 et 65 ans). Les autres modes de déplacement sont majoritairement utilisés par les 15-24 ans (51%), particulièrement en raison du ramassage scolaire.

Figure 29 - Modes de déplacements selon l'âge en 2008 (en %)



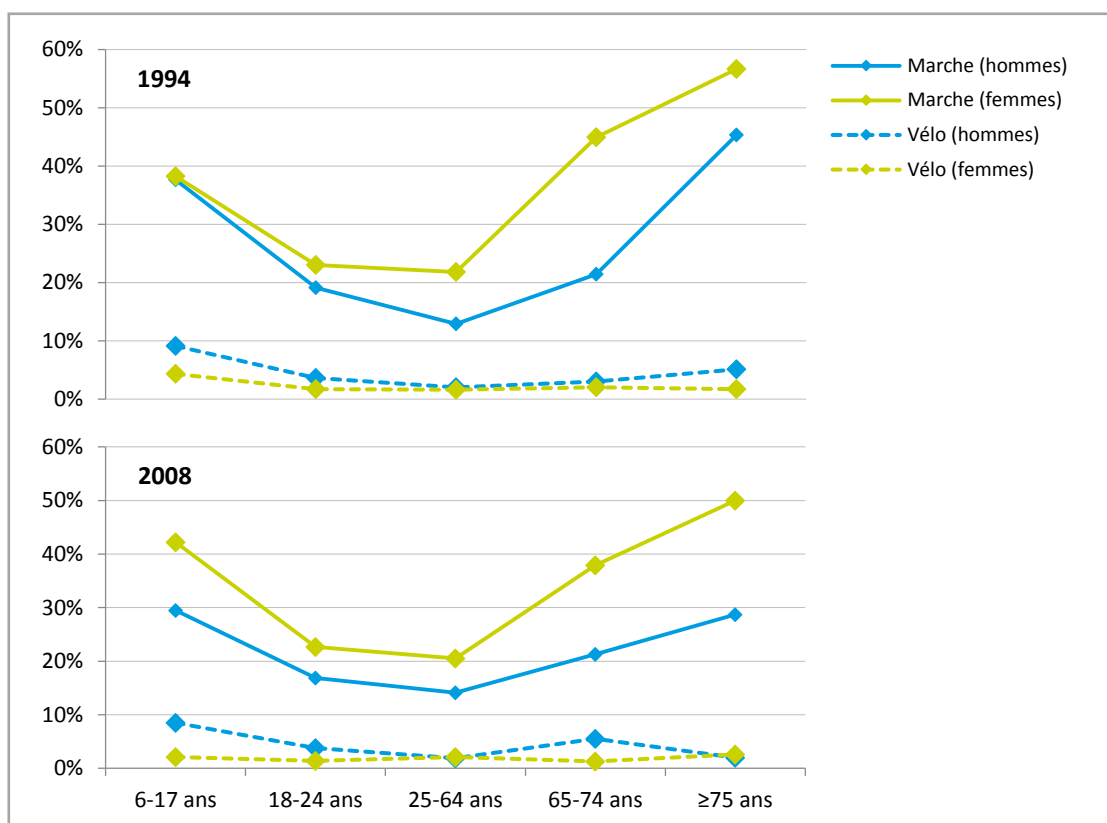
Champ : Personnes de 6 ans et plus ; déplacements effectués du lundi au vendredi à l'occasion d'activités situées dans un rayon de 80 kilomètres autour du domicile - France hexagonale

*Autres modes : taxi, ramassage scolaire, bateau...

Sources : SOeS - Inrets - Insee, Enquête nationale transport et déplacements 2008 - Exploitation IFSTTAR

En 2008 comme en 1994, la part modale de la marche est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quelle que soit la classe d'âge considérée (Figure 30). La marche est pratiquée plus souvent par les plus jeunes et les plus âgés. En 2008 comme en 1994, la part modale du vélo est inférieure à 6% dans toutes les classes d'âge et quel que soit le sexe, sauf chez les garçons de 6-17 ans parmi lesquels on trouve le plus de cyclistes (près de 10%).

Figure 30 - Marche et vélo dans les déplacements locaux en semaine, selon le sexe et l'âge, en 1994 et 2008 (en %)

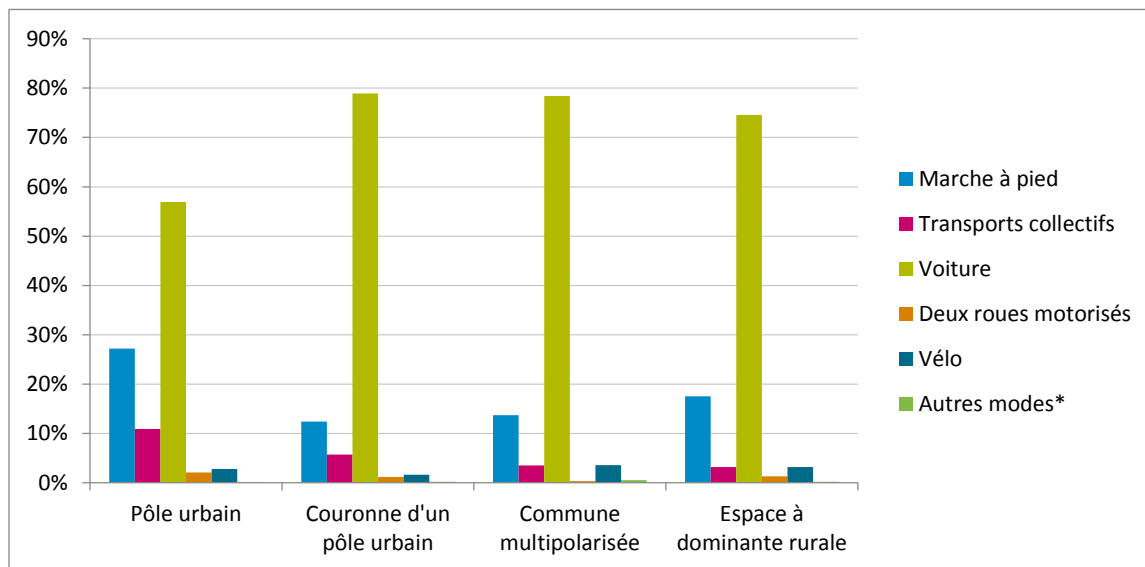


Champ : individus âgés de 6 ans ou plus résidant en France métropolitaine.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, enquête nationale transports et déplacements 1994 et 2008

En 2008, la voiture est le mode de déplacement le plus fréquemment utilisé quelle que soit la catégorie de commune, allant de 57% de part modale en pôle urbain à 79% en couronne de pôle urbain (Figure 31). La marche constitue le second mode de déplacement le plus plébiscité, en particulier en pôle urbain (27% de part modale). La part modale du vélo est faible quelle que soit la catégorie de communes, allant de 1,6% en couronne de pôle urbain à 3,6% dans les communes multipolarisées.

Figure 31 - Part modale des déplacements selon la catégorie de commune en 2008 (en %)



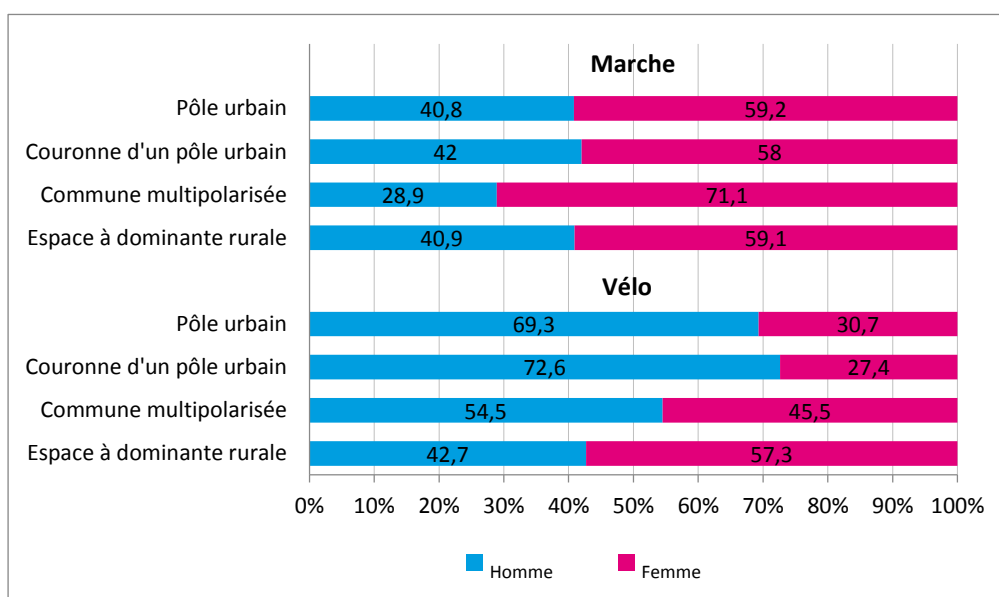
Champ : Personnes de 6 ans et plus ; déplacements effectués du lundi au vendredi à l'occasion d'activités situées dans un rayon de 80 kilomètres autour du domicile - France hexagonale

*Autres modes : taxi, ramassage scolaire, bateau...

Sources : SOeS - Inrets - Insee, Enquête nationale transport et déplacements 2008 - Exploitation IFSTTAR

La marche est majoritairement préférée par les femmes quelle que soit la catégorie de communes, et en particulier dans les communes multipolarisées où seulement 29% des marcheurs sont des hommes (Figure 32). À l'inverse, les cyclistes sont principalement des hommes dans les pôles urbains (69%), les couronnes de pôles urbains (73%) et les communes multipolarisées (55%). Par contre, les utilisateurs de vélo sont majoritairement des femmes dans les espaces à dominante rurale (57% d'utilisatrices contre 43% d'utilisateurs).

Figure 32 - Répartition selon le sexe et la catégorie de commune des modes actifs en 2008

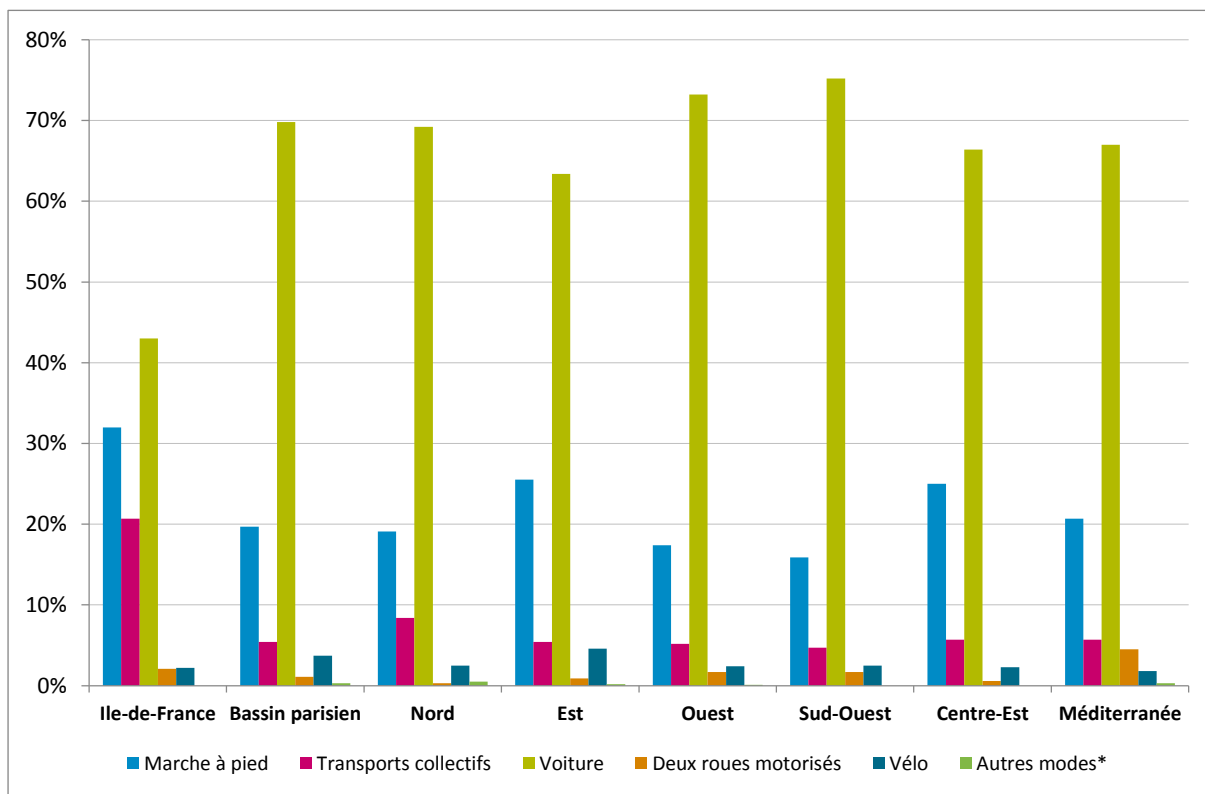


Champ : Personnes de 6 ans et plus ; déplacements effectués du lundi au vendredi à l'occasion d'activités situées dans un rayon de 80 kilomètres autour du domicile - France hexagonale

Sources : SOeS - Inrets - Insee, Enquête nationale transport et déplacements 2008 - Exploitation IFSTTAR

En 2008, la voiture est le moyen de déplacement le plus utilisé dans les huit zones d'études et d'aménagement du territoire françaises, avec cependant des différences marquées : 43% de part modale en Île-de-France à 75% dans le sud-ouest (Figure 33). Sur l'ensemble des Zéat, la marche constitue le second mode de déplacement le plus fréquent. Cela est d'autant plus visible en Île-de-France où la marche et les transports en commun sont plus souvent préférés à la voiture que dans les autres Zéat. La part modale du vélo est faible dans toutes les Zéat, allant de 1,8% en Méditerranée à 4,6% dans l'est.

Figure 33 - Part modale des déplacements dans les Zéat françaises en 2008 (en %)



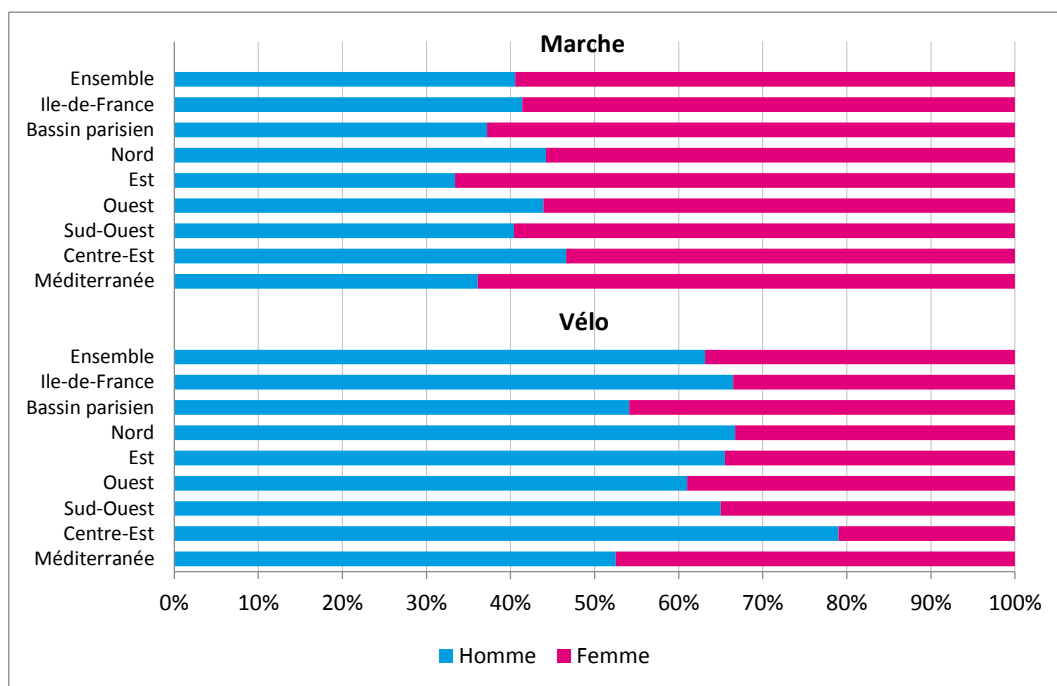
Champ : Personnes de 6 ans et plus ; déplacements effectués du lundi au vendredi à l'occasion d'activités situées dans un rayon de 80 kilomètres autour du domicile - France hexagonale

**Autres modes : taxi, ramassage scolaire, bateau...*

Sources : SOeS - Inrets - Insee, Enquête nationale transport et déplacements 2008 - Exploitation IFSTTAR

En 2008, la marche est majoritairement préférée par les femmes que par les hommes (59% de femmes contre 41% d'hommes). Cela se constate dans les huit Zéat françaises, et en particulier dans l'est, où seulement un tiers (33%) des marcheurs sont des hommes (Figure 34). À l'inverse, les utilisateurs de vélo sont principalement des hommes (63%). La parité est presque respectée dans la Zéat Méditerranée où 48% des utilisateurs de vélo sont des femmes, mais c'est loin d'être le cas dans le centre-est (79% d'utilisateurs contre 21% d'utilisatrices).

Figure 34 - Marche et vélo dans les Zéat françaises selon le sexe, en 2008 (en %)



Champ : Personnes de 6 ans et plus ; déplacements effectués du lundi au vendredi à l'occasion d'activités situées dans un rayon de 80 kilomètres autour du domicile - France hexagonale

Sources : SOeS - Inrets - Insee, Enquête nationale transport et déplacements 2008 - Exploitation IFSTTAR

Enquêtes déplacements (standard CERTU)

Si la part modale de la marche s'élève à 22% en France métropolitaine en 2008, les différentes enquêtes déplacements menées en France à différents niveaux de territoire montrent des différences importantes. Dans les territoires à dominante urbaine, celle-ci s'élève à environ 30%, mais atteint 29% en Île-de-France et jusqu'à 52% à Paris. Après une baisse de l'utilisation de la marche, celle-ci progresse à nouveau dans les agglomérations.

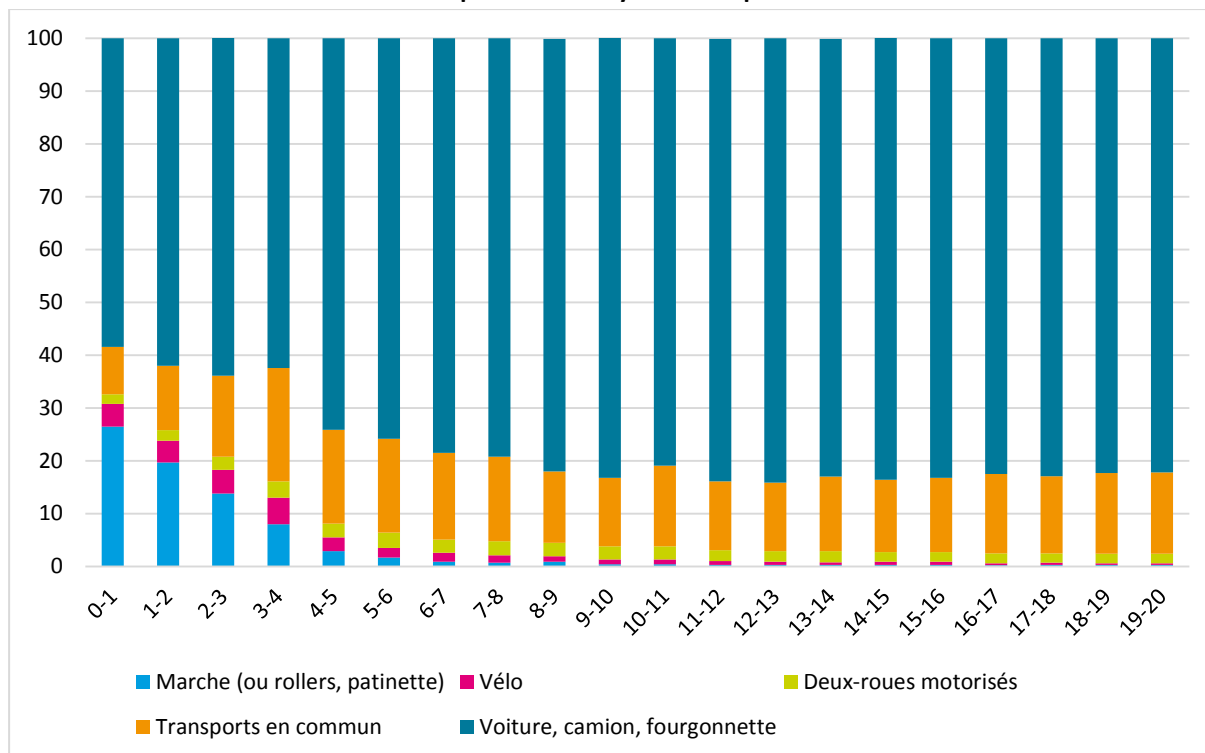
Pour le vélo, si sa part modale s'élève à 2,7% en France métropolitaine en 2008, les différentes enquêtes déplacements menées en France à différents niveaux de territoire montrent des différences importantes. Dans les territoires à dominante urbaine, elle s'élève à moins de 1% dans certaines agglomérations, pour atteindre près de 8% dans l'agglomération de Strasbourg. Dans les villes moyennes, elle s'échelonne également de moins de 1 à 6% (Colmar) et à 7,5% (La Rochelle). Comme pour la marche, après une baisse marquée de l'usage du vélo, celui-ci progresse à nouveau dans les agglomérations.

Recensement de la population 2015 (Insee)

Selon le recensement de la population de 2015, les actifs ayant un emploi utilisent majoritairement la voiture pour aller travailler (70,4% d'entre eux). Les transports en commun sont utilisés par 14,8% des travailleurs. Les modes actifs sont très minoritaires : seuls 6,3% des actifs vont travailler à pied et 1,9% à vélo, soit un peu plus de deux millions de personnes. L'utilisation d'un deux-roues motorisés est également minoritaire et comparable à l'utilisation du vélo. Enfin, 4,5% des actifs n'ont pas à se déplacer pour aller travailler.

Seul un quart des travailleurs se rendent à pied à leur travail quand celui-ci est à un kilomètre ou moins, un cinquième lorsqu'il est compris entre un et deux kilomètres (Figure 35). L'utilisation du vélo atteint 5% pour les distances comprises entre 3 et 4 kilomètres. Enfin, même pour des trajets très courts, les actifs prennent la voiture (58 % d'entre pour des distances inférieures à 1 kilomètre, 62% pour les distances comprises entre 3 et 4 kilomètres).

Figure 35 - Part du mode de transport selon la distance domicile-travail effectuée par les actifs ayant un emploi en 2015



Note : la distance domicile-travail est la distance routière entre les chefs-lieux des communes de résidence et de travail arrondie au kilomètre entier supérieur.

Champ : personnes âgées de 15 ans à 74 ans ayant un emploi ou en apprentissage et ayant déclaré des déplacements domicile-travail, France hors Mayotte.

Source : Insee, enquête annuelle de recensement 2015, distancier Metric.

Population adulte

À retenir

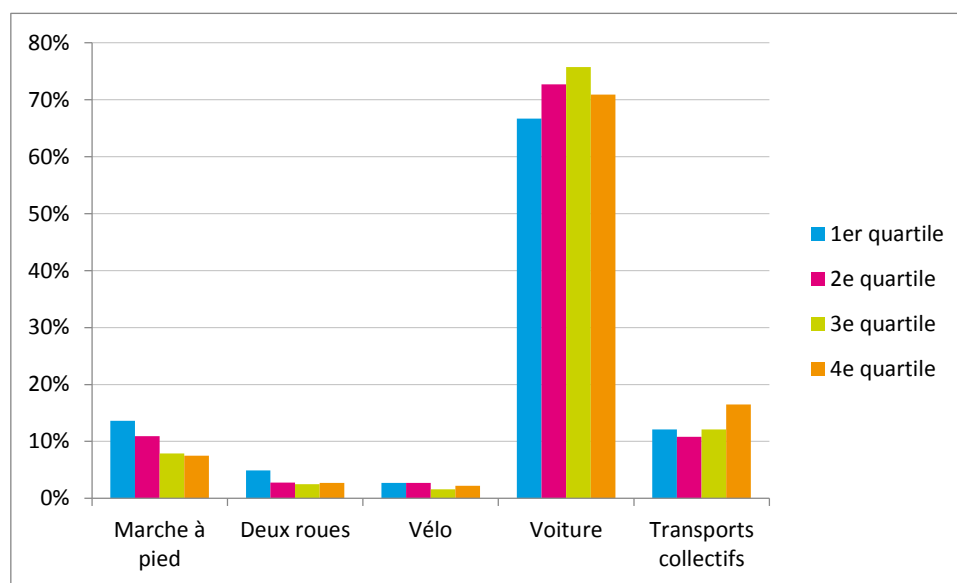
- La proportion de **déplacements à vélo** durant la semaine a **diminué pour les ouvriers (-35%)** tandis qu'elle a **augmenté pour les cadres et les employés (+33%)**.
- Les **agriculteurs** représentent la catégorie socioprofessionnelle **utilisant le plus la marche** comme mode de transport.
- Le **recours à la marche** comme mode de transport **décline** lorsque le **revenu par unité de consommation augmente**.

Enquête nationale transports et déplacements 2008 (Insee)

Lors de l'enquête nationale transports et déplacements 2008, l'utilisation de la marche pour aller au travail diminue lorsque le revenu par unité de consommation augmente : 13,6% pour le premier quartile contre 7,5% pour le dernier quartile (Figure 36).

À l'inverse, l'utilisation de la voiture augmente avec les trois premiers quartiles de revenus, passant de 67 à 76% puis diminue pour le dernier quartile (71%), qui utilise plus fréquemment les transports collectifs (entre 4 et 6 points de plus que les autres déciles).

Figure 36 - Mode de transport principal utilisé pour aller au travail selon le quartile de revenu par unité de consommation (en %)

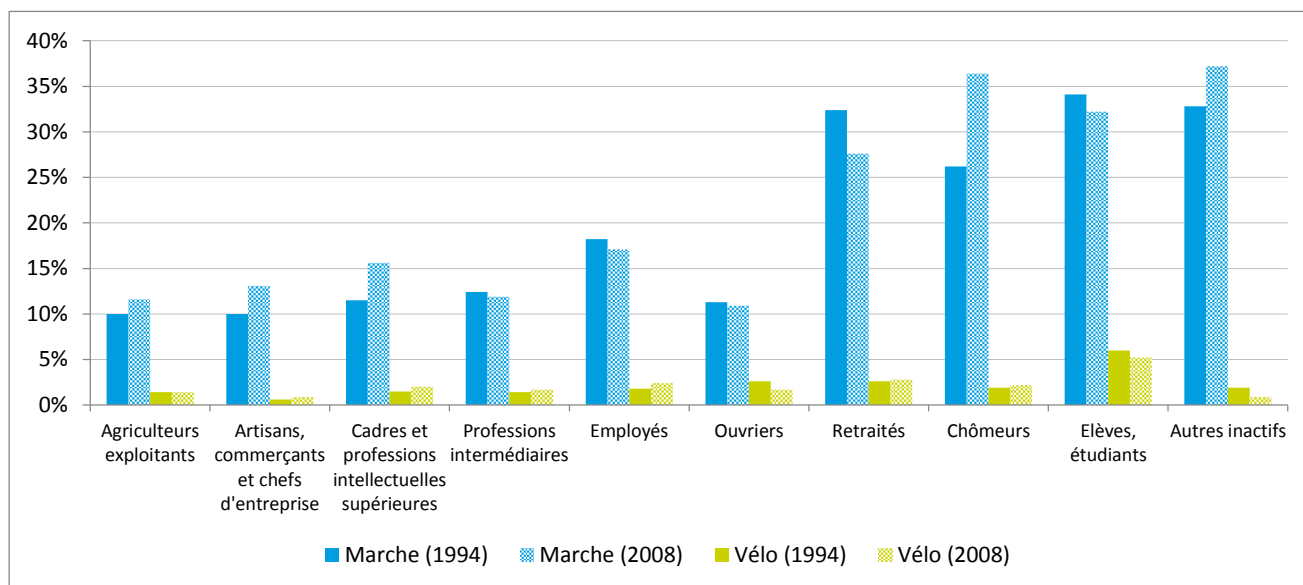


Champ : actifs ayant un lieu de travail fixe hors de leur domicile.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, enquête nationale transports et déplacements 2008

Selon les enquêtes nationales transports et déplacement, en 2008 comme en 1994, les retraités, les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs utilisent plus fréquemment la marche que les autres catégories socioprofessionnelles (Figure 37). Les retraités, et dans une moindre mesure les étudiants, marchent cependant moins en 2008 qu'en 1994. Par rapport à 1994, la proportion de déplacements à vélo durant la semaine a diminué pour les ouvriers (-35%) tandis qu'elle a augmenté pour les cadres et les employés (+33%). De même pour la marche : son utilisation a diminué pour les ouvriers (-4%) tandis qu'elle a augmenté pour les cadres et les employés (+36%).

Figure 37 - Part de la marche et du vélo dans les déplacements locaux en semaine, selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)



Champ : individus âgés de 6 ans ou plus résidant en France métropolitaine.

Sources : SOeS, Insee, Inrets, enquête nationale transports et déplacements 1994 et 2008

Recensement de la population 2015 (Insee)

Selon le recensement de la population de 2015, les agriculteurs et les employés utilisent plus souvent la marche pour aller travailler que les autres actifs ayant un emploi (respectivement 12,6 et 8,8% d'entre eux, contre 6,3% en moyenne). Le vélo est plus utilisé par les cadres (2,9% contre 1,9% en moyenne). Les transports en commun sont également plus utilisés par les cadres (23,7% contre 14,8% en moyenne), suivis de loin par les employés (16,5% d'entre eux).

L'utilisation du vélo pour aller travailler est plus fréquente chez les diplômés de l'enseignement supérieur et cette pratique augmente avec le niveau d'étude (1,5% chez les bacheliers ou équivalents contre 5,0% chez les titulaires d'un doctorat). La marche est plus utilisée chez les travailleurs ayant un niveau de formation avant la fin du primaire (11,9% d'entre eux) ou avant la fin du collège (9,4%).

PRATIQUE SPORTIVE

Encadré 2 - Licence et licencié

Une personne peut être licenciée dans plusieurs fédérations différentes. Plusieurs licences seront donc prises en compte, mais un seul licencié sera comptabilisé.

De plus, pour certaines fédérations, il est possible de posséder plusieurs licences : par exemple, la fédération française de hockey peut délivrer une licence de hockey sur gazon, une licence de hockey en salle et une licence de service (arbitre, dirigeant). De ce fait, le nombre de licences distribuées est supérieur au nombre de licenciés sans que l'on puisse estimer ce dernier.

Le terme de licence recouvre différentes intensités de pratique. Selon la fédération, il peut exister une licence compétition et une licence loisir ainsi qu'une licence dirigeant/arbitre. Si la licence loisir est un titre à l'année, elle n'implique pas une pratique régulière. De même, la licence compétition n'implique pas obligatoirement la participation à des compétitions. Par exemple, la licence de la fédération française de tennis donne la possibilité à son possesseur de pratiquer la compétition, mais celui-ci peut ne faire aucune compétition dans l'année.

Enfin, il existe les ATP (autres types de participation) englobant l'ensemble des titres qui ne sont pas des titres à l'année. Les ATP ne sont pas des licences.

Source : Mission des Etudes, de l'Observation et des Statistiques

DONNÉES GÉNÉRALES

Enfants, adolescents et jeunes adultes

À retenir

- Entre la moitié et les deux tiers des enfants de 3 à 10 ans pratiquent **un sport en dehors de l'école**. Cette proportion augmente à près de **70% chez les enfants âgés de 12 à 17 ans**.
- **8 millions de licences sportives** sont délivrées à des jeunes âgées de 0 à 24 ans, dont 5 millions chez les moins de 15 ans.
- Les **filles** représentent seulement **36% des licenciés**.
- Les **jeunes âgés de 10 à 14 ans** sont **plus nombreux à être licenciés**, chez les filles comme chez les garçons, que les jeunes des autres tranches d'âge.

Étude nationale nutrition santé 2006 (ENNS)

Selon l'Étude nationale nutrition santé (ENNS 2006), les deux tiers des enfants de 3-10 ans pratiquent un sport en dehors de l'école (Tableau 47). Cette proportion est moins élevée chez les 3-6 ans que chez les 7-10 ans, aussi bien chez les filles que chez les garçons.

Tableau 47 : Pratique d'un sport en dehors de l'école chez les enfants de 3 à 10 ans selon le sexe et l'âge en 2006 (en %)

	Garçons			Filles			Total
	3-6 ans	7-10 ans	3-10 ans	3-6 ans	7-10 ans	3-10 ans	
Sport en dehors de l'école*	49,8	81,5	66,7	55,5	79,5	68,0	67,3

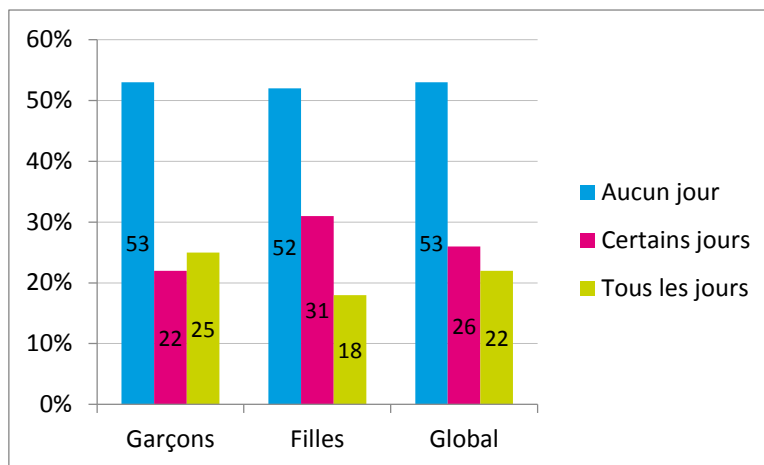
*Chez les enfants scolarisés et ayant eu école la semaine précédant l'interview.

Source : Étude ENNS 2006

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), près de la moitié des enfants (48%) pratiquent un sport en dehors de l'école (cours ou entraînement), les garçons comme les filles, et 11% ont participé à une compétition sportive la semaine précédant l'enquête (Figure 38).

Figure 38 - Enfants de 3 à 10 ans* selon le nombre de cours ou entraînements de sport extra-scolaires et le sexe, en 2006-2007 (en %)



*Ayant été à école la semaine précédant l'interview

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007

Plus de la moitié des enfants de 3 à 10 ans ne pratiquent pas d'activités physiques et sportives extra-scolaires, quel que soit leur sexe.

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième (Drees)

Lors de l'enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (année scolaire 2008-2009), plus d'un tiers des élèves (36%) ont déclaré ne jamais faire de sport en dehors des horaires de classe (Tableau 48). Les filles sont plus nombreuses que les garçons à ne jamais pratiquer régulièrement un sport en dehors des horaires de classe (47% des filles contre 26% des garçons). De plus, le temps passé à la pratique d'un sport en dehors des horaires de classe est plus élevé chez les garçons que chez les filles, avec notamment 34% de garçons qui pratiquent un sport plus de trois heures par semaine, contre 14% des filles.

Tableau 48 : Pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe pour les enfants scolarisés en classe de troisième en 2008-2009

	Jamais	Au moins 1 heure par semaine	Au moins 2 heures par semaine	Au moins 3 heures par semaine
Ensemble	36 %	20 %	20 %	24 %
Garçon	26 %	16 %	24 %	34 %
Fille	47 %	24 %	16 %	14 %

Champ : France.

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (année scolaire 2008-2009).

Enquête Pratique sportive des jeunes (Ministère en charge des sports)

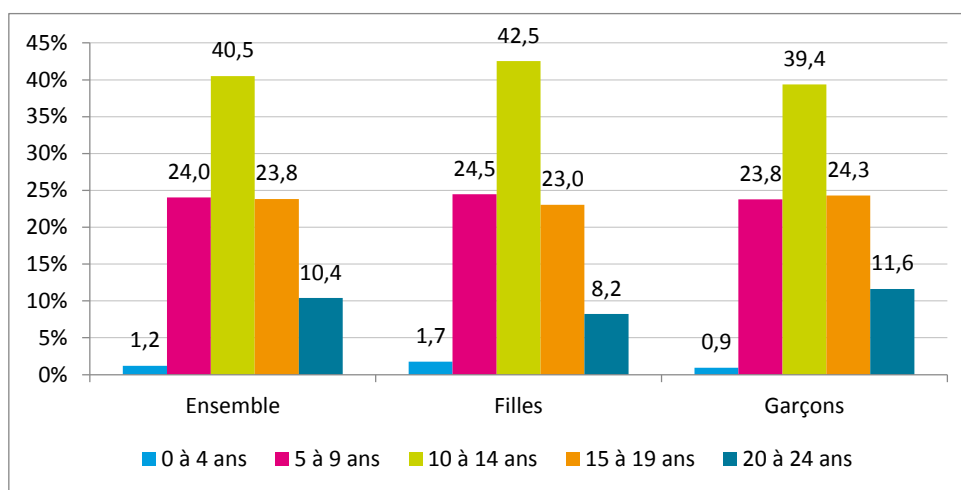
Selon l'enquête sur la pratique sportive des jeunes réalisée en 2001, 69% des enfants âgés de 12 à 17 ans font du sport en dehors de l'école. La pratique sportive est plus fréquente chez les garçons que chez les filles (77% contre 60%).

Recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées (DJEPVA-MEOS)

En 2013, sur les 15,9 millions de licences délivrées par les fédérations sportives agréées par le Ministère en charge des sports, un tiers (33%) concerne les jeunes de moins de 15 ans, soit plus de 5 millions de jeunes.

Chez les jeunes de 0 à 24 ans, le taux de licenciés s'élève à 40%, ce qui représente près de 8 millions de jeunes. Les filles sont moins nombreuses que les garçons (36% seulement des licenciés). Environ 40% des licences prises concernent les jeunes de 10 à 14 ans, aussi bien chez les filles que chez les garçons (Figure 39). Au-delà de 10-14 ans, on constate une diminution de la prise de licences. Ainsi, les 20-24 ans représentent seulement 10,4% des licenciés de moins de 25 ans (8,2% des licenciées et 11,6% des licenciés).

Figure 39 - Licences sportives chez les 0-24 ans, selon le sexe et l'âge en 2013 (en %)



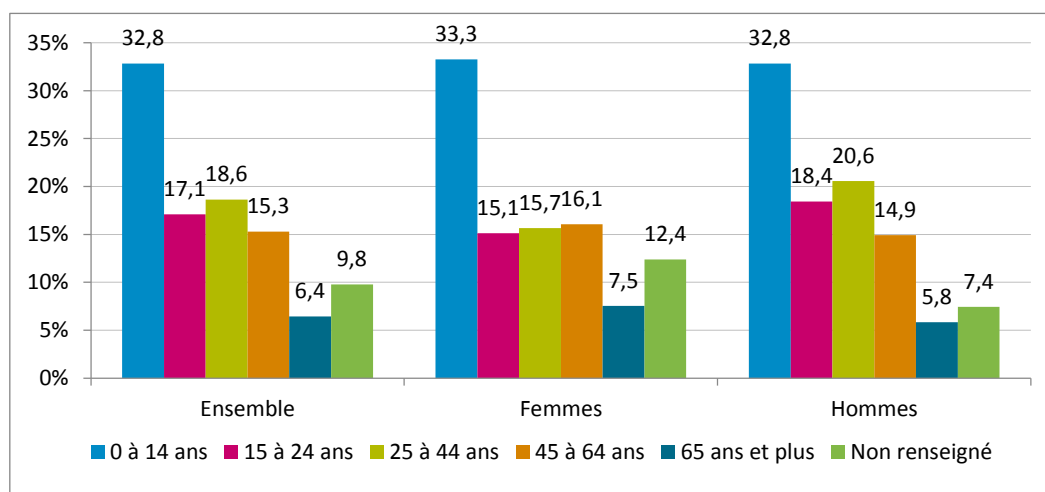
Sources : DJEPVA-MEOS (recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées, données de l'année 2013 estimées au 12 septembre 2014)

Population adulte

Recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées (DJEPVA-MEOS)

En 2013, en France, 15,9 millions de licences ont été délivrées par les fédérations sportives agréées par le Ministère des sports, soit une augmentation de 0,3% par rapport à 2012. La part de licences féminines s'élève à 37%. Un tiers des licences prises concerne les jeunes de moins de 15 ans (Figure 40), pour les filles comme pour les garçons. Les plus de 65 ans représentent la part de licenciés la plus faible (7,5% des licenciées et 5,8% des licenciés).

Figure 40 - Répartition des licences sportives par âge en 2013 (en %)



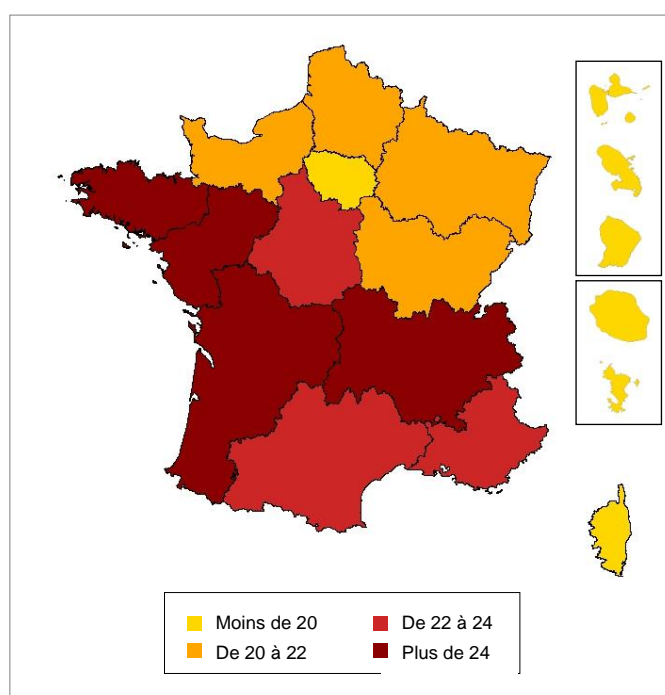
Sources : DJEPVA-MEOS (recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées, données de l'année 2013 estimées au 12 septembre 2014)

Entre 2001 et 2011¹⁴, le nombre de licences a augmenté de 11%, passant de 14,1 à 15,6 millions. Dans le même temps, la population française n'a augmenté que de 6,6%. De ce fait, on enregistre une augmentation d'un point de la pratique sportive licenciée, qui passe de 23,1% à 24,1%.

Le taux de licences sportives s'élève à 22,7 pour 100 habitants en France en 2013. Les régions de l'ouest de la France ainsi que la région Auvergne-Rhône-Alpes sont celles pour lesquelles les taux de licences sportives pour 100 habitants sont les plus élevés. De manière générale, la moitié sud-ouest s'oppose à la moitié nord-est de la France. L'Île-de-France, la Corse et les régions d'outre-mer sont celles qui présentent les taux les plus faibles.

Au sein d'une même grande région, certains écarts peuvent être constatés entre les anciennes régions qui la composent. Ainsi, le taux de licences sportives en Occitanie est de 23,2 pour 100 habitants alors qu'il est de 21,7 dans l'ancienne région Languedoc-Roussillon contre 24,6 dans l'ancienne région Midi-Pyrénées. Dans la région Grand Est, le taux régional est de 21,9 pour 100 habitants contre 23,7 dans l'ancienne région Alsace, 20,2 dans l'ancienne région Champagne-Ardenne et 21,3 dans l'ancienne région Lorraine (Figure 41).

Figure 41 - Licences sportives selon les nouvelles grandes régions administratives en 2013 (taux pour 100 habitants)



Note : Le mode de recensement est différent pour Mayotte.

Sources : DJEPVA-MEOS (recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées, données de l'année 2013 estimées au 12 septembre 2014)

La majorité des départements de France métropolitaine ont enregistré une hausse du taux de licences entre 2001 et 2011. Seuls 25 départements métropolitains sur 96 ont connu une baisse de leur taux de licences, et pour la moitié de ces départements la baisse a été limitée à 1 point. Ces 25 départements se trouvent principalement localisés dans le sud et le nord-est de la France. Cette évolution contrastée entre les départements a cependant eu un impact limité, puisque globalement on trouve la même situation en 2011 qu'en 2001, c'est-à-dire un taux de licences plus important à la fois dans les zones montagneuses et sur le littoral, et un taux de licences moins élevé dans le centre et l'est de la France. Pour l'ensemble des départements d'outre-mer, le taux de licences a augmenté entre 2001 et 2011.

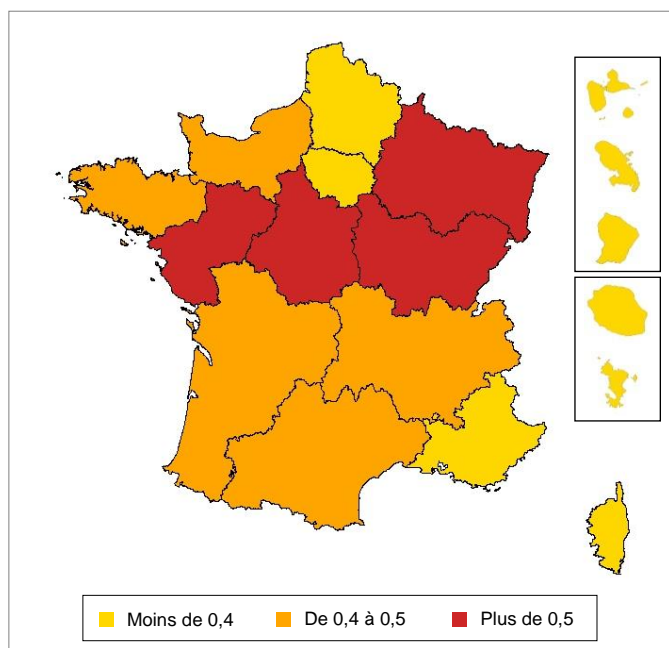
¹⁴ L'évolution 2001-2014 n'est pas possible en raison d'un changement dans le mode de recensement.

Recensement annuel des équipements sportifs (Ministère en charge des sports)

Le taux d'équipements sportifs s'élève à 0,41 pour 100 habitants en France métropolitaine et à 0,26 dans les Antilles-Guyane en 2013. Les régions du nord de la France (Nord-Pas-de-Calais-Picardie et Île-de-France), du sud-est de la France (PACA et Corse) ainsi que les régions d'outre-mer sont celles pour lesquelles les taux d'équipement en équipements sportifs (hors sport de nature) sont les plus faibles. L'Île-de-France se distingue par un taux particulièrement bas de 0,23 pour 100 habitants (Figure 42).

Au sein d'une même grande région, certains écarts peuvent être constatés en considérant les anciennes régions qui la composent. Ainsi, le taux d'équipement en équipements sportifs (hors sports de nature) pour 100 habitants est de 0,39 en Nord-Pas-Calais Picardie alors qu'il est de 0,31 en Nord-Pas-de-Calais contre 0,56 en Picardie.

Figure 42 - Équipements sportifs (hors sports de nature) selon les nouvelles grandes régions administratives en 2014 (taux pour 100 habitants)



Note : Le mode de recensement est différent pour Mayotte.

Sources : Direction des Sports

PRATIQUE SPORTIVE, SURCHARGE PONDÉRALE ET OBÉSITÉ

Enfants, adolescents et jeunes adultes

À retenir

- Les **enfants en surcharge pondérale** sont **moins nombreux à pratiquer régulièrement un sport** en dehors de l'école. Lorsqu'ils pratiquent, ils sont moins nombreux à pratiquer plus de trois heures par semaine.

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième (Drees)

Selon l'enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (année scolaire 2008-2009), la proportion d'élèves qui ne pratiquent aucun sport en dehors des horaires de classe est plus élevée chez les élèves obèses que chez les autres élèves (45% contre 36%) (Tableau 49). Chez ceux pratiquant un sport, les proportions sont comparables entre les deux catégories d'élèves jusqu'à deux heures par semaine. Mais les élèves obèses sont moins nombreux à pratiquer plus de 3 heures par semaine (18% contre 24%). Les mêmes constatations peuvent être faites en comparant les élèves en surpoids par rapport aux élèves de poids normal, avec toutefois des écarts moins importants entre ces deux catégories d'élèves (Tableau 49).

Tableau 49 : Pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe pour les enfants scolarisés en classe de troisième, selon leur statut pondéral en 2008-2009

	Jamais	Au moins 1 heure par semaine	Au moins 2 heures par semaine	Au moins 3 heures par semaine
Obésité				
Oui	45 %	19 %	18 %	18 %
Non	36 %	20 %	20 %	24 %
Surpoids				
Oui	40 %	18 %	20 %	21 %
Non	35 %	21 %	19 %	24 %

Champ : France.

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (année scolaire 2008-2009).

PRATIQUE SPORTIVE ET INÉGALITÉS SOCIALES

Enfants, adolescents et jeunes adultes

À retenir

- La **pratique sportive** des jeunes âgés de 12 à 17 ans **suit un gradient social** : plus le niveau de diplôme des parents est élevé, plus la proportion d'enfants pratiquant un sport augmente.
- Plus les **revenus du foyer augmentent** plus la **pratique sportive des enfants augmente**.
- Les enfants scolarisés dans les **quartiers prioritaires** pratiquent **moins fréquemment un sport** en dehors de l'école que ceux scolarisés dans un quartier non prioritaire.
- Les **inégalités sociales** sont **plus marquées** chez les **filles** que chez les garçons.

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième (Drees)

Selon l'enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (année scolaire 2008-2009), la moitié des enfants d'ouvriers ne pratiquent jamais de sport en dehors des horaires de classe (50%), contre 23% des enfants de cadres (Tableau 50).

Concernant la pratique de plus de 3 heures de sport par semaine, l'écart entre les enfants d'ouvriers et les enfants de cadres est moins important. En effet, 28% des enfants de cadres contre 21% des enfants d'ouvriers pratiquent un sport plus de 3 heures par semaine.

Tableau 50 : Pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe pour les enfants scolarisés en classe de troisième en 2008-2009, selon le groupe socioprofessionnel des parents

	Jamais	Au moins 1 heure	Au moins 2 heures	Au moins 3 heures
Groupe socioprofessionnel des parents				
Cadres	23 %	26 %	24 %	28 %
Professions intermédiaires	31 %	23 %	21 %	25 %
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	36 %	18 %	23 %	23 %
Employés	39 %	20 %	18 %	23 %
Ouvriers	50 %	13 %	16 %	21 %
Autres	49 %	15 %	14 %	22 %

Note : L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents.

Champ : France.

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de troisième (année scolaire 2008-2009).

Enquête Pratique sportive des jeunes (Ministère en charge des sports)

Selon l'enquête sur la pratique sportive des jeunes réalisée en 2001, celle-ci suit un gradient social : plus le niveau de diplôme des parents est élevé, plus la proportion d'enfants pratiquant un sport augmente. Ainsi, dans les familles où aucun parent n'est diplômé, 52% des enfants font du sport, contre 83% quand l'un des parents est diplômé du supérieur (Tableau 51). Cette inégalité concerne davantage les filles. Cependant, l'écart entre les garçons et les filles se resserre quand le niveau de diplôme des parents augmente.

Il existe également une barrière financière : 60% des enfants de milieux modestes pratiquent un sport, contre 80% dans les familles aux revenus élevés. La différence entre les sexes est très marquée : la proportion de filles pratiquant un sport dans les milieux modestes est inférieure de 30 points à celle des garçons issus du même milieu (45% contre 75%). Chez les garçons, moins de 10 points séparent la proportion de pratiquants dans les milieux modestes de celle de milieux aisés, alors que l'écart est de près de 30 points chez les filles.

Tableau 51 : Taux de pratique sportive des jeunes de 12 à 17 ans selon le sexe en 2001 (en %)

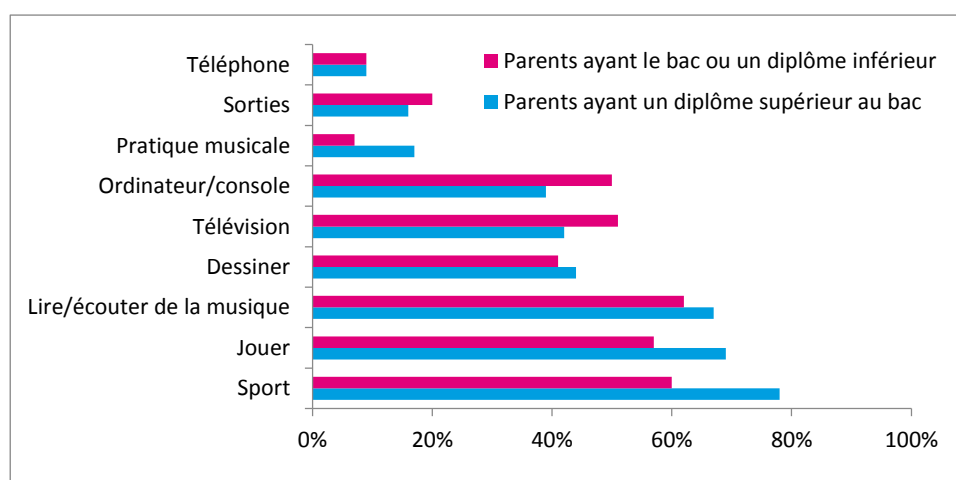
	Garçons	Filles	Total
Niveau de diplôme des parents			
Sans diplôme	64	44	52
Inférieur au baccalauréat	71	55	65
Baccalauréat	77	71	75
Supérieur au baccalauréat	92	76	83
Revenu mensuel du foyer			
Moins de 1 830 €	75	45	60
De 1 830 à moins de 2 745 €	75	67	71
Plus de 2 745 €	83	74	80
Ensemble	77	60	69

Source : Enquête Pratique sportive des jeunes, Ministère des Sports, novembre 2001.

Enquêtes sur les pratiques sportives des Franciliens (IRDS)

En 2011, 78% des enfants franciliens âgés de 4 à 14 ans avec des parents ayant un diplôme supérieur au baccalauréat pratiquent souvent une activité sportive contre 60% des enfants dont les parents ont un diplôme au plus égal au baccalauréat (Figure 43).

Figure 43 - Pourcentage d'enfants de 4 à 14 ans pratiquant souvent un type de loisirs selon le niveau d'études des parents



Champ : Île-de-France

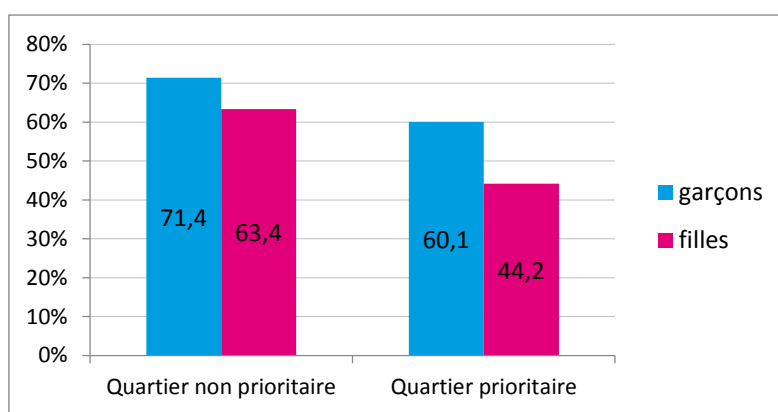
Source : EPSF 2011 – exploitation IRDS

Certaines activités sédentaires semblent être plus souvent pratiquées par les enfants dont les parents sont peu diplômés : 51% d'entre eux regardent souvent la télévision (contre 42% des enfants de parents très diplômés) et 50% jouent souvent à l'ordinateur ou à la console (contre 39% des enfants de parents très diplômés).

Enfants scolarisés dans le secteur public à Paris en 2009 (étude Mairie de Paris, ORS Île-de-France)

Dans l'enquête réalisée en 2009, les enfants scolarisés en CE2 à Paris dans le secteur public sont 62% à faire du sport en dehors du temps de classe. Les enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires¹⁵ pratiquent moins fréquemment un sport en dehors de l'école que les autres (52% contre 68% des enfants fréquentant des écoles des quartiers non prioritaires). Lorsqu'ils font du sport, leur temps de pratique est comparable. Les filles déclarent faire moins de sport en dehors de l'école que les garçons (56% contre 67%). Si cette fréquence de pratique d'une activité sportive extra-scolaire diffère significativement entre les garçons et les filles quel que soit le quartier, l'écart est particulièrement important dans les quartiers prioritaires. En effet, les filles de ces quartiers sont seulement 44% à pratiquer un sport contre 60% des garçons (Figure 44).

Figure 44 - Pratiques sportives en club ou association en dehors de l'école selon le type de quartier et le sexe en 2009 (en %)



Source : Étude sur les enfants scolarisés dans le secteur public en 2009, Mairie de Paris, ORS Île-de-France

Population adulte

À retenir

- Les **licenciés sportifs** dans les **quartiers prioritaires** de la politique de la ville sont **moins nombreux** que dans le reste du territoire.
- Les **inégalités** sont **plus marquées** chez les **femmes** que chez les **hommes**.

Recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées (DJEPVA-MEOS)

En 2013, en France, la part des licenciés sportifs habitant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville s'élève à 3,8% (4,2% chez les hommes et 2,9% chez les femmes), alors que la population de ces quartiers représente 8% de la population totale.

Néanmoins, la pratique sportive est l'activité la plus citée par les habitants de Zones urbaines sensibles (ZUS) âgés de 16 ans ou plus (7,8%), devant les activités culturelles, musicales, scientifiques, éducatives, ludiques... (5,6%)¹⁶. Les différences entre les sexes sont marquées, avec 10% de pratique chez les hommes et 6% chez les femmes. Les jeunes de moins de 30 ans sont plus nombreux à pratiquer une activité sportive que les plus âgés (13% contre 5% pour les 65 ans ou plus). Concernant les équipements sportifs, la localisation de ceux-ci montre que la plupart des territoires en politique de la ville sont dotés d'équipement au sein de leur périmètre ou à proximité immédiate.

¹⁵ Zone d'Éducation Prioritaire, Réseau d'Éducation Prioritaire ou quartier en politique de la ville.

¹⁶ Source : Panel politique de la ville ; Champ : Zus métropolitaines ; Exploitation : Observatoire national de la politique de la ville.

SURCHARGE PONDÉRALE, OBÉSITÉ

La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité. La diminution de l'activité physique et l'augmentation des comportements sédentaires font partie des facteurs importants de l'augmentation du surpoids et de l'obésité, chez les enfants comme chez les adultes¹⁷.

DONNÉES GÉNÉRALES

Enfants et adolescents (3-17 ans)

À retenir

- En 2007, **14% des enfants âgés de 3 à 17 ans sont en surcharge pondérale et 3% obèses.**
- Les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité sont respectivement de 11,9% et 3,5% en grande section de maternelle en 2013, de 18,9% et 4,0% en CM2 et de 17,6% et 3,9% en classe de troisième.
- En grande section de maternelle, les filles sont plus souvent en surcharge pondérale ou obèses que les garçons. Ce n'est plus le cas en CM2 ni en classe de troisième, où les prévalences sont comparables selon le sexe.
- La **situation est globalement stable**, avec cependant un recul significatif de la surcharge pondérale pour les enfants scolarisés en grande section de maternelle.
- Les **prévalences de la surcharge pondérale comme de l'obésité** ainsi que leur évolution au cours du temps **diffèrent fortement selon les zones géographiques.**

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 14,0% des enfants âgés de 3 à 17 ans sont en surcharge pondérale, parmi lesquels 2,8% sont obèses (Tableau 52). Aucune différence significative selon le sexe ou l'âge n'est observée pour la surcharge pondérale, ni pour le surpoids et l'obésité.

La comparaison avec les données de l'étude Inca 1, réalisée en 1998-99 montre une stabilisation de la surcharge pondérale entre les deux périodes.

Tableau 52 : Prévalences du surpoids, de l'obésité et de la surcharge pondérale* chez les enfants de 3 à 17 ans selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)

		3-10 ans	11-14 ans	15-17 ans	Total
Garçons	Surpoids	9,2	13,3	10,3	10,4
	Obésité	2,7	1,6	3,9	2,7
	Surcharge pondérale	11,9	15,0	14,2	13,1
Filles	Surpoids	13,2	13,1	7,8	12,0
	Obésité	3,5	2,4	2,0	2,9
	Surcharge pondérale	16,7	15,6	9,8	14,9
Total	Surpoids	11,1	13,2	9,0	11,2
	Obésité	3,1	2,0	2,9	2,8
	Surcharge pondérale	14,2	15,3	11,9	14,0

*Selon la définition IOTF (se référer au chapitre Définitions)

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

En outre, aucun gradient géographique significatif nord-sud ou est-ouest n'est observé.

¹⁷ Anses 2016

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en grande section de maternelle (Drees)

En grande section de maternelle, la prévalence de la surcharge pondérale diminue de près de 17% entre 2000 et 2013, passant de 14,3% à 11,9% (Tableau 53). La prévalence de l'obésité est quant à elle plutôt stable depuis 2000 et se situe entre 3 et 4%. En 2013, les filles sont plus souvent en surcharge pondérale que les garçons (13,5% contre 10,4%), avec une prévalence de l'obésité légèrement supérieure (3,8% contre 3,1%). Cette situation était déjà constatée lors des deux précédentes enquêtes.

Tableau 53 : Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2000 et 2013 en grande section de maternelle

Prévalence (en %)	2000	2006	2013
Surcharge pondérale	14,3	12,4	11,9
Obésité	3,9	3,2	3,5

*Pour les années 2000 et 2006, les estimations ont été légèrement revues par rapport à celles parues dans les publications de la Drees Études et Résultats n°250 et n°737.

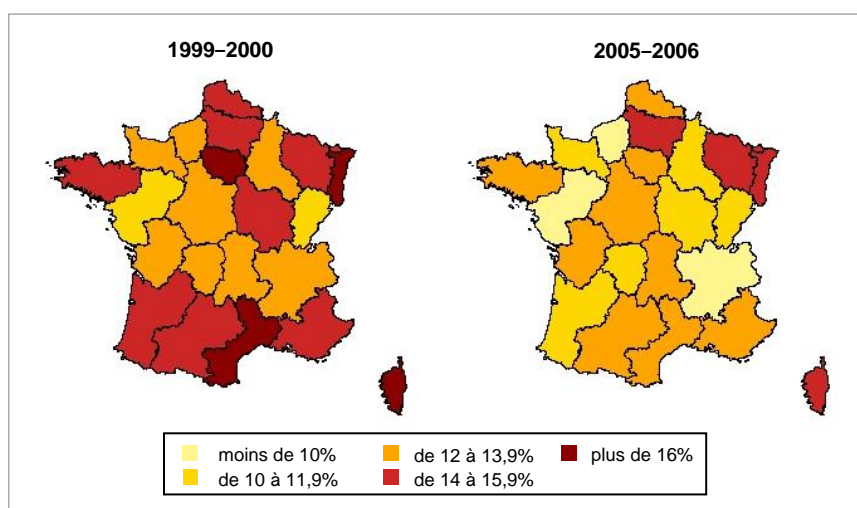
Champ : France (hors Mayotte).

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000, 2005-2006, 2012-2013).

Au niveau régional, la prévalence de la surcharge pondérale diminue dans toutes les ex-régions administratives entre 2000 et 2006¹⁸ (Figure 45). Une seule région fait exception, l'Auvergne, au sein de laquelle cette prévalence a augmenté (12,5% en 2000 contre 13,9% en 2006). Les diminutions les plus importantes se situent dans les régions Pays de la Loire (diminution de 40%) et Corse (diminution de 32%).

Malgré cette tendance générale à la baisse, des régions comme la Corse, l'Alsace et la Picardie se distinguent par des prévalences de surcharge pondérale d'environ 15% en 2006, soit 3 points de plus que la moyenne nationale.

Figure 45 - Prévalence de la surcharge pondérale en grande section de maternelle selon les anciennes régions administratives

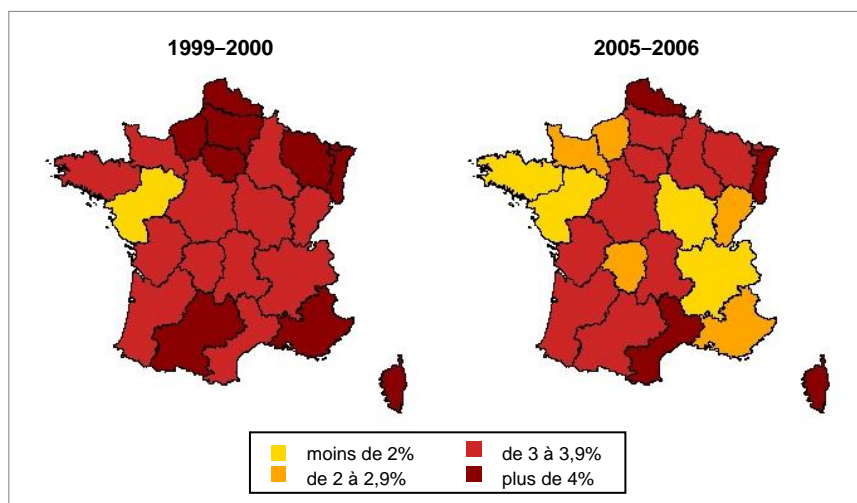


Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000 et 2005-2006).

La prévalence de l'obésité chez les enfants en grande section de maternelle tend à se stabiliser ou à diminuer entre 2000 et 2006¹⁸ dans la plupart des régions (Figure 46). Néanmoins, elle a augmenté très légèrement dans quatre régions : Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Poitou-Charentes et Champagne-Ardenne.

¹⁸ En raison d'un problème de remontées des données, les valeurs sur le périmètre des anciennes régions administratives ne sont pas disponibles pour l'année 2013. Une autre exploitation sur le périmètre des nouvelles régions sera réalisée par la Drees prochainement.

Figure 46 - Prévalence de l'obésité en grande section de maternelle selon les régions administratives



Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000 et 2005-2006).

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en CM2 (Drees)

De manière générale, la prévalence de la surcharge pondérale chez les élèves de CM2 diminue légèrement entre 2002 et 2008, passant de 20,3% à 18,1% (Tableau 54). Une stabilisation de la prévalence de l'obésité s'observe également entre 2002 et 2015, les taux oscillant autour de 4%. En 2008, les différences de prévalences de la surcharge pondérale selon le sexe ne sont pas significatives (18,7% chez les garçons contre 19,0% chez les filles). C'est également le cas des prévalences de l'obésité (4,2% chez les garçons contre 3,8% chez les filles).

Tableau 54 : Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2002 et 2015 en CM2

Prévalence (en %)	2002	2005	2008	2015
Surcharge pondérale	20,3	20,1	18,9	18,1
Obésité	4,2	3,7	4,0	3,6

*Pour les années 2002 et 2005, les estimations ont été légèrement revues par rapport à celles parues dans les publications de la Drees *Études et Résultats* n°313 et n°632.

Champ : France.

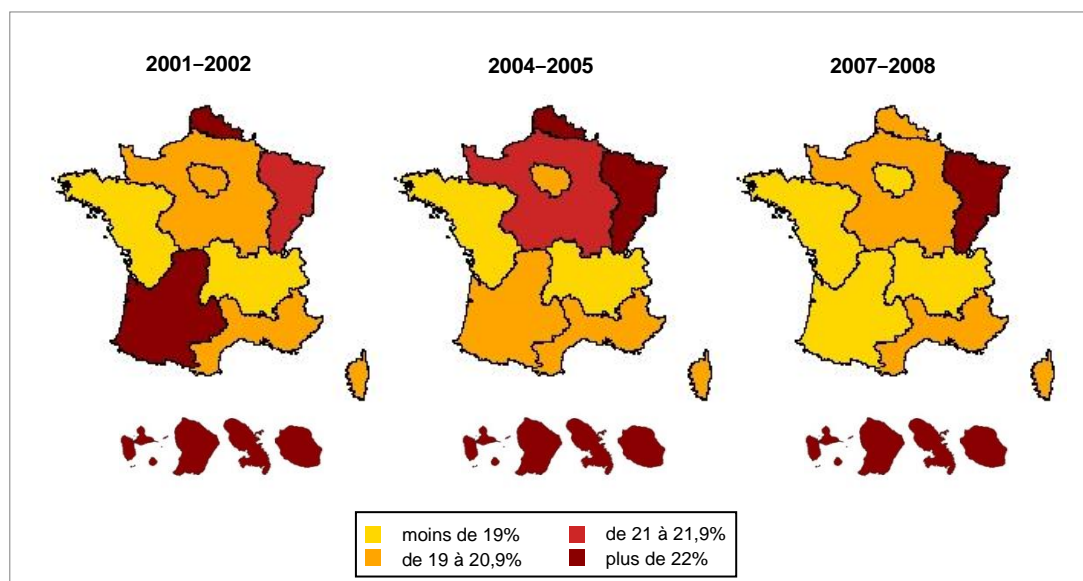
Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 (années scolaires 2001-2002, 2004-2005, 2007-2008).

La prévalence de la surcharge pondérale augmente toutefois dans la Zone d'études et d'aménagement du territoire (Zéat)¹⁹ de l'est, passant de 21,1% en 2002 à 23,8% en 2008 (Figure 47)²⁰. Entre 2002 et 2008, la Zéat de l'ouest est la moins touchée par la surcharge pondérale. En 2008, plus de douze points de pourcentage séparent la Zéat de l'ouest (15,0%) et les DOM (27,3%).

¹⁹ Se référer au chapitre Définitions.

²⁰ L'exploitation à l'échelon des anciennes régions administratives comme pour les données recueillies en grande section de maternelle n'a pas été possible. Comme pour ces dernières, une autre exploitation sur le périmètre des nouvelles régions sera réalisée prochainement.

Figure 47 - Prévalence de la surcharge pondérale en CM2 selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat)

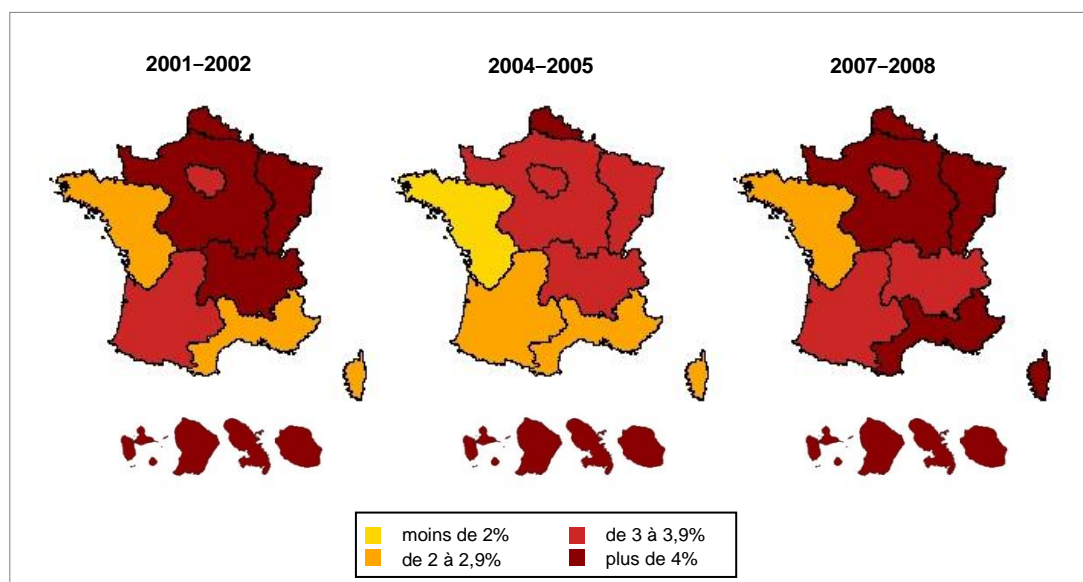


**Absence de participation des académies de Poitiers et Clermont-Ferrand en 2001-2002.*

Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de CM2 (années scolaires 2001-2002, 2004-2005, 2007-2008).

L'évolution de la prévalence de l'obésité entre 2002 et 2005 est très contrastée au niveau des Zéat (Figure 48). En effet, si elle diminue fortement dans certaines Zéat comme celle du nord (7,8% en 2002 contre 5,5% en 2008), elle augmente par contre dans celle de Méditerranée (2,8% en 2005 et 4,4% en 2008). Les Zéat du nord, de l'est et des DOM sont les plus touchées, avec une prévalence largement supérieure à 5%. Comme pour la surcharge pondérale, la Zéat de l'ouest est la moins touchée par l'obésité.

Figure 48 - Prévalence de l'obésité en CM2 selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat)



**Absence de participation des académies de Poitiers et Clermont-Ferrand en 2001-2002.*

Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales de santé auprès des élèves de CM2 (années scolaires 2001-2002, 2004-2005, 2007-2008).

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième (Drees)

La prévalence de la surcharge pondérale chez les élèves de troisième augmente légèrement entre 2001 et 2009, passant de 16,4% à 17,6% (Tableau 55), mais cette évolution n'est pas significative. La prévalence de l'obésité est relativement stable entre 2001 et 2009.

En 2009, les différences de prévalences de la surcharge pondérale selon le sexe ne sont pas significatives (17,9% chez les garçons contre 17,3% chez les filles). C'est également le cas des prévalences de l'obésité (4,1% chez les garçons contre 3,8% chez les filles).

Tableau 55 : Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2001 et 2009 en classe de troisième

Prévalence (en %)	2001	2004	2009
Surcharge pondérale	16,4	17,4	17,6
Obésité	3,5	4,4	3,9

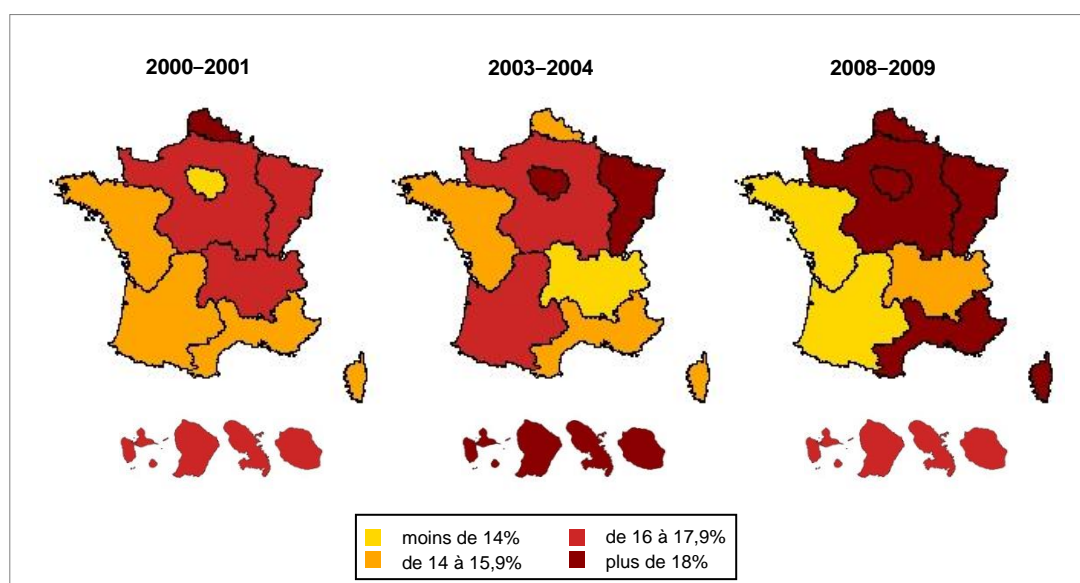
**Pour les années 2001 et 2004, les estimations ont été légèrement revues par rapport à celles parues dans les publications de la Drees Études et Résultats n°283 et n°573.*

Champ : France.

Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales sur la santé des élèves de troisième (années scolaires 2000-2001, 2003-2004 et 2008-2009).

Les évolutions au sein des Zéat sont variables d'une enquête à l'autre (Figure 49). Les Zéat Méditerranée et Région parisienne sont marquées par une forte augmentation de la prévalence de la surcharge pondérale entre 2001 et 2009, passant respectivement de 15,8 à 21,6% et de 12,9 à 18,5%.

Figure 49 - Prévalence de la surcharge pondérale en classe de troisième selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat)

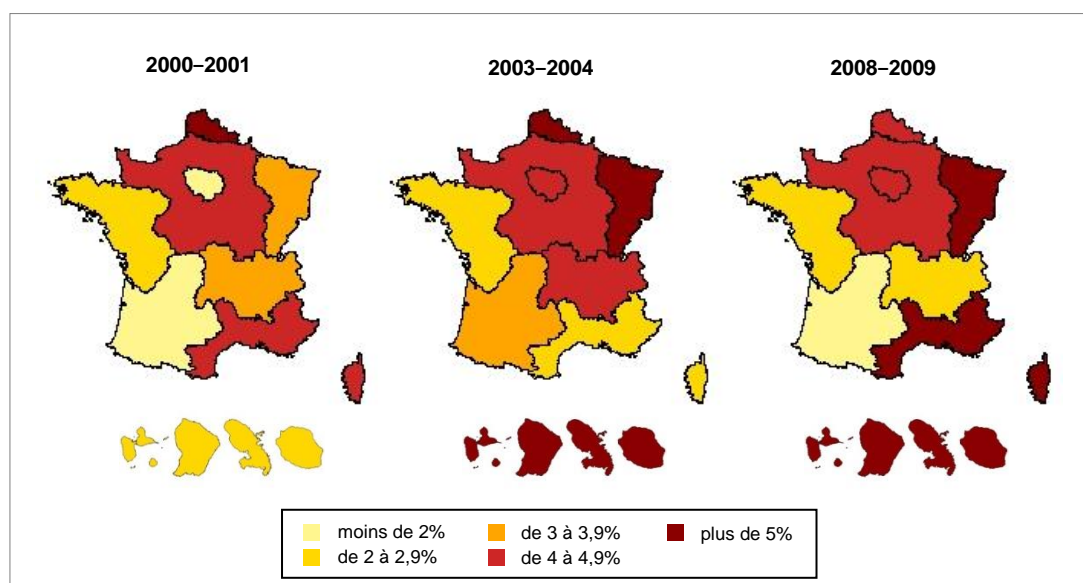


**Absence de participation des académies de Créteil en 2000-2001 et Toulouse en 2003-2004.*

Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales sur la santé des élèves de troisième (années scolaires 2000-2001, 2003-2004 et 2008-2009).

De même que pour la surcharge pondérale, les évolutions de la prévalence de l'obésité sont très variables d'une enquête à l'autre au sein des Zéat (Figure 50). Les Zéat DOM et Région parisienne sont marquées par une forte augmentation de la prévalence de l'obésité entre 2001 et 2009, passant respectivement de 2,8 à 6,9% et de 1,6 à 4,2%.

Figure 50 - Prévalence de l'obésité en classe de troisième selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat)



*Absence de participation des académies de Créteil en 2000-2001 et Toulouse en 2003-2004.

Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales sur la santé des élèves de troisième (années scolaires 2000-2001, 2003-2004 et 2008-2009).

Enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Dans cette enquête, les données sur la taille et le poids sont de nature déclarative contrairement aux données de l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2) et des enquêtes scolaires pour lesquelles ces données ont été mesurées.

Lors de l'enquête HBSC 2010, 10,6% des collégiens sont en surcharge pondérale, parmi lesquels 1,4% sont obèses. Des différences significatives s'observent selon le sexe, aussi bien pour la surcharge pondérale (12,9% des garçons contre 8,0% des filles) que pour l'obésité (1,9% des garçons contre 0,9% chez les filles).

Que ce soit chez les garçons ou les filles, aucune différence significative en fonction de la classe n'est mise en évidence (Tableau 56).

Tableau 56 : Fréquence de l'obésité, du surpoids, de la corpulence normale et de la minceur* selon la classe et le sexe en 2010 (en %)

	6 ^e		5 ^e		4 ^e		3 ^e	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Minceur	12,4	23,8	14,6	22,5	13,7	18,8	11,5	17,7
Poids normal	75,1	67,1	72,3	69,3	73,1	74,0	75,9	74,8
Surpoids	10,4	8,2	11,0	7,3	11,7	6,7	11,1	6,4
Obésité	2,2	0,9	2,3	0,9	1,6	0,6	1,6	1,2

*D'après la taille et le poids déclarés.

Source : Inpes, La santé des collégiens en France, Données françaises de l'enquête internationale HBSC 2010.

Dans les ex-régions administratives Midi-Pyrénées et Lorraine disposant d'une extension de l'enquête HBSC, la prévalence de l'obésité et celle du surpoids évoluent peu selon l'âge (Tableau 57).

Cependant, quel que soit l'âge considéré, les proportions de collégiens en surpoids ou obèses sont plus élevées chez les garçons que chez les filles.

Tableau 57 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le sexe et l'âge (en %)

	11 ans		13 ans		15 ans	
	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Midi-Pyrénées 2007						
surpoids	11,6	4,3	7,7	6,3	12,3	4,8
obésité	1,7	1,2	1,3	1,1	1,0	0,3
Lorraine 2007						
surpoids	14,6	10,9	12,6	7,5	14,3	8,1
obésité	1,9	1,0	1,5	1,0	2,7	3,1

Sources : Extensions régionales de l'enquête HBSC, ORS Midi-Pyrénées (2007), Ecole de santé publique Nancy (2007).

De manière générale, les collégiens en situation de surpoids ou d'obésité semblent avoir une image de leur corps qui concorde avec leur statut pondéral (Tableau 58). En effet, 74% des collégiens en surpoids et 88% des collégiens obèses se trouvent « un peu » voire « beaucoup trop gros ».

Cependant, près d'un quart des jeunes de poids normal ou insuffisant jugent leur corps comme « un peu » voire « beaucoup trop gros », les filles deux fois plus que les garçons (respectivement 31% et 16%). Des résultats similaires ont été retrouvés lors de l'extension HBSC réalisée en Alsace.

Tableau 58 : Image du corps selon le statut pondéral en 2010 (en %)

Image du corps	Poids normal ou insuffisant	Surpoids	Obésité
Beaucoup trop maigre	1,3	0,0	1,2
Un peu trop maigre	12,6	1,6	2,3
À peu près au bon poids	63,1	24,1	8,7
Un peu trop gros	21,3	61,3	48,3
Beaucoup trop gros	1,7	13,0	39,5

Source : Inpes, La santé des collégiens en France, Données françaises de l'enquête internationale HBSC 2010.

Population adulte

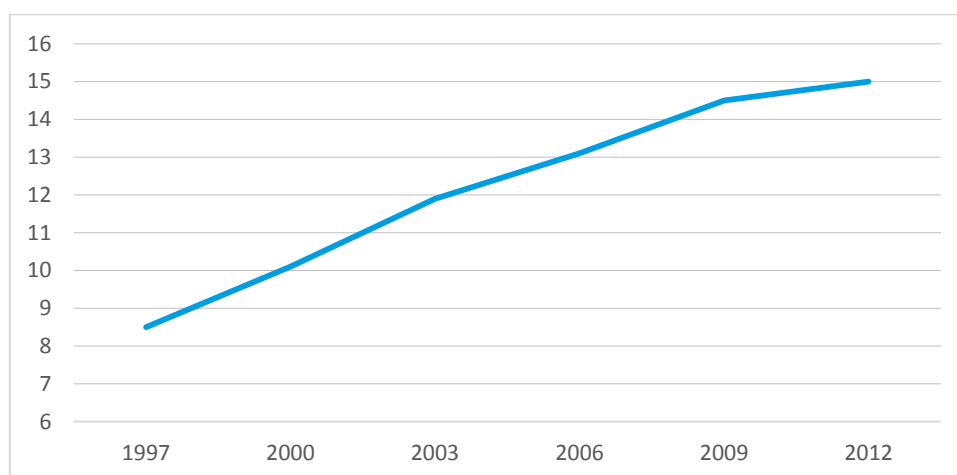
À retenir

- En 2012, la **prévalence de l'obésité** chez les adultes est de **15%**.
- Entre 1997 et 2012, la **prévalence de l'obésité chez les adultes a fortement augmenté**.
- La prévalence de l'obésité **ne diffère pas selon le sexe**.
- Par contre, la **prévalence du surpoids est plus importante chez les hommes que chez les femmes** (39% contre 24% en 2007).
- Chez les hommes comme chez les femmes, la **prévalence du surpoids comme celle de l'obésité augmente avec l'âge**.
- La **prévalence de l'obésité diffère selon les zones géographiques**, avec une prévalence plus élevée dans le nord que dans le sud de la France.

Enquêtes ObÉpi-Roche (Inserm/TNS healthcare (kantarhealth)/Roche)

Depuis 1997, le pourcentage d'adultes déclarant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m² (obésité) n'a cessé d'augmenter, même si cette augmentation tend à ralentir (Figure 51). Cette proportion est ainsi passée de 8,5% en 1997 à 15,0% en 2012, soit une augmentation de plus de 76% en 15 ans. Cela représente près de 7 millions de personnes touchées en 2012.

Figure 51 - Évolution entre 1997 et 2012 du pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus obèses* en France métropolitaine

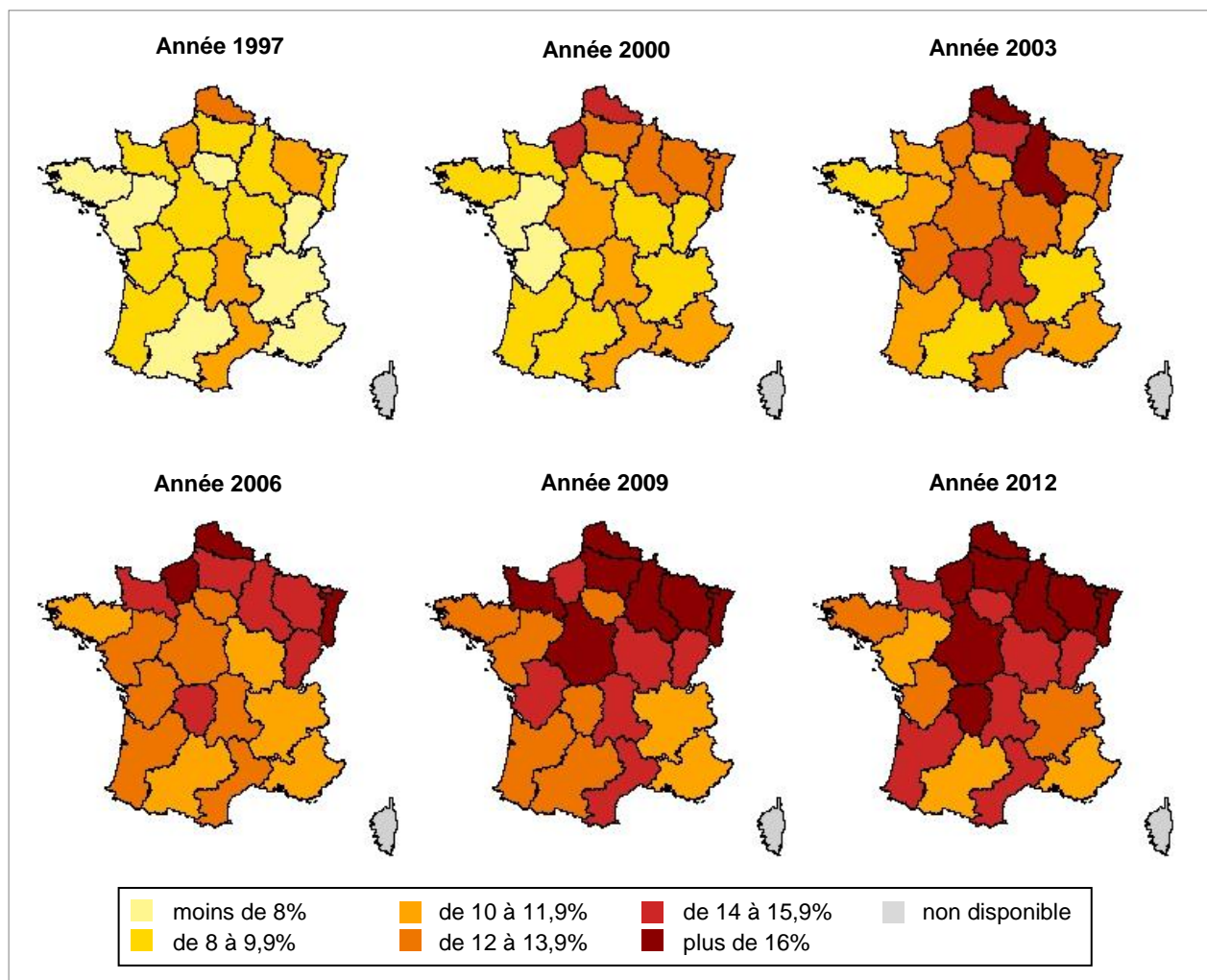


*Déclarant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m² (obésité).

Sources : Inpes, Institut Roche, TNS Healthcare(Kantarhealth) (Enquête ObÉPI).

Toutes les ex-régions administratives de France métropolitaine sont concernées par cette augmentation (Figure 52). Les régions Franche-Comté et Champagne-Ardenne sont celles pour lesquelles l'augmentation de la part d'adultes obèses a été la plus forte entre 1997 et 2012 : de 6,3 à 15,4% pour la Franche-Comté (soit +144,4%) et de 8,5 à 20,9% pour la Champagne-Ardenne (soit +145,9%). Excepté lors de l'enquête de 2000, la région Nord-Pas-de-Calais est la plus touchée par l'obésité adulte (21,3% en 2012).

Figure 52 - Pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus obèses* en France métropolitaine selon les ex-régions administratives



*Déclarant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m² (obésité).

Sources : Inserm, Institut Roche, TNS Healthcare(Kantarhealth) (Enquête ObÉPI).

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude Inca 2, la prévalence du surpoids est plus importante chez les hommes que chez les femmes (39% contre 24%) (Tableau 59). La prévalence de l'obésité ne diffère pas selon le sexe et touche environ 12% de la population adulte. Chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence du surpoids comme de l'obésité augmente avec l'âge. Par ailleurs, il existe un gradient nord-sud : la prévalence de l'obésité chez les adultes est significativement plus élevée dans le nord de la France que dans le sud (14% contre 10%).

Tableau 59 : Prévalences du surpoids, de l'obésité et de la surcharge pondérale chez les adultes de 18-79 ans selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)

		18-34 ans	35-54 ans	55-79 ans	Ensemble
Hommes	Surpoids	23,2	40,6	50,5	38,9
	Obésité	6,1	11,7	15,1	11,2
	Surcharge pondérale	29,3	52,3	65,6	50,2
Femmes	Surpoids	15,3	24,5	33,6	24,2
	Obésité	5,3	13,2	17,8	12,0
	Surcharge pondérale	20,5	37,7	51,4	36,2
Ensemble	Surpoids	19,1	31,8	42,8	31,4
	Obésité	5,7	12,5	16,3	11,6
	Surcharge pondérale	24,7	44,3	59,1	43,1

Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

SURCHARGE PONDÉRALE, OBÉSITÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

Enfants et adolescents (3-17 ans)

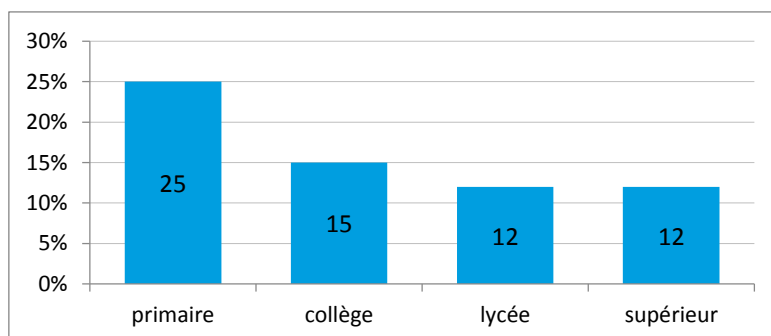
À retenir

- Chez les enfants âgés de 3 à 17 ans, **la prévalence de la surcharge pondérale augmente lorsque le niveau d'éducation du représentant de l'enfant diminue.**
- Selon les enquêtes auprès d'enfants scolarisés, **les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité suivent un gradient social.**
- **Les écarts** entre les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité des **enfants de cadres** et celles des **enfants d'ouvriers** sont très importants et **ne diminuent pas au cours du temps.**
- Les prévalences de la **surcharge pondérale** comme de **l'obésité** sont **plus élevées** pour les enfants et adolescents **scolarisés dans les zones d'éducation prioritaire.**
- Les évolutions de la corpulence sont moins favorables pour les enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires que pour ceux scolarisés dans les quartiers non prioritaires.

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), la prévalence de la surcharge pondérale augmente lorsque le niveau d'éducation du représentant de l'enfant diminue (Figure 53). Ainsi, la prévalence est deux fois plus importante parmi les enfants dont le représentant a arrêté sa scolarité au primaire que parmi ceux dont le représentant a été au moins jusqu'au lycée (25% contre 12%).

Figure 53 - Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 3 à 17 ans, selon le niveau d'éducation du représentant de l'enfant, en 2006-2007 (en %)



Source : Afssa, Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2), 2006-2007.

Enquête nationale sur la santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle (Drees)

Les données recueillies dans le cadre de cette enquête montrent que les prévalences de la surcharge pondérale comme de l'obésité suivent un gradient social. En effet, en 2013, lorsqu'on considère la profession des parents, qui reflète la position socio-économique de la famille, on constate que 7,2% des enfants de cadres sont en surcharge pondérale, contre 14,3% des enfants d'employés et 15,6% des enfants d'ouvriers (Tableau 60).

Pour l'obésité, ces prévalences sont respectivement de 1,3%, 4,8% et 5,8%. Entre 2006 et 2013, l'écart s'est creusé entre les enfants de cadres et les enfants d'ouvriers : si la prévalence de l'obésité chez les enfants de cadres est restée stable, elle a augmenté chez les enfants d'ouvriers, passant de 5,4 à 5,8%. Ainsi, en 2013, les enfants d'ouvriers sont près de 4,5 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres.

Tableau 60 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, selon le groupe socioprofessionnel des parents des enfants en grande section de maternelle

Groupe socioprofessionnel des parents	Surcharge pondérale (en %)		Obésité (en %)	
	2006	2013	2006	2013
Cadres	8,7	7,2	1,3	1,3
Professions intermédiaires	10,4	10,2	1,9	2,4
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	13,6	13,8	3,5	4,8
Employés	13,6	14,3	3,5	4,8
Ouvriers	15,6	15,6	5,4	5,8
Ensemble	12,4	11,9	3,2	3,5

Note : L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents

Champ : France (hors Mayotte).

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 2005-2006, 2012-2013).

Ces disparités sociales se retrouvent lorsque l'on compare les écoles relevant de l'éducation prioritaire avec l'ensemble des écoles. Celles-ci accueillent en effet plus d'enfants en surcharge pondérale ou obèses, quelle que soit l'année considérée (Tableau 61).

Tableau 61 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, selon le type d'école fréquentée en grande section de maternelle

Type d'école fréquentée	Surcharge pondérale (en %)			Obésité (en %)		
	2000	2006	2013	2000	2006	2013
Élèves scolarisés en éducation prioritaire	17,5	16,1	16,2	5,6	5,2	5,7
Ensemble des élèves	14,3	12,4	11,9	3,9	3,2	3,5

Note : L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents

Champ : France (hors Mayotte).

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de grande section de maternelle (années scolaires 1999-2000, 2005-2006, 2012-2013).

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en CM2 (Drees)

Comme pour les enfants scolarisés en grande section de maternelle, les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité des enfants scolarisés en CM2 suivent un gradient social. En 2015, 12,7% des enfants de cadres sont en surcharge pondérale, contre 20,2% des enfants d'employés et 21,5% des enfants d'ouvriers (Tableau 62). Pour l'obésité, ces prévalences sont respectivement de 1,4%, 4,0% et 5,5%. Ainsi, en 2015, les enfants d'ouvriers sont près de quatre fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres.

Ces disparités sociales se retrouvent lorsque l'on compare les écoles relevant de l'éducation prioritaire avec l'ensemble des écoles. Celles-ci accueillent en effet plus d'enfants en surcharge pondérale ou obèses, quelle que soit l'année considérée.

**Tableau 62 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité
selon le groupe socioprofessionnel des parents et le type d'école fréquentée en CM2**

Groupe socioprofessionnel des parents	Surcharge pondérale (en %)			Obésité (en %)		
	2005	2008	2015	2005	2008	2015
Cadres	10,1	9,6	12,7	1,1	0,8	1,4
Professions intermédiaires	18,7	16,4	16,2	2,1	2,2	3,1
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	18,9	21,4	19,1	2,0	3,9	3,6
Employés	22,1	21,0	20,2	4,2	4,4	4,0
Ouvriers	26,7	24,5	21,5	6,8	7,0	5,5
Autres	17,4	20,3	-	4,3	7,9	-
Type d'école fréquentée	2005	2008		2005	2008	
Élèves non scolarisés en éducation prioritaire	19,3	17,9	17,0	3,3	3,6	3,0
Élèves scolarisés en éducation prioritaire	26,1	25,9	24,0	6,9	7,0	6,3

Note : L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents

Champ : France.

Sources : Drees-DGESCO, Enquête nationale de santé auprès des élèves de CM2 (années 2004-2005, 2007-2008, 2014).

Enquête nationale sur la santé des adolescents scolarisés en classe de troisième (Drees)

En considérant le groupe socioprofessionnel des parents, là encore, un gradient s'observe avec un écart important entre les enfants de cadres et les enfants d'ouvriers, en termes de surcharge pondérale et d'obésité. En effet, en 2009, 12,5% des enfants de cadres scolarisés en classe de troisième sont en surcharge pondérale contre 22,2% des enfants d'ouvriers, et 2,3% des enfants de cadres sont obèses contre 6,5% des enfants d'ouvriers, soit près de trois fois moins (Tableau 63).

Ces inégalités s'observent depuis 2001.

**Tableau 63 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité
selon le groupe socioprofessionnel des parents et le type de collège fréquenté en troisième**

Groupe socioprofessionnel des parents	Surcharge pondérale (en %)			Obésité (en %)		
	2001	2004	2009	2001	2004	2009
Cadres	11,3	11,0	12,5	0,7	1,9	2,3
Professions intermédiaires	15,2	15,1	14,7	2,8	3,5	2,1
Agriculteurs, commerçants, chefs d'entreprise	17,9	21,1	19,2	2,3	5,1	3,9
Employés	17,0	18,9	19,9	3,9	5,2	5,0
Ouvriers	19,8	21,4	22,2	6,8	7,2	6,5
Autres	23,4	21,0	17,2	6,1	3,8	3,4
Type de collège fréquenté	2001	2004	2009	2001	2004	2009
Élèves non scolarisés en éducation prioritaire	16,0	16,7*	16,7	3,1	4,2*	3,6
Élèves scolarisés en éducation prioritaire	18,7	21,5*	23,2	5,9	6,0*	6,4
Ensemble	16,4*	17,4*	17,6	3,5*	4,4*	3,9

**Ces estimations ont été légèrement corrigées par rapport à celles parues dans les publications de la Drees Études et Résultats n°283 et n°573.*

Note : L'origine sociale de l'enfant est déterminée à partir du groupe socioprofessionnel des parents.

Sources : Drees-DGESCO, Enquêtes nationales sur la santé des élèves de troisième
(années scolaires 2000-2001, 2003-2004 et 2008-2009).

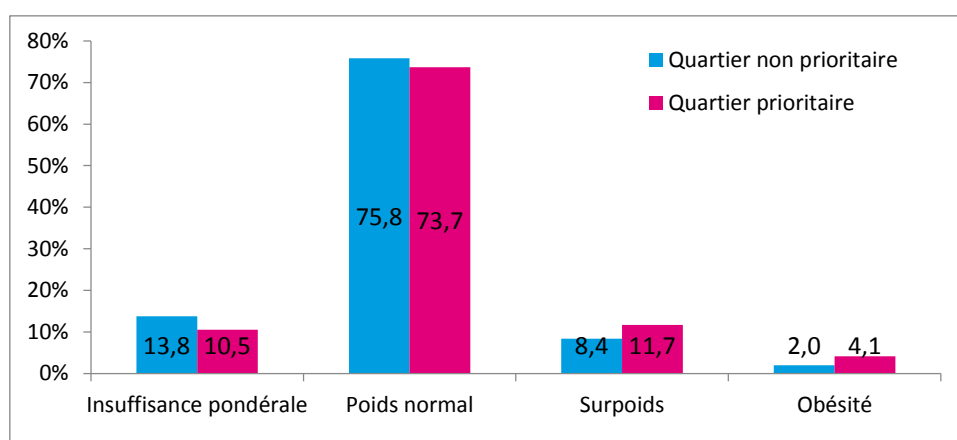
Les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité ont augmenté entre 2001 et 2009 chez les élèves de troisième issus des collèges relevant de l'éducation prioritaire, alors qu'elle est restée plutôt stable chez les élèves non scolarisés en éducation prioritaire. En 2009, la prévalence de la surcharge pondérale s'élève à 23,2% en éducation prioritaire (contre 16,7% chez les élèves non scolarisés en éducation prioritaire) et celle de l'obésité à 6,4% (contre 3,6% chez les élèves de troisième ne relevant pas de l'éducation prioritaire) (Tableau 63).

Enfants scolarisés dans le secteur public à Paris en 2009 (étude Mairie de Paris, ORS Île-de-France)

Dans l'enquête réalisée en 2009 pour les enfants scolarisés à Paris dans le secteur public, la surcharge pondérale (surpoids ou obésité) des élèves de grande section de maternelle est plus importante chez les enfants scolarisés en quartier prioritaire. En effet, elle s'élève à 15,8% chez les élèves des quartiers prioritaires contre 10,4% chez les élèves des quartiers non prioritaires (Figure 54).

Cette différence s'observe aussi bien pour le surpoids (11,7% contre 8,4%) que pour l'obésité qui est deux fois plus élevée chez les enfants scolarisés en quartier prioritaire (4,1% contre 2,0%).

Figure 54 - Corpulence* selon le type de quartier de scolarisation des enfants parisiens de grande section de maternelle en 2009 (en %)

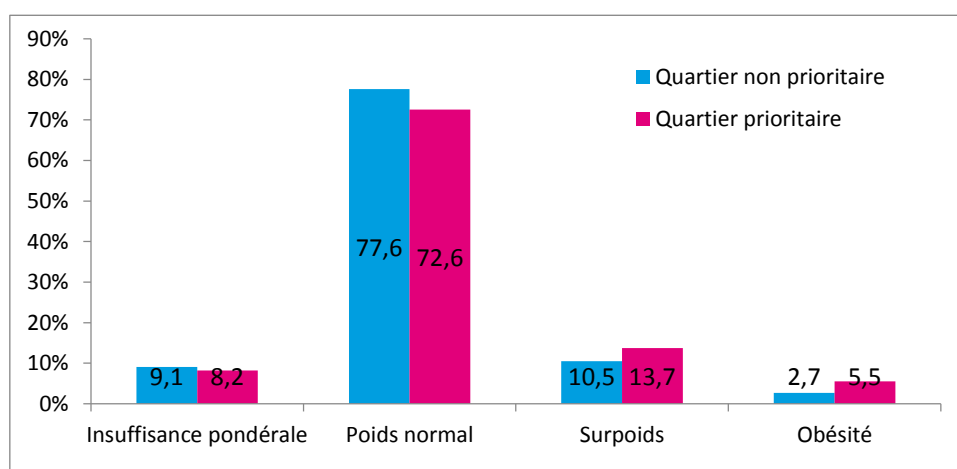


*Selon la définition IOTF (se référer au chapitre Définitions).

Source : Étude sur les enfants scolarisés dans le secteur public en 2009, Mairie de Paris, ORS Île-de-France.

Le même constat s'observe pour les élèves de CE2. En effet, la prévalence de la surcharge pondérale s'élève à 19,2% chez les élèves des quartiers prioritaires contre 13,3% chez les élèves des quartiers non prioritaires (Figure 55). Il y a deux fois plus d'enfants obèses dans les quartiers prioritaires que dans les autres quartiers (5,5% contre 2,7%).

Figure 55 - Corpulence* selon le type de quartier de scolarisation des enfants parisiens de CE2 en 2009 (en %)



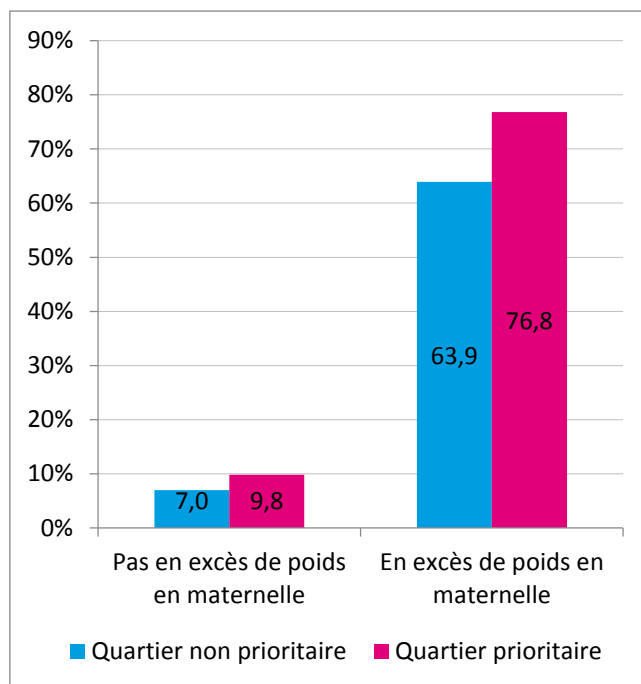
*Selon la définition IOTF (se référer au chapitre Définitions).

Source : Étude sur les enfants scolarisés dans le secteur public en 2009, Mairie de Paris, ORS Île-de-France.

L'évolution de la corpulence est également plus défavorable pour les enfants scolarisés en quartier prioritaire. En effet, pour les enfants qui ne sont pas en surcharge pondérale en grande section de maternelle, ceux scolarisés en quartier prioritaire présentent plus fréquemment un excès de poids en CE2 que les enfants scolarisés dans un quartier non prioritaire (9,8% contre 7,0%) (Figure 56).

Pour les enfants qui sont en excès de poids en maternelle, le pourcentage de ceux qui le restent en CE2 est supérieur chez les enfants scolarisés en quartier prioritaire (77% contre 64%).

Figure 56 - Excès de poids des enfants en CE2 selon le type de quartier et la corpulence en grande section de maternelle en 2009 (en %)



Source : Étude sur les enfants scolarisés dans le secteur public en 2009, Mairie de Paris, ORS Île-de-France

Population adulte

À retenir

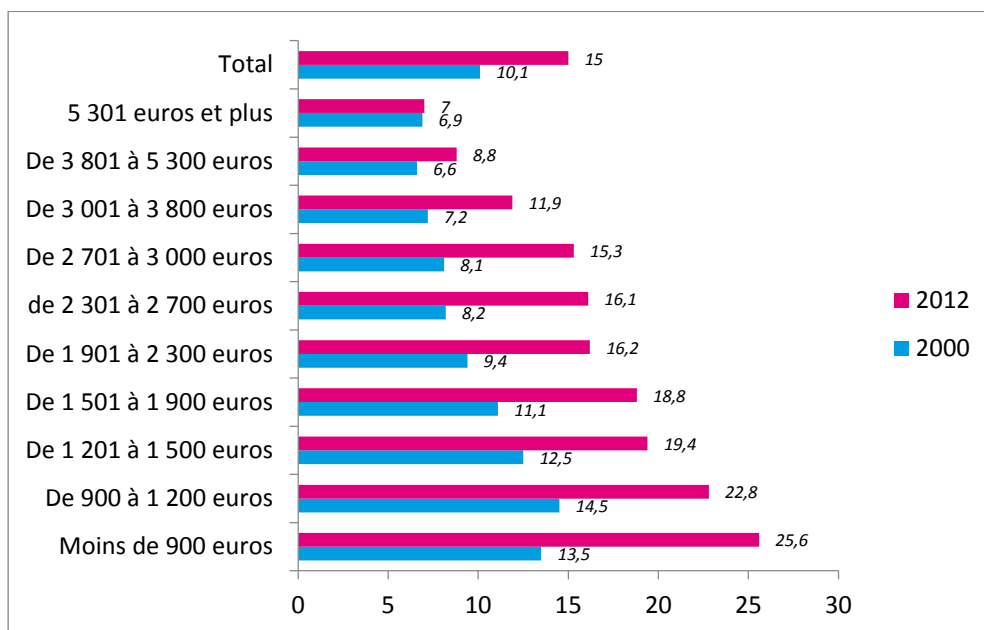
- En 2012, la **prévalence de l'obésité** chez les adultes suit un **gradient social** : elle est plus élevée chez les personnes avec un faible revenu, chez les ouvriers et les employés et chez les personnes ayant un niveau d'éducation primaire.
- Entre 2010 et 2012, la prévalence de l'obésité **a augmenté plus fortement chez les personnes à bas revenus** que chez les personnes avec un revenu plus élevé.
- La prévalence de la surcharge pondérale est **particulièrement élevée chez les bénéficiaires de l'aide alimentaire**.

Enquêtes ObÉpi-Roche (Inserm/TNS healthcare (kantarhealth)/Roche)

La part de la population adulte obèse est passée de 10,1 à 15,0% entre 2000 et 2012 (Figure 57). Quelle que soit l'année de l'enquête, la prévalence de l'obésité est bien plus élevée dans les foyers à faibles revenus que dans les foyers à revenus élevés (14% contre 7% en 2000 et 26% contre 7% en 2012).

Par ailleurs, on constate un creusement du gradient social entre 2000 et 2012. En effet, même si on observe une augmentation de la prévalence de l'obésité quel que soit le revenu mensuel net du foyer, celle-ci est plus marquée pour les revenus les plus faibles. L'augmentation est moins importante lorsque le revenu mensuel net du foyer est supérieur ou égal à 5 301 euros (+0,1 point) que lorsque le revenu est inférieur à 900 euros (+12,1 points, soit presque un doublement de la prévalence en 12 ans).

Figure 57 - Part de la population adulte obèse* selon le revenu mensuel net du foyer (en %)



*Déclarant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m² (obésité).

Sources : Inserm, Institut Roche, TNS Healthcare(Kantarhealth) (Enquête ObÉPI).

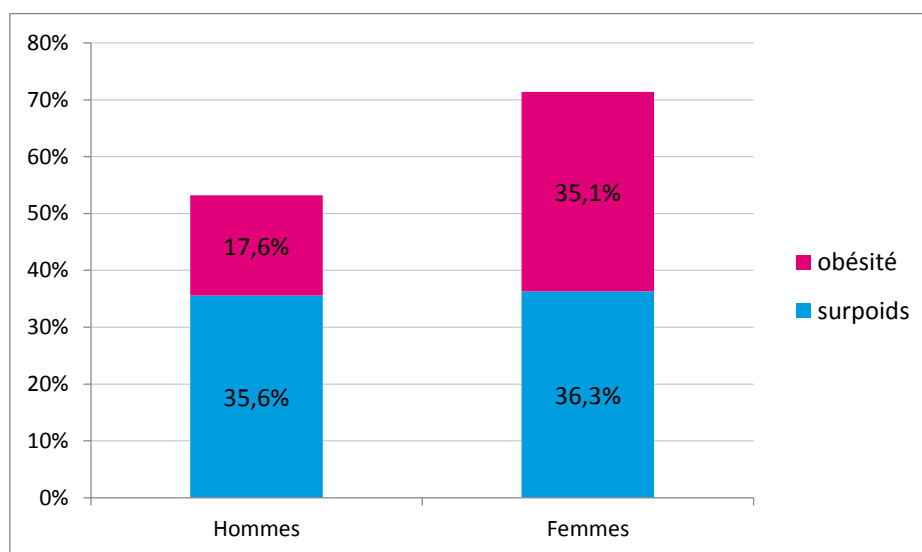
L'analyse selon les catégories professionnelles montre également une prévalence de l'obésité plus élevée chez les ouvriers et les employés (entre 16 et 17%) que chez les cadres supérieurs (9%).

Enfin, la prévalence de l'obésité chez les personnes avec un niveau d'éducation primaire s'élève à 25% contre 7% chez les personnes avec un niveau d'éducation supérieur de troisième cycle.

Étude Abena

En 2011-2012, la prévalence de l'obésité chez les bénéficiaires de l'aide alimentaire est de 28,8%. Elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (35% contre 18%) (Figure 58). On observe une augmentation significative de l'obésité depuis la précédente enquête de 2004-2005 chez les femmes. Au total, 53,2% des hommes et 71,4% des femmes qui ont recours à l'aide alimentaire sont en surcharge pondérale en 2011-2012.

Figure 58 - Surpoids et obésité chez les bénéficiaires de l'aide alimentaire selon le sexe en 2011-2012 (en %)



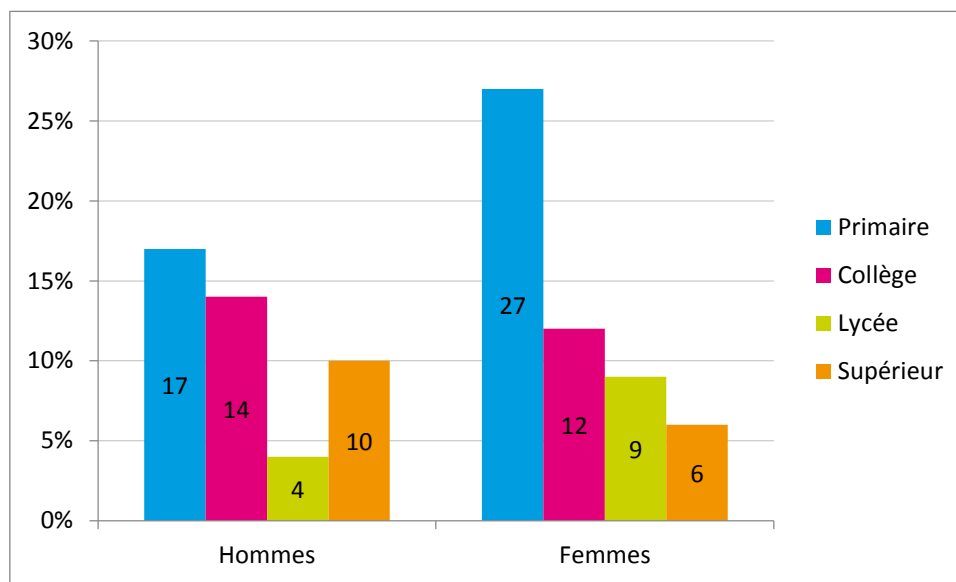
Source : Étude Abena 2011-2012 (ensemble des six territoires²¹)

²¹ Six zones urbaines françaises (Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine)

Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2)

Selon l'étude Inca 2, la prévalence de l'obésité chez les adultes est inversement associée au niveau d'éducation des individus (Figure 59), de façon plus marquée chez les femmes (6% chez les femmes ayant un niveau d'éducation supérieur contre 27% chez les femmes ayant un niveau d'éducation primaire).

Figure 59 - Prévalence de l'obésité chez les adultes de 18-79 ans selon le sexe et le niveau d'éducation en 2006-2007 (en %)



Source : Afssa, Etude Inca 2, 2006-2007

PATHOLOGIES

Les sous-paragraphes « Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur... » ont été rédigés à partir :

- de SCORE-Santé, base de données de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé (Fnors), qui produit des contextes nationaux sur différentes pathologies ;
- de l'expertise collective de l'Inserm de 2008 sur l'activité physique ;
- du rapport d'expertise collective 2016 de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) sur la révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité ;
- des dossiers thématiques de l'ANSP consacrés à différentes pathologies.

Sauf précision contraire, les données présentées pour la France (données nationales) comprennent la France hexagonale et les DOM hors Mayotte.

Les données de mortalité sont des données lissées sur trois ans.

CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

À retenir

- La **sédentarité** et l'**obésité** sont des **facteurs de risque** des cardiopathies ischémiques.
- Il existe une **relation inverse** entre l'**intensité de l'activité physique** et l'**incidence** des cardiopathies ischémiques.
- Le **risque de coronaropathie diminue** chez les hommes comme chez les femmes ayant une activité physique d'intensité modérée ou élevée comparativement aux personnes du même sexe ayant une faible activité physique.
- L'effet protecteur est plus marqué pour les activités de loisirs que pour les activités au travail, surtout pour les hommes.
- Selon le sexe, le niveau d'activité physique ou le type d'activité, **le risque diminue de 9 à 29%**.

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur les cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques ou maladies coronariennes regroupent l'ensemble des troubles engendrés par la souffrance du muscle cardiaque lorsqu'il est privé d'oxygène, en raison de l'obstruction plus ou moins complète d'une artère coronaire. Selon l'importance, la brutalité et la durée de la privation d'oxygène, la souffrance du myocarde se manifeste de différentes façons : douleurs d'angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Les principaux facteurs de risque sont l'âge, le sexe masculin, le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, l'hypertension, le stress et la sédentarité. L'expertise collective de l'Inserm (2008) rapporte qu'il existe, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, une relation inverse entre l'intensité de l'activité physique et l'incidence des trois principales maladies cardiovasculaires athéromateuses (coronaropathies athéromateuses, cardiopathie ischémique et artériopathie des membres inférieurs) ainsi qu'une relation directe entre le temps de sédentarité et l'incidence des pathologies cardiovasculaires. Le niveau de capacité physique est un facteur prédictif indépendant de mortalité cardiovasculaire, même chez le sujet âgé.

La méta-analyse de Li et Siegrist (2012), réalisée à partir de 21 études prospectives de cohortes, a montré que le risque de coronaropathie diminue respectivement de 15% et 21% chez les hommes qui pratiquent des activités de loisirs d'intensités modérées (entre 3 et 6 METs) et élevées (supérieures à 6 METs), comparativement à des populations à faible activité (inférieure à 3 METs). Chez les femmes, les réductions observées du risque de pathologie coronarienne sont de 22 et 29%. D'après cette méta-analyse, l'activité physique au travail aurait des effets protecteurs moins importants que l'activité physique de loisirs ; les auteurs n'observent qu'une réduction

de 13 et 9%. Chez les femmes, le niveau de protection de l'activité physique au travail semble être plus élevé, estimé à respectivement 25 et 20%.

Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années dans la prise en charge des malades. Ces progrès ont permis une amélioration significative du pronostic vital et fonctionnel des patients, et ont contribué à la réduction du nombre de récidives. Néanmoins, la prévention primaire des cardiopathies ischémiques n'en demeure pas moins essentielle, avec comme cibles prioritaires le tabagisme actif ou passif, la nutrition et la sédentarité et, de façon liée, le surpoids et l'obésité.

Mortalité par cardiopathie ischémique (Inserm)

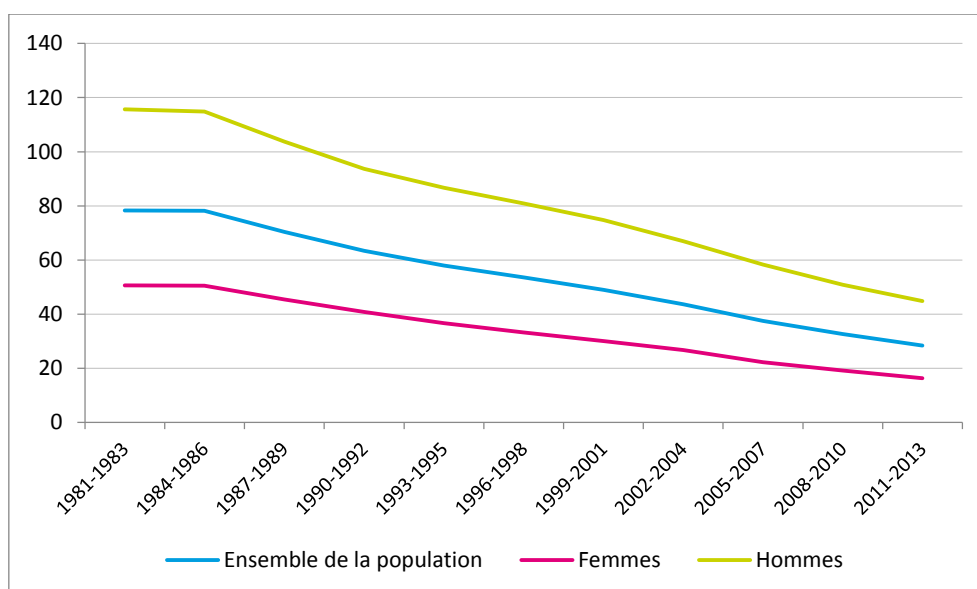
À retenir

- Le nombre de décès par cardiopathie ischémique s'élève à environ **35 000 décès par an**.
- Les **hommes sont plus touchés** que les femmes (58% des décès).
- La **mortalité diminue** depuis les années 1980.
- Les départements les plus touchés se situent **au nord et au centre de la France**.

En 2012, au niveau national, le nombre de décès par cardiopathie ischémique s'élève à 20 048 décès chez les hommes et 14 581 décès chez les femmes. Parmi eux, 20% des décès masculins et près de 6% des décès féminins concernent des personnes de moins de 65 ans.

Depuis le début des années 80, le taux standardisé²² de mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de 64% dans l'ensemble de la population métropolitaine, passant de 78,3 pour 100 000 personnes en 1982 à 28,4 en 2012. Cette baisse est un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes (- 68% contre - 61%) (Figure 60). Cette diminution s'observe également chez les moins de 65 ans (- 65%) mais est un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes (- 66% contre - 63%).

Figure 60 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique entre 1982 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)



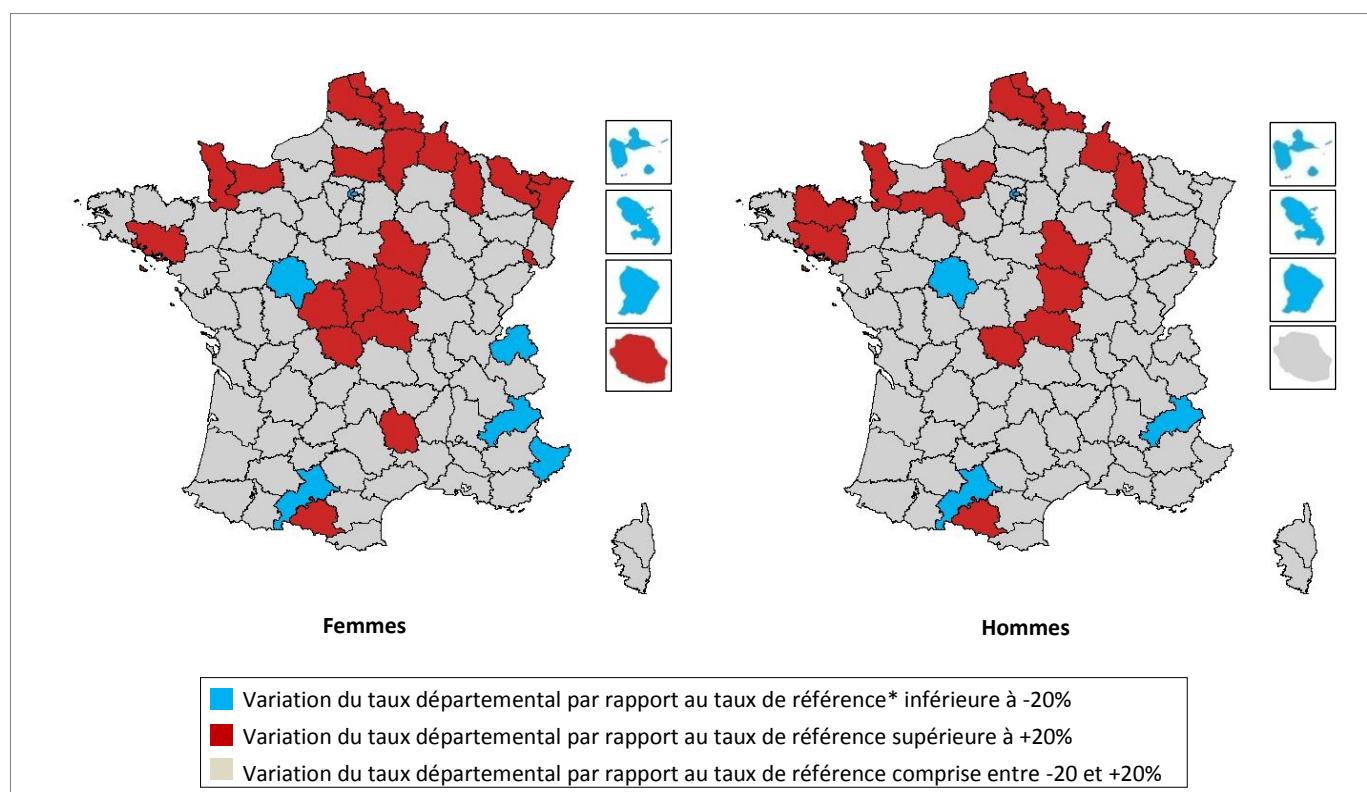
Sources : Inserm-CépiDc

En 2012, le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique s'élève à 16,3 pour 100 000 femmes et à 44,6 pour 100 000 hommes en France. Chez les femmes, les 21 départements qui présentent un taux supérieur de plus de 20% au taux national se situent principalement dans le nord et le centre de la France (Figure 61).

²² Se référer au chapitre Définitions

Dix départements sont concernés par des taux inférieurs de plus de 20%. Chez les hommes, la répartition géographique des départements qui présentent des taux supérieurs ou inférieurs de plus de 20% au taux national est similaire à celle constatée chez les femmes (Figure 61).

**Figure 61 - Taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en 2012 selon le sexe*
(pour 100 000 personnes)**



*Valeur de référence : 16,3 pour 100 000 femmes et 44,6 pour 100 000 hommes en France

Sources : Inserm-CépiDc

Admissions en affection de longue durée (ALD) pour cardiopathie ischémique (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

À retenir

- Le nombre d'admissions en affection de longue durée pour cardiopathie ischémique s'élève à près de **120 000 par an**.
- Les hommes sont plus nombreux** que les femmes (69% des admissions).
- Les départements les plus touchés se situent dans le **nord-est de la France et en bordure de la Méditerranée**.

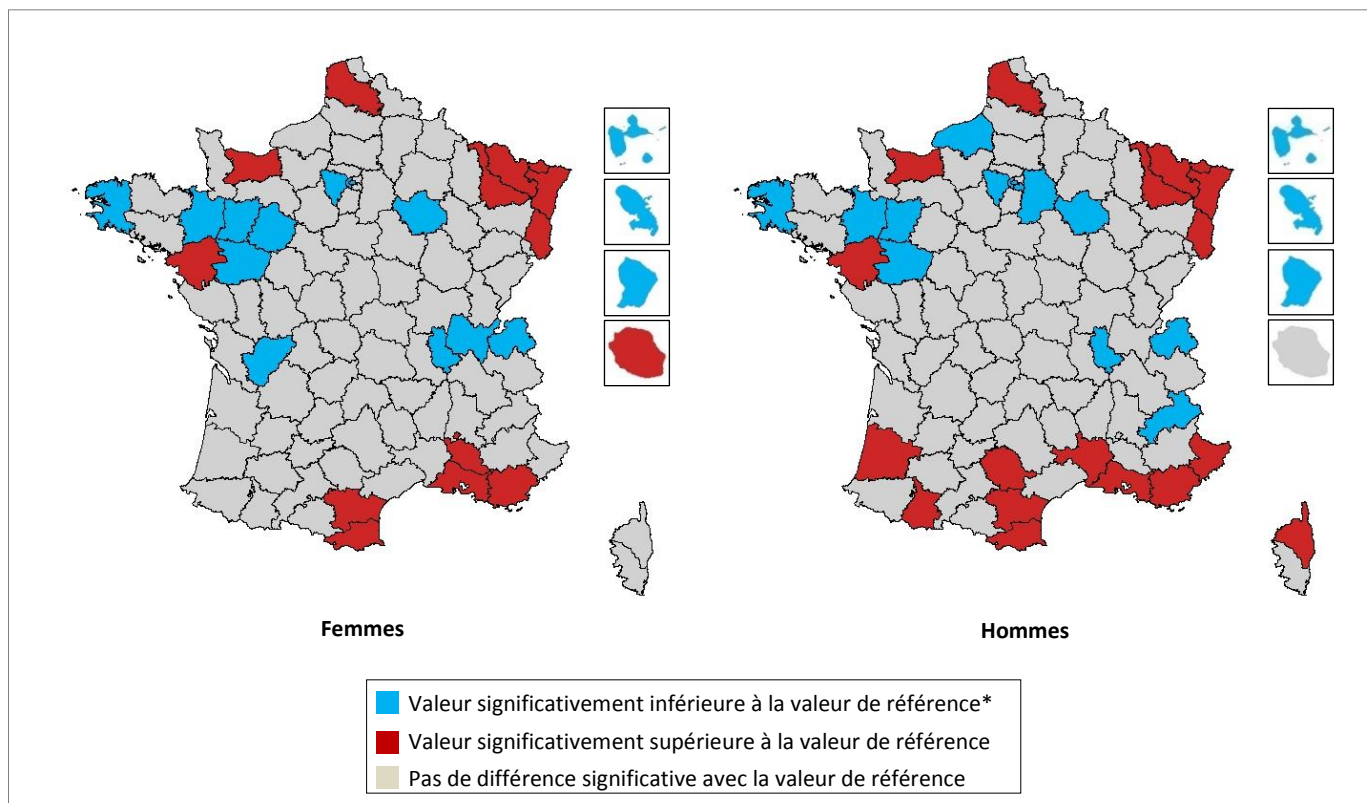
En 2013, en France, le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour cardiopathie ischémique (ALD n°13) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie²³ est de 82 224 hommes (dont 48% âgés de moins de 65 ans) et de 36 582 femmes (dont 26% âgées de moins de 65 ans).

En 2012, le taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour cardiopathie ischémique s'élève à 36,0 pour 100 000 femmes en France et s'échelonne de 16,6 (en Guadeloupe) à 61,7 (en Pyrénées-Orientales). Treize départements présentent un taux d'admission significativement supérieur à la moyenne hexagonale, situés principalement dans le nord-est de la France et en bordure de la Méditerranée (Figure 62). A l'inverse, seize départements présentent un taux significativement inférieur à la moyenne hexagonale. Chez les hommes, le taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans s'élève à 160,4 pour 100 000 hommes en France

²³ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Régime des indépendants, Mutualité sociale agricole

et s'échelonne de 66,8 (en Martinique) à 226,3 (en Haute-Corse). La situation géographique des départements qui présentent un taux significativement différent de celui observé en France hexagonale est similaire à celle observée chez les femmes (Figure 62).

Figure 62 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour cardiopathies ischémiques en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)



*Valeur de référence : 36,2 pour 100 000 femmes et 161,6 pour 100 000 hommes en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur les maladies vasculaires cérébrales

À retenir

- Il existe un **lien statistique** entre une **activité physique faible** et le **risque d'accident vasculaire cérébral**.
- L'activité physique **réduit l'incidence** d'accident vasculaire cérébral **de 25%**.

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Elles se manifestent le plus souvent sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), de nature ischémique (résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'un vaisseau) ou liés à une hémorragie. Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale, une proportion importante de survivants gardant des séquelles, parfois très invalidantes (déficiences motrices, sensitives, sensorielles, troubles cognitifs).

Le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral est l'hypertension artérielle. Outre certaines maladies cardiaques facteurs d'embolie (comme la fibrillation auriculaire), le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, ainsi que la contraception orale ou le traitement hormonal substitutif chez les femmes favorisent également la survenue d'AVC.

Concernant les effets en prévention primaire de l'activité physique sur la survenue d'accidents vasculaires cérébraux, il existe un lien statistique entre une activité physique faible et le risque d'accident vasculaire cérébral.

De plus, le niveau de la consommation maximale d'oxygène (VO₂ max) est un bon facteur pronostique d'un tel accident. L'activité physique réduit l'incidence d'accident vasculaire cérébral de 25%. Par ailleurs, la majorité des études effectuées mettent en évidence des résultats positifs liés au renforcement de l'activité physique, cet effet protecteur ayant été retrouvé chez les hommes comme chez les femmes.

Mortalité par maladie vasculaire cérébrale (Inserm)

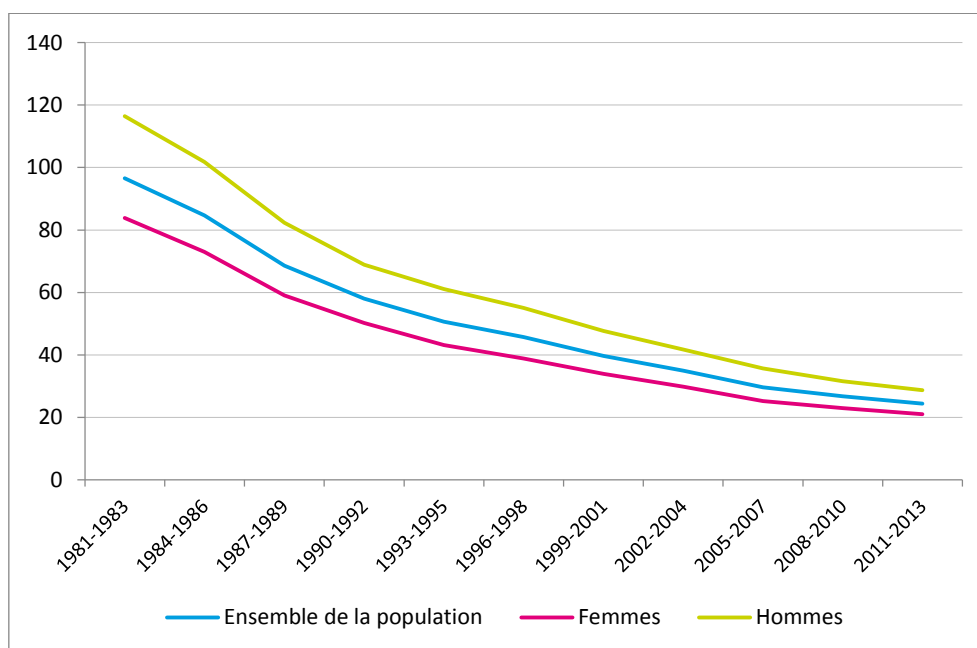
À retenir

- Le nombre de décès par maladie vasculaire cérébrale s'élève à environ **33 000 décès par an**.
- Les **femmes sont plus touchées** que les hommes (58% des décès).
- La **mortalité diminue** depuis les années 1980.
- Les départements les plus touchés se situent **au nord de la France et en outre-mer**.

En 2012, au niveau national, le nombre de décès par maladie vasculaire cérébrale s'élève à 13 638 décès chez les hommes et 19 005 décès chez les femmes. Parmi eux, 13% des décès masculins et 6% des décès féminins concernent des personnes de moins de 65 ans.

Depuis les années 80, le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale a diminué de 75% dans l'ensemble de la population métropolitaine, passant de 96,6 pour 100 000 personnes en 1982 à 24,4 en 2012. Cette baisse est de - 75% aussi bien chez les femmes que chez les hommes (Figure 63). Chez les moins de 65 ans, cette diminution s'élève à - 69% (- 71% chez les hommes et - 67% chez les femmes).

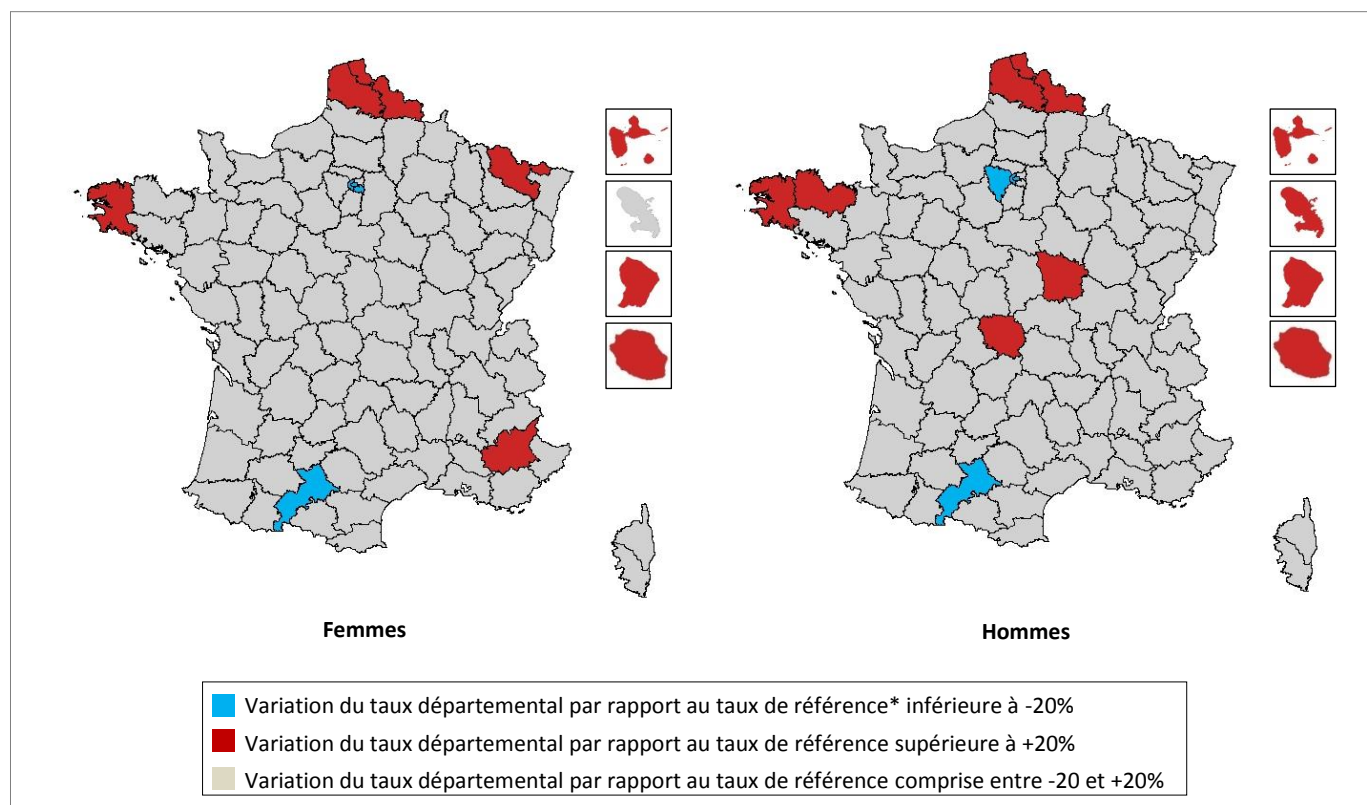
Figure 63 - Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale entre 1982 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)



Sources : Inserm-CépiDc

En 2012, le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale s'élève à 21,2 pour 100 000 femmes et à 29,1 pour 100 000 hommes en France. Chez les femmes, les huit départements qui présentent un taux supérieur de plus de 20% au taux national se situent principalement dans le nord de la France et en outre-mer (Figure 64). Trois départements d'Île-de-France ainsi que la Haute-Garonne sont concernés par des taux inférieurs de plus de 20% au taux national. Chez les hommes, la répartition géographique des départements qui présentent des taux supérieurs ou inférieurs de plus de 20% au taux national est similaire à celle constatée chez les femmes (Figure 64).

**Figure 64 - Taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en 2012 selon le sexe*
(pour 100 000 personnes)**



*Valeur de référence : 21,2 pour 100 000 femmes et 29,1 pour 100 000 hommes en France

Sources : Inserm-CépiDc

Admissions en ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

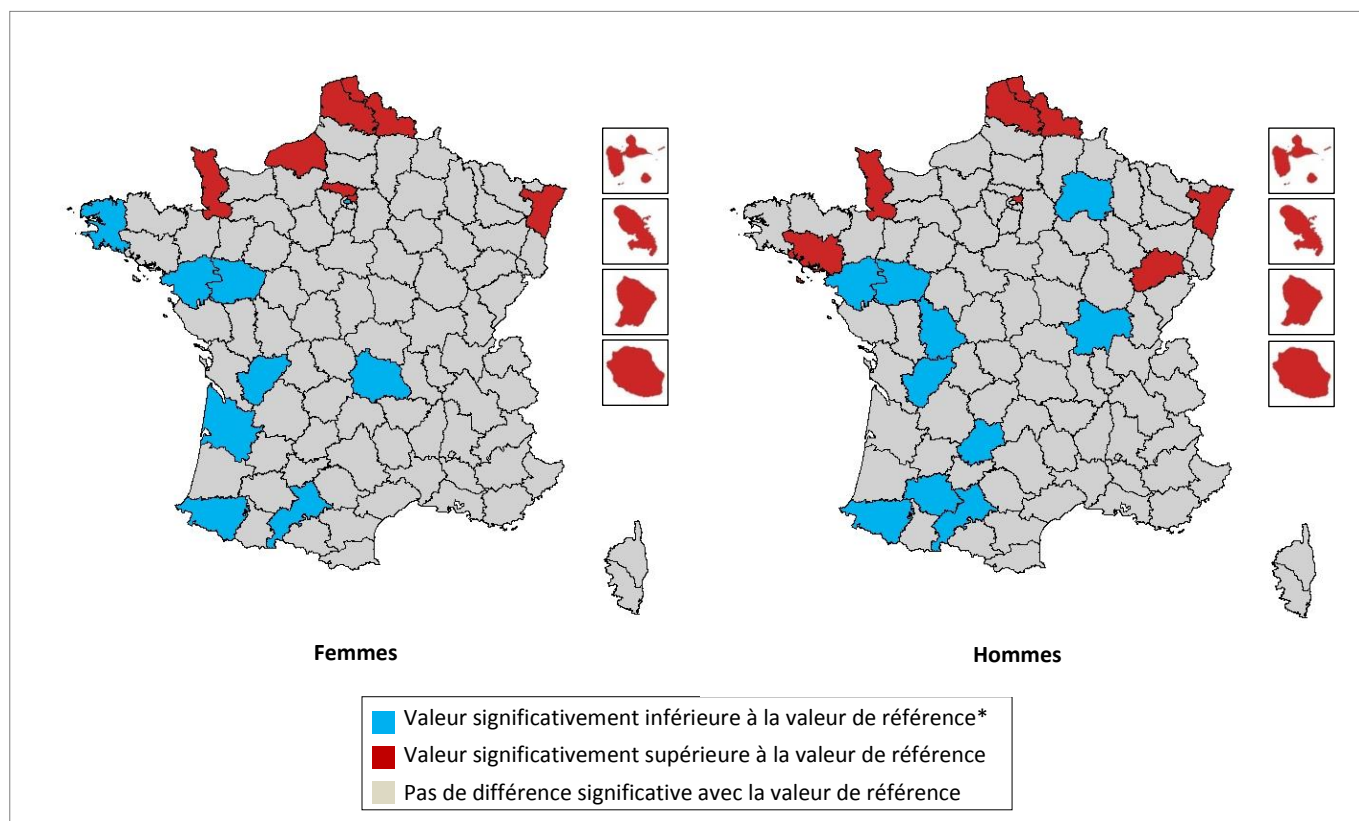
À retenir

- Le nombre d'admissions en affection de longue durée pour accident vasculaire invalidant s'élève à plus de **66 000 par an**.
- **Les hommes sont très légèrement plus nombreux** que les femmes (52% des admissions).
- Les départements les plus touchés se situent dans le **nord-est de la France et en outre-mer**.

En 2013 en France, le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie²³ est de 34 056 hommes (dont 41% âgés de moins de 65 ans) et de 32 113 femmes (dont 27% âgées de moins de 65 ans).

En 2012, le taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour accident vasculaire cérébral invalidant s'élève à 31,6 pour 100 000 femmes en France et s'échelonne de 18,6 (en Charente) à 56,1 (en Guyane). Onze départements présentent un taux d'admission significativement supérieur à la moyenne hexagonale, situés dans le nord de la France et dans les départements d'outre-mer (Figure 65). Les neuf départements pour lesquels ces taux sont inférieurs à la moyenne hexagonale se situent dans la moitié ouest du territoire. Chez les hommes, le taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans s'élève à 51,6 pour 100 000 hommes en France et s'échelonne de 32,5 (en Lozère) à 97,2 (en Guyane). La distribution géographique des départements qui présentent un taux significativement différent de celui observé en France hexagonale est similaire à celle observée chez les femmes (Figure 65).

Figure 65 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour accident vasculaire cérébral invalidant en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)



*Valeur de référence : 31,1 pour 100 000 femmes et 50,7 pour 100 000 hommes en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

DIABÈTE DE TYPE 2

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur le diabète de type 2

À retenir

- La **prévalence globale du diabète** s'élève à près de **5% de la population** mais avec sans doute une sous-estimation importante.
- Le **diabète de type 2** constitue **90% des cas**.
- La **prévalence est en augmentation**.
- La **sédentarité**, le surpoids et l'obésité **augmentent le risque** de développer la maladie.
- L'**activité physique** (le plus souvent associée à un régime) est **efficace pour prévenir** l'apparition du diabète de type 2 chez des sujets à risque.

Le diabète correspond à une élévation prolongée de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie). Dans le cas du diabète de type 2, ce phénomène provoqué par une perturbation du métabolisme glucidique apparaît progressivement et insidieusement. Au cours de son évolution, le diabète peut engendrer de graves complications touchant le cœur, les vaisseaux, les yeux, les reins et les nerfs. Toutefois, un bon contrôle de la maladie peut permettre de réduire considérablement les risques de complications.

L'incidence du diabète de type 2 augmente de façon globale, et en particulier avec l'âge. La maladie se manifeste généralement après 40 ans et elle est diagnostiquée à un âge moyen proche de 65 ans. L'incidence est maximale entre 75 et 79 ans avec 20% des hommes et 14% des femmes traités pour cette maladie. Cependant, le diabète de type 2 touche aussi des sujets plus jeunes, y compris des adolescents, voire des enfants.

En France, la prévalence globale du diabète est estimée à 4,6% de la population en 2011 et le diabète de type 2 constitue 90% des cas. Mais ce chiffre est largement sous-estimé puisqu'il ne tient pas compte des personnes non traitées ou non diagnostiquées. Or, compte tenu du caractère silencieux de la maladie, environ 20% des personnes diabétiques âgées de 18 à 74 ans ne seraient pas diagnostiquées. Un chiffre qui diminue fortement avec l'âge passant de 30% chez les 30-54 ans à 13% chez les 55-74 ans.

La prévalence de la maladie est par ailleurs en augmentation continue depuis plusieurs années, avec une hausse de 5,4% par an entre 2000 et 2011. La tendance est plus marquée dans certaines populations, notamment dans les départements d'outre-mer et les départements les moins favorisés d'un point de vue socio-économique. Cette augmentation est liée au vieillissement de la population, à l'augmentation de l'espérance de vie des diabétiques ou encore à un mode de vie plus délétère (inactivité physique et nutrition déséquilibrée).

Outre l'existence d'une prédisposition génétique, l'apparition de la maladie semble davantage corrélée à l'âge et à l'interaction entre le génome et les conditions de vie. L'incidence de la maladie augmente avec l'âge. Par ailleurs, l'insuffisance d'activité physique, la sédentarité, l'hypercholestérolémie, le surpoids et l'obésité à prédominance abdominale (mesurée cliniquement par le tour de taille) ou encore l'hypertension, augmentent le risque de développer la maladie.

Il existe des liens épidémiologiques bien établis entre l'existence d'un diabète de type 2 et l'insuffisance d'activité physique. L'activité physique (le plus souvent associée à un régime) est efficace pour prévenir l'apparition du diabète de type 2 chez des sujets à risque, avec une diminution de moitié en moyenne de son incidence. Ainsi, dans une population de patients non diabétiques mais avec une intolérance au glucose, l'activité physique réduit de 58% le risque de survenue d'un diabète, alors qu'un traitement médicamenteux ne le diminue que de 31%. La réduction de l'incidence du diabète peut aller jusqu'à 65% si le niveau d'activité physique est important.

Admissions en ALD pour diabète de type 2 (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

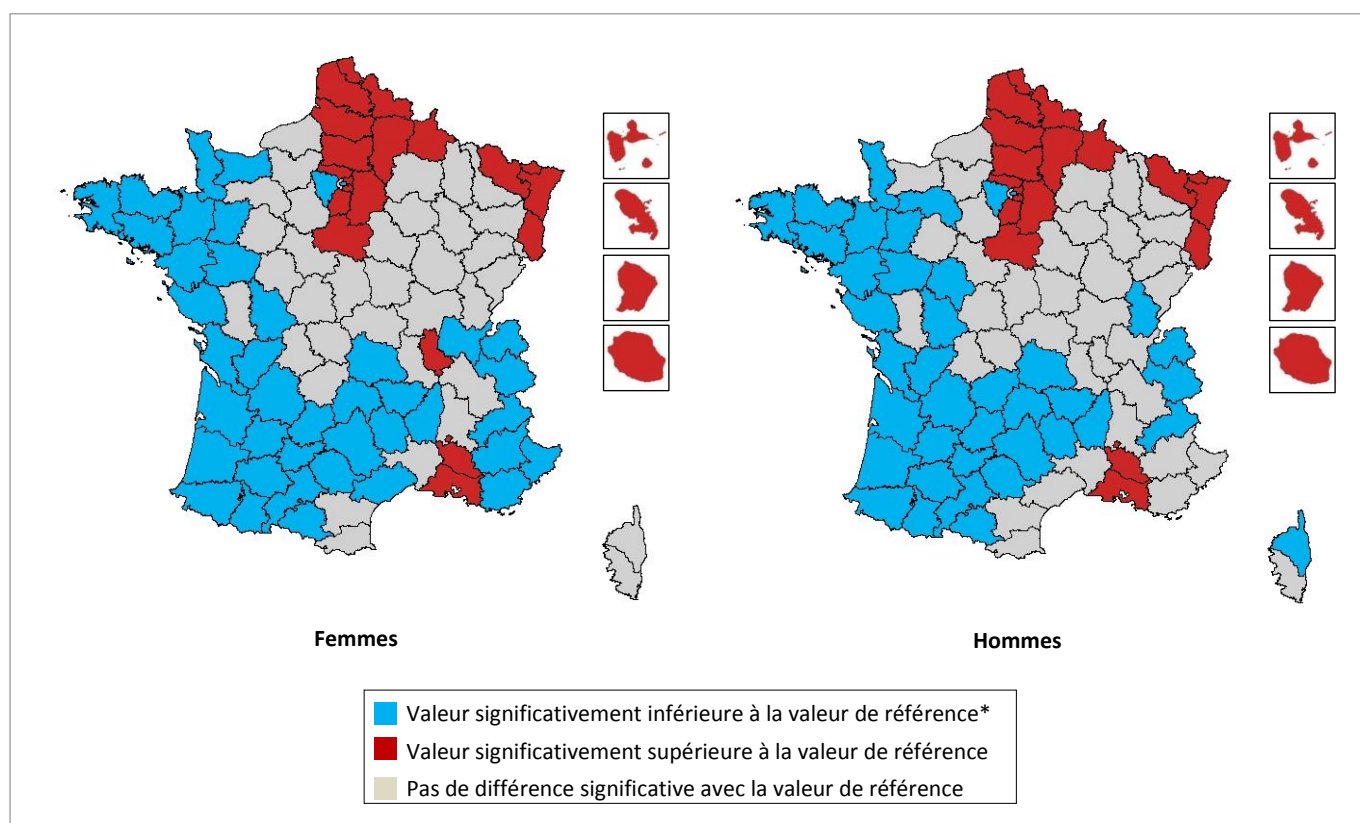
À retenir

- Le nombre d'admissions en affection de longue durée pour diabète de type 2 s'élève à près de **230 000 par an**.
- Les **hommes sont plus nombreux** que les femmes (56% des admissions).
- Les départements les plus touchés se situent dans le **nord de la France et en outre-mer**.

En 2013 en France, le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour diabète de type 2 (ALD n°8 - code CIM10 = E11) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie²³ est de 128 962 hommes (dont 59% âgés de moins de 65 ans) et de 100 947 femmes (dont 52% âgées de moins de 65 ans).

En 2012, le taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour diabète de type 2 s'élève à 200,1 pour 100 000 femmes en France et s'échelonne de 107,4 (dans le Finistère) à 504,0 (en Guyane). Les départements qui présentent un taux d'admission significativement supérieur à la moyenne hexagonale se situent principalement dans le nord de la France (nord, nord-est et région parisienne) et en outre-mer. Les départements qui présentent des taux inférieurs à la moyenne hexagonale sont quant à eux situés dans le sud et l'ouest du territoire (Figure 66). Chez les hommes, le taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans s'élève à 303,4 pour 100 000 hommes en France et s'échelonne de 183,9 (dans le Finistère) à 542,1 (à La Réunion). La répartition géographique des départements qui présentent un taux significativement différent de celui observé en France hexagonale est similaire à celle observée chez les femmes (Figure 66).

Figure 66 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour diabète de type 2 en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)

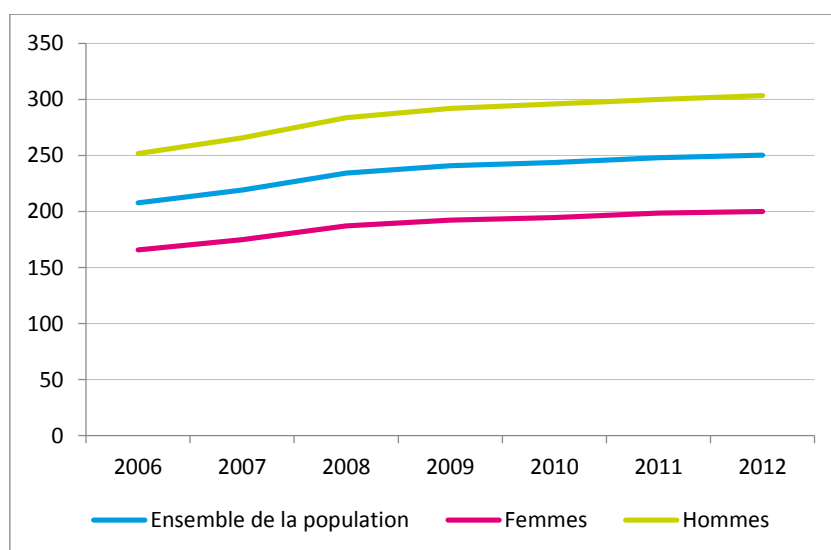


*Valeur de référence : 192,5 pour 100 000 femmes et 298,6 pour 100 000 hommes en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

Entre 2006 et 2012, les taux standardisés d'admission prématurée en ALD pour diabète de type 2 n'ont pas cessé d'augmenter, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, malgré un ralentissement à partir de 2009 (Figure 67).

Figure 67 - Évolution des taux standardisés d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour diabète de type 2 en France entre 2006 et 2012, selon le sexe (pour 100 000 personnes)



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur le cancer du sein

À retenir

- Le cancer du sein est le **cancer le plus fréquent chez la femme**.
- La **surcharge pondérale** et l'**inactivité physique** constituent des **facteurs de risque** de cancer du sein.
- L'**activité physique** a un effet **préventif**.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en termes d'incidence chez la femme en France. Avec 48 763 nouveaux cas estimés en 2012, il se situe au premier rang chez la femme, largement devant le cancer du côlon-rectum (18 926 nouveaux cas) et le cancer du poumon (11 284 cas). Il représente 31,5% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins. L'incidence, qui a beaucoup augmenté entre 1980 et 2000, est en diminution depuis 2005. En effet, le taux standardisé d'incidence a augmenté de 1,4% par an en moyenne entre 1980 et 2012, mais on observe une diminution de 1,5% par an sur la période située entre 2005 et 2012 (56,3 cas pour 100 000 personnes en 1980, 97,8 en 2005 et 88,0 en 2012).

Outre la prédisposition génétique, l'exposition aux œstrogènes ou la consommation d'alcool, d'autres facteurs jouent également un rôle dans l'apparition ou la prévention du cancer du sein. Ainsi, la surcharge pondérale et l'inactivité physique constituent des facteurs de risque de cancer du sein (Morimoto 2002, Lee 2012, Amadou 2013), alors que l'activité physique a un effet préventif (Lynch et al. 2011, Wu et al. 2013).

Mortalité par cancer du sein (Inserm)

À retenir

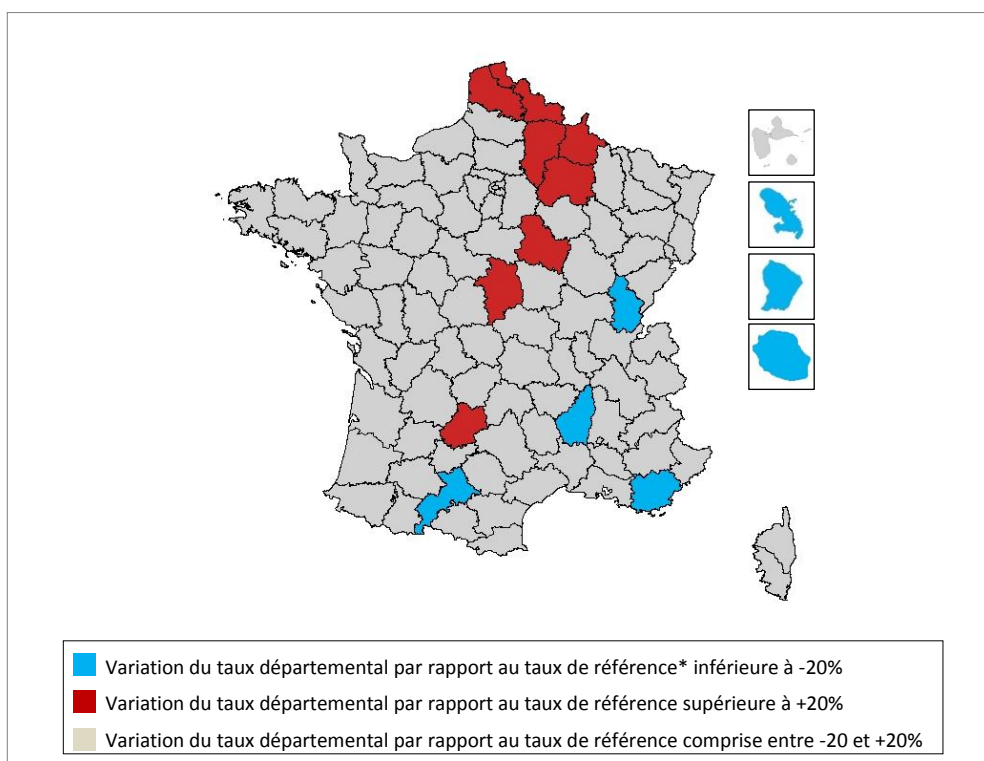
- Le nombre de décès par cancer du sein s'élève à près de **12 000 décès par an** chez les femmes.
- La **mortalité diminue** depuis les années 1980.
- Les départements les plus touchés se situent principalement **au nord de la France**.

En 2012, au niveau national, le nombre de décès par cancer du sein s'élève à 11 774 décès chez les femmes. Parmi eux, 33% ont concerné des femmes de moins de 65 ans.

En France métropolitaine, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein a diminué de 20% chez les femmes depuis le début des années 80, passant de 28,0 pour 100 000 femmes en 1982 à 22,3 en 2012. Chez les femmes de moins de 65 ans, cette diminution s'élève à - 30%.

En 2012, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein s'élève à 22,1 pour 100 000 femmes en France entière. Les huit départements qui présentent un taux supérieur de plus de 20% par rapport au taux national se situent principalement dans le nord de la France (Figure 68). Sept départements situés dans le sud-est de la France et en outre-mer sont concernés par des taux inférieurs de plus de 20% au taux national.

**Figure 68 - Taux standardisé de mortalité par cancer du sein en 2012 chez les femmes*
(pour 100 000 femmes)**



*Valeur de référence : 22,1 pour 100 000 femmes en France entière

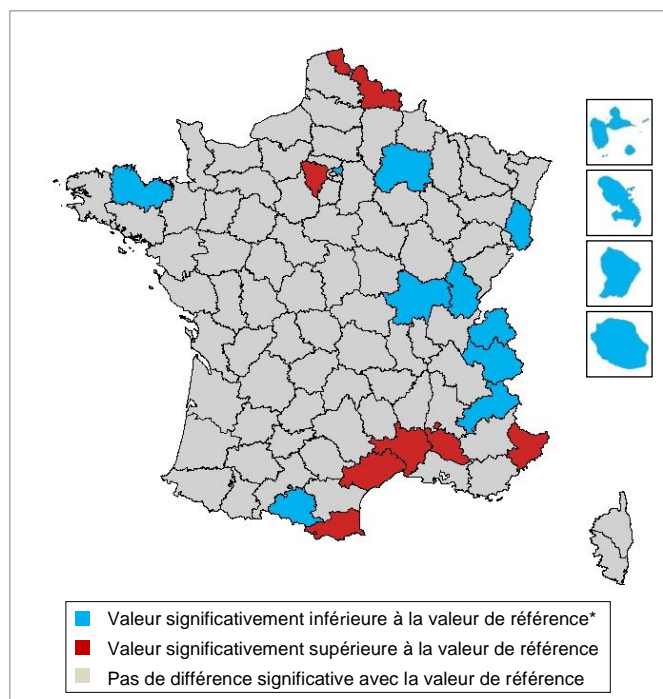
Sources : Inserm-CépiDc

Admissions en ALD pour cancer du sein (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

En 2013 en France, le nombre de femmes admises en affection de longue durée pour un cancer du sein (ALD n°30) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie est de 61 864, dont 57% âgées de moins de 65 ans.

En 2012, le taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour cancer du sein s'élève à 139,1 pour 100 000 femmes en France et s'échelonne de 69,9 (en Guyane) à 161,6 (en Pyrénées-Orientales). Les sept départements qui présentent un taux d'admission prématurée en ALD significativement supérieur à la moyenne hexagonale se situent principalement dans le sud-est de la France. Les 14 départements pour lesquels ces taux sont inférieurs à la moyenne hexagonale se situent en majorité dans la moitié est du territoire et dans les départements d'outre-mer (Figure 69).

Figure 69 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour cancer du sein en 2012 chez les femmes* (pour 100 000 femmes)



*Valeur de référence : 140,3 pour 100 000 femmes en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

Incidence du cancer du sein (InVS)

À retenir

- L'incidence moyenne du cancer du sein est d'environ **50 000 cas par an** chez les femmes.

Selon les estimations réalisées par l'Invs, sur la période 2008-2010, à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des données d'ALD, l'incidence annuelle moyenne du cancer du sein s'élève à 50 186 cas en France métropolitaine, soit un taux standardisé²⁴ de 93,6 pour 100 000 personnes. Au niveau régional, les taux standardisés s'échelonnaient de 80,9 en Franche-Comté à 98,6 en Île-de-France (Tableau 64).

²⁴ Standardisation réalisée sur la population mondiale

**Tableau 64 : Estimation de l'incidence du cancer du sein en 2008-2010
selon les anciennes régions administratives**

	Nombre de cas [IP]	Taux standardisé monde [IP] (pour 100 000 femmes)
France métropolitaine*	50 186 [48 986 ; 51 415]	93,6 [91,4 ; 95,9]
Alsace	1 443 [1 367 ; 1 524]	91,4 [86,5 ; 96,5]
Aquitaine	2 737 [2 626 ; 2 854]	91,9 [88,1 ; 95,9]
Auvergne	1 143 [1 090 ; 1 199]	90,4 [86,0 ; 94,9]
Basse-Normandie	1 196 [1 139 ; 1 256]	90,8 [86,3 ; 95,5]
Bourgogne	1 312 [1 255 ; 1 372]	85,0 [81,2 ; 89,0]
Bretagne	2 374 [2 278 ; 2 474]	84,9 [81,4 ; 88,5]
Centre	2 146 [2 066 ; 2 230]	94,6 [91,0 ; 98,4]
Champagne-Ardenne	1 004 [958 ; 1 053]	86,2 [82,1 ; 90,5]
Corse	242 [223 ; 263]	84,2 [77,3 ; 91,7]
Franche-Comté	826 [785 ; 870]	80,9 [76,8 ; 85,2]
Haute-Normandie	1 449 [1 370 ; 1 532]	93,5 [88,3 ; 98,9]
Île-de-France	8 932 [8 654 ; 9 219]	98,6 [95,5 ; 101,8]
Languedoc-Roussillon	2 276 [2 182 ; 2 375]	94,0 [90,0 ; 98,1]
Limousin	637 [604 ; 673]	88,9 [84,0 ; 94,1]
Lorraine	1 863 [1 780 ; 1 951]	90,4 [86,3 ; 94,7]
Midi-Pyrénées	2 343 [2 252 ; 2 437]	90,4 [86,8 ; 94,2]
Nord-Pas-de-Calais	3 142 [2 981 ; 3 312]	96,3 [91,3 ; 101,5]
Pays de la Loire	2 888 [2 774 ; 3 006]	96,9 [93,0 ; 100,9]
Picardie	1 486 [1 418 ; 1 558]	95,7 [91,2 ; 100,3]
Poitou-Charentes	1 466 [1 403 ; 1 533]	89,1 [85,1 ; 93,2]
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 356 [4 184 ; 4 534]	95,2 [91,4 ; 99,1]
Rhône-Alpes	4 825 [4 659 ; 4 997]	92,7 [89,4 ; 96,0]

IP : intervalle de prédiction

* Le total France métropolitaine est légèrement différent de la somme des régions car il n'est pas issu du même document

Sources : Francim, Affections de longue durée – exploitation Invs

CANCER DU CÔLON / CÔLON-RECTUM

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur le cancer colorectal

À retenir

- Le **surpoids et l'obésité** augmentent le **risque de cancer colorectal**.
- L'**activité physique** est associée à une **diminution du risque** de cancer du côlon de l'ordre de **25%**.

La très grande majorité (>95%) des cancers touchant le côlon et le rectum sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire des tumeurs malignes qui touchent le tissu glandulaire de la muqueuse colorectale. Ces cancers se développent, dans 60 à 80% des cas, à partir d'un adénome (tumeur bénigne appelée aussi polype adénomateux).

Outre certains facteurs de risque comme l'âge et les antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer colorectal, de maladie inflammatoire de l'intestin, de polypose adénomateuse ou de syndrome de Lynch, la

prévention primaire du cancer colorectal est importante. Celle-ci passe notamment par la modification des habitudes de vie. À cet égard, les consommations de viandes rouges et de charcuteries, d'alcool et de tabac, ainsi que le surpoids et l'obésité sont des facteurs établis augmentant le risque de cancer colorectal. À l'inverse, la consommation d'aliments contenant des fibres, ainsi que la pratique de l'activité physique constituent des facteurs protecteurs convaincants (World Cancer Research Fund 2011). L'activité physique est associée à une diminution du risque de cancer du côlon de l'ordre de 25% chez les sujets les plus actifs en comparaison des moins actifs (Wolin et al. 2009).

Mortalité par cancer du côlon (Inserm)

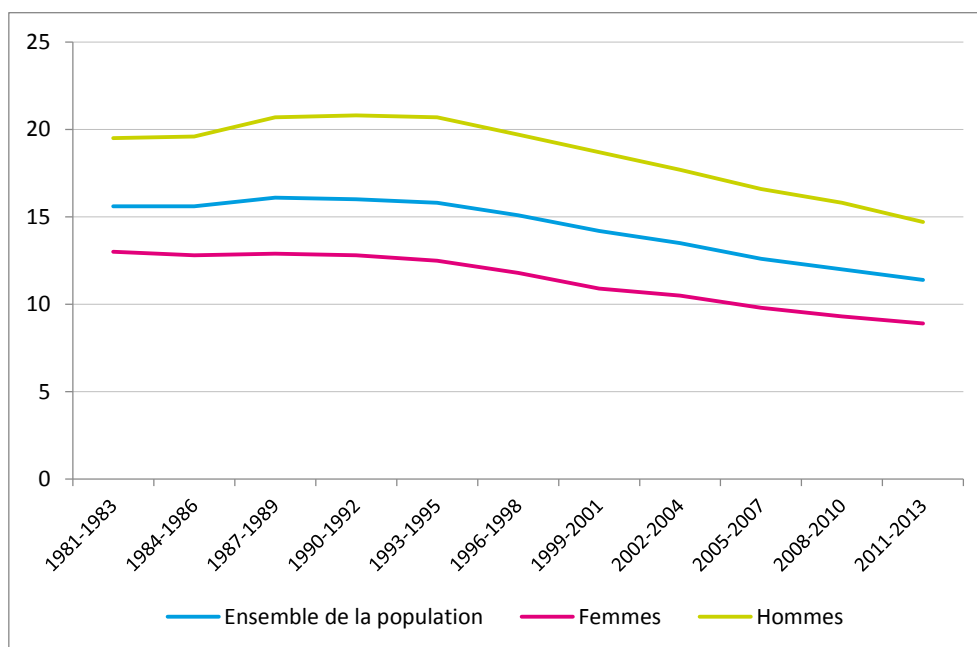
À retenir

- Le nombre de décès par cancer du côlon s'élève à près de **13 000 décès par an**.
- La **mortalité diminue** depuis les années 1980.
- Les départements les plus touchés par la **mortalité prématurée** par cancer du côlon se situent plus souvent **au nord de la France pour les femmes**.

En 2012, au niveau national, le nombre de décès par cancer du côlon s'élève à 6 607 décès chez les hommes et 6 136 décès chez les femmes. Parmi eux, 1 286 décès chez les hommes (19,5%) et 926 chez les femmes (15,1%) concernent des personnes de moins de 65 ans.

Depuis 1981, le taux standardisé de mortalité par cancer du côlon a diminué de 27% dans l'ensemble de la population métropolitaine, passant de 15,6 pour 100 000 personnes en 1982 à 11,4 en 2012. Cette baisse est un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes (- 32% contre - 25%) (Figure 70). Cette diminution s'observe aussi chez les moins de 65 ans (- 29%) et est également un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes (- 32% contre - 27%).

Figure 70 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du côlon entre 1982 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)

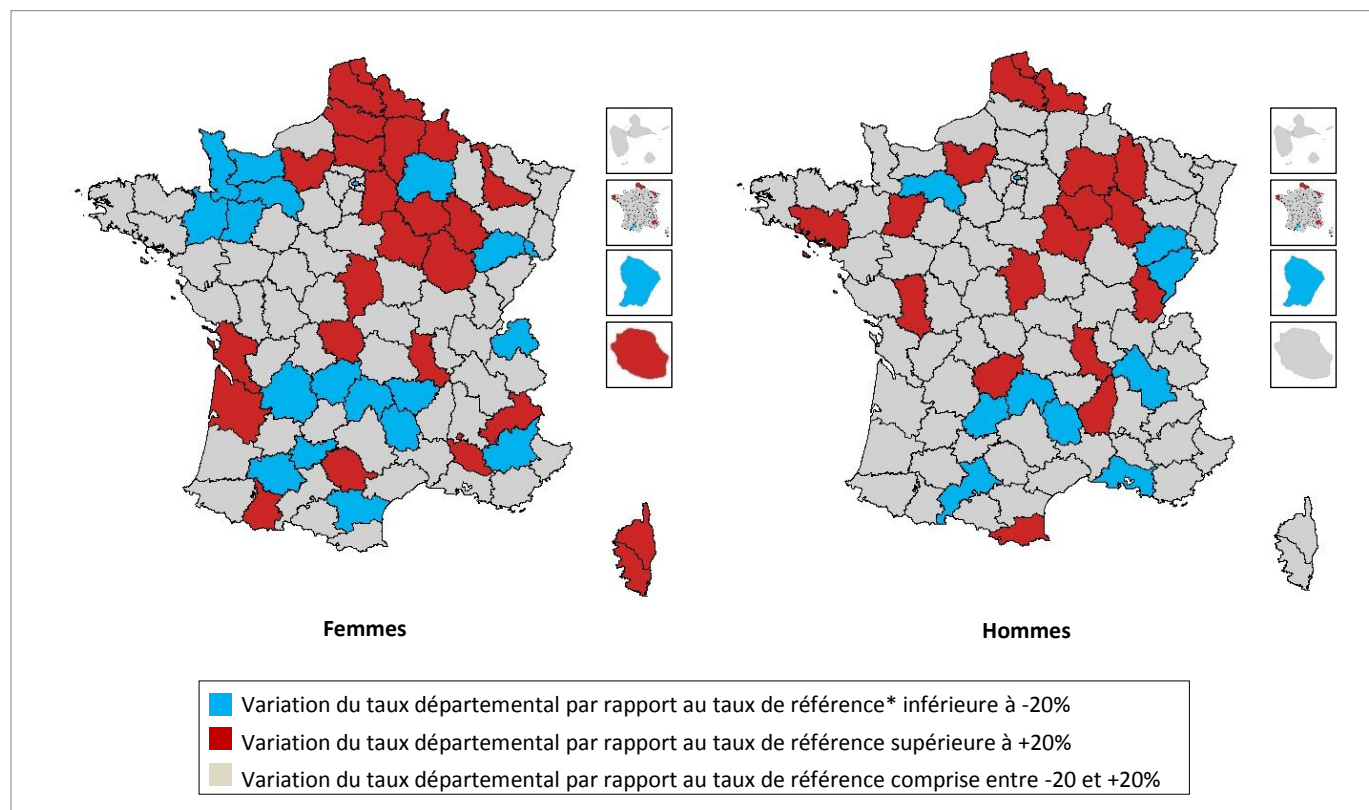


Sources : Inserm-CépiDc

En 2012, le taux standardisé de mortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer du côlon s'élève à 2,8 pour 100 000 femmes et à 4,1 pour 100 000 hommes en France entière. Chez les femmes, les 26 départements qui présentent un taux supérieur de plus de 20% au taux national sont répartis sur l'ensemble du territoire, avec cependant une forte concentration dans le nord (Figure 71). Vingt départements sont concernés par des taux

inférieurs de plus de 20% au taux national. Chez les hommes, les départements qui présentent des taux supérieurs ou inférieurs de plus de 20% au taux national sont répartis sur l'ensemble du territoire (Figure 71).

Figure 71 - Taux standardisé de mortalité prématurée par cancer du côlon en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)



*Valeur de référence : 2,8 pour 100 000 femmes et 4,1 pour 100 000 hommes en France entière

Sources : Inserm-CépiDc

Admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

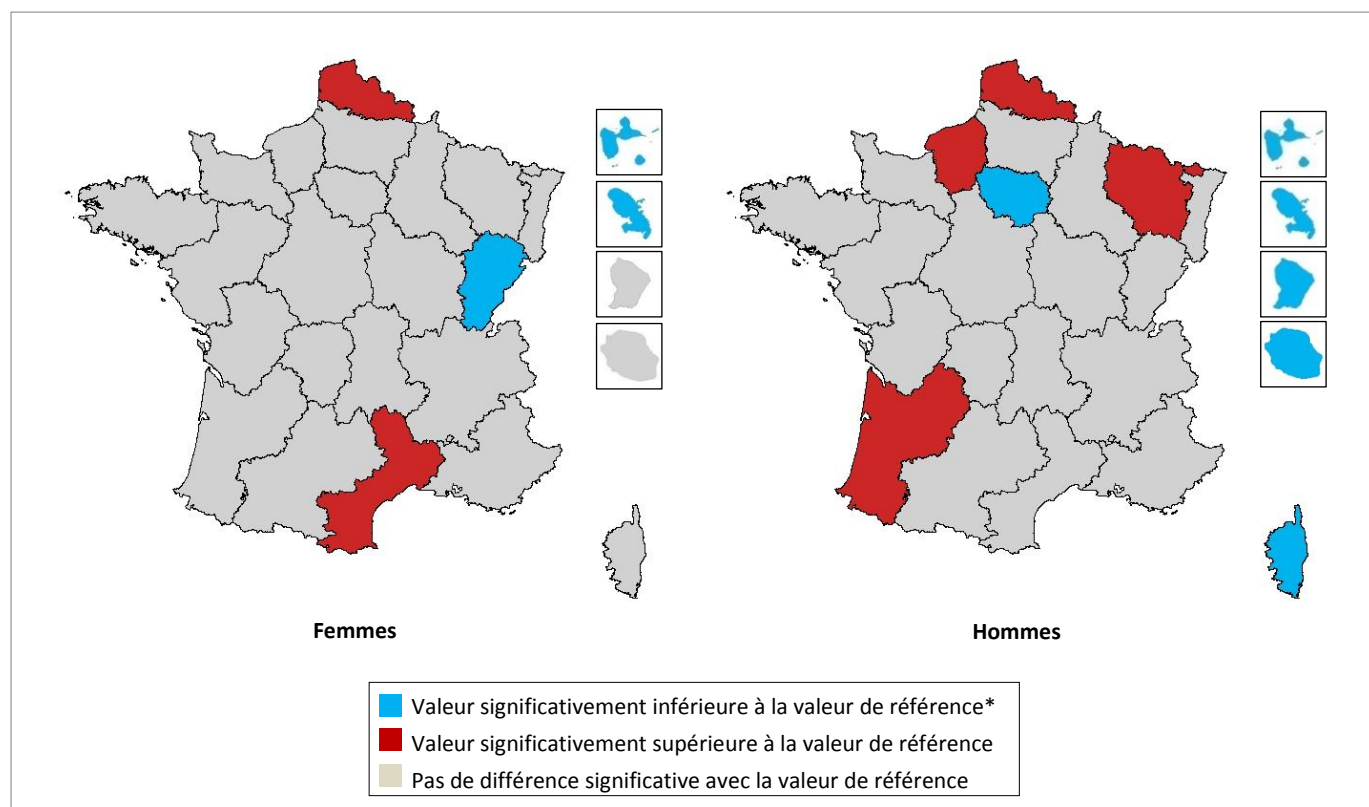
À retenir

- Le nombre d'admissions en affection de longue durée pour cancer du côlon-rectum s'élève à près de **35 000 par an**.
- Les **hommes sont plus touchés** que les femmes (53% des admissions).

En 2013 en France, le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour cancer du côlon-rectum (ALD n°30 et aux codes CIM10 = C18-C21) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie est de 18 384 hommes (dont 34% âgés de moins de 65 ans) et de 16 319 femmes (dont 32% âgées de moins de 65 ans).

En 2012, le taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour cancer du côlon-rectum s'élève à 48,8 pour 100 000 femmes en France et s'échelonne de 32,9 (en Guyane) à 53,6 (dans le Nord-Pas-de-Calais). Les régions du Nord-Pas-de-Calais et du Languedoc-Roussillon présentent des taux d'admission en ALD significativement supérieurs à la moyenne hexagonale (Figure 72). A l'inverse, la Franche-Comté, la Guadeloupe et la Martinique présentent des taux d'admission en ALD significativement inférieurs à la moyenne hexagonale. Chez les hommes, le taux standardisé d'admission en ALD s'élève à 72,9 pour 100 000 hommes en France et s'échelonne de 43,3 (en Guyane) à 80,6 (dans le Nord-Pas-de-Calais). Les régions Aquitaine, Lorraine, Haute-Normandie et Nord-Pas-de-Calais présentent des taux d'admission en ALD significativement supérieurs à la moyenne hexagonale (Figure 72). Au contraire, six régions sont concernées par des taux inférieurs à la moyenne hexagonale (Île-de-France, Corse et régions d'outre-mer).

Figure 72 - Taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour cancer du côlon-rectum en 2012 selon le sexe et les anciennes régions administratives* (pour 100 000 personnes)



*Valeur de référence : 49,0 pour 100 000 femmes et 73,3 pour 100 000 hommes en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

Incidence du cancer du côlon-rectum (InVS)

À retenir

- L'incidence moyenne du cancer du côlon-rectum s'élève à près de **42 000 cas par an**.
- Les **hommes sont plus touchés** que les femmes (54% des cas).

Selon les estimations réalisées par l'Invs sur la période 2008-2010, à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), l'incidence annuelle moyenne du cancer du côlon-rectum s'élève à 41 526 cas en France métropolitaine, dont 54% d'hommes.

Le taux d'incidence standardisé en France métropolitaine s'élève à 37,9 pour 100 000 hommes et à 24,2 pour 100 000 femmes (Tableau 65). Au niveau régional, les taux standardisés s'échelonnent de 32,1 en Corse à 41,7 en Pays de la Loire chez les hommes, et de 20,8 en Basse-Normandie à 25,4 en Haute-Normandie chez les femmes.

**Tableau 65 : Estimation de l'incidence du cancer du côlon-rectum en 2008-2010
selon les anciennes régions administratives**

	Hommes		Femmes	
	Nombre de cas [IP]	TSM [IP] (pour 100 000 hommes)	Nombre de cas [IP]	TSM [IP] (pour 100 000 femmes)
France métropolitaine	22 562 [21 936; 23 205]	37,9 [36,8 ; 39,0]	18 964 [18 571 ; 19 364]	24,2 [23,6 ; 24,8]
Alsace	620 [575 ; 669]	37,4 [34,7 ; 40,4]	481 [457 ; 507]	22,2 [20,9 ; 23,5]
Aquitaine	1 413 [1 336 ; 1 494]	40,6 [38,3 ; 42,9]	1 159 [1 116 ; 1 203]	25,2 [24,1 ; 26,3]
Auvergne	581 [544 ; 621]	38,5 [36,0 ; 41,2]	450 [426 ; 475]	22,1 [20,7 ; 23,5]
Basse-Normandie	525 [489 ; 563]	33,7 [31,3 ; 36,2]	438 [415 ; 463]	20,8 [19,5 ; 22,1]
Bourgogne	687 [645 ; 731]	37,2 [34,9 ; 39,7]	577 [550 ; 606]	24,4 [23,0 ; 25,8]
Bretagne	1 235 [1 167 ; 1 307]	39,5 [37,3 ; 41,8]	1 030 [990 ; 1 071]	23,9 [22,8 ; 25,0]
Centre	1 050 [996 ; 1 108]	39,1 [37,0 ; 41,3]	786 [753 ; 820]	23,5 [22,4 ; 24,7]
Champagne-Ardenne	479 [447 ; 513]	36,8 [34,3 ; 39,4]	394 [372 ; 417]	24,1 [22,6 ; 25,7]
Corse	109 [97 ; 123]	32,1 [28,5 ; 36,1]	95 [85 ; 106]	23 [20,3 ; 26,1]
Franche-Comté	444 [414 ; 477]	37,8 [35,2 ; 40,6]	346 [326 ; 368]	23,3 [21,7 ; 24,9]
Haute-Normandie	648 [600 ; 700]	39,9 [36,9 ; 43,2]	550 [523 ; 578]	25,4 [24,0 ; 26,8]
Île-de-France	3 104 [2 970 ; 3 243]	35 [33,5 ; 36,6]	2 926 [2 845 ; 3 009]	24,6 [23,8 ; 25,4]
Languedoc-Roussillon	1 080 [1 019 ; 1 145]	37,9 [35,7 ; 40,2]	884 [848 ; 921]	24,5 [23,4 ; 25,6]
Limousin	351 [325 ; 380]	37,6 [34,7 ; 40,8]	293 [274 ; 313]	23,3 [21,5 ; 25,2]
Lorraine	908 [853 ; 967]	40,6 [38,1 ; 43,2]	711 [680 ; 743]	25,1 [23,8 ; 26,4]
Midi-Pyrénées	1 131 [1 073 ; 1 193]	36 [34,1 ; 38,0]	940 [903 ; 979]	23,2 [22,2 ; 24,3]
Nord-Pas-de-Calais	1 283 [1 196 ; 1 376]	40,1 [37,3 ; 43,0]	1 174 [1 131 ; 1 219]	25 [24,0 ; 26,1]
Pays de la Loire	1 413 [1 338 ; 1 492]	41,7 [39,4 ; 44,1]	1 093 [1 052 ; 1 135]	24,6 [23,5 ; 25,7]
Picardie	652 [609 ; 697]	38,6 [36,1 ; 41,3]	553 [527 ; 581]	25,1 [23,8 ; 26,5]
Poitou Charentes	800 [752 ; 851]	39,3 [36,8 ; 41,8]	637 [608 ; 668]	24,3 [23,0 ; 25,6]
PACA*	1 906 [1 806 ; 2 011]	36,6 [34,6 ; 38,6]	1 700 [1 645 ; 1 757]	24,9 [24,0 ; 25,9]
Rhône-Alpes	2 142 [2 043 ; 2 246]	37,4 [35,7 ; 39,3]	1 748 [1 693 ; 1 806]	23,7 [22,8 ; 24,6]

*PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur - IP : intervalle de prédiction ; TSM : taux standardisé monde.

Sources : Francim, PMSI – exploitation Invs.

MALADIE DE PARKINSON

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur la maladie de Parkinson

À retenir

- La **pratique régulière d'activité physique** serait associée à une **diminution de l'incidence** de la maladie de Parkinson.
- L'**inactivité physique augmenterait les risques**.

La maladie de Parkinson est une maladie chronique neurodégénérative touchant le système nerveux central. Elle se caractérise par un tremblement de repos, une hypertonie musculaire et une lenteur à l'initiation des mouvements avec une tendance à l'immobilité. Les symptômes sont dus à une disparition des neurones dopaminergiques au niveau de la substance noire probablement liée à une interaction entre l'environnement et

des facteurs génétiques. Les personnes âgées sont la population la plus touchée par cette maladie avec un pic de fréquence autour de 70 ans. Mais dans moins de 10% des cas, celle-ci se déclare chez des sujets jeunes âgés de moins de 40 ans. Selon l'expertise de l'Anses (2016), la pratique régulière d'activité physique serait associée à une diminution de l'incidence de la maladie de Parkinson, alors que l'inactivité augmenterait les risques pour cette pathologie. L'effet de la sédentarité sur le risque d'apparition des pathologies neurodégénératives a été peu étudié et les données ne permettent pas à ce jour de conclure.

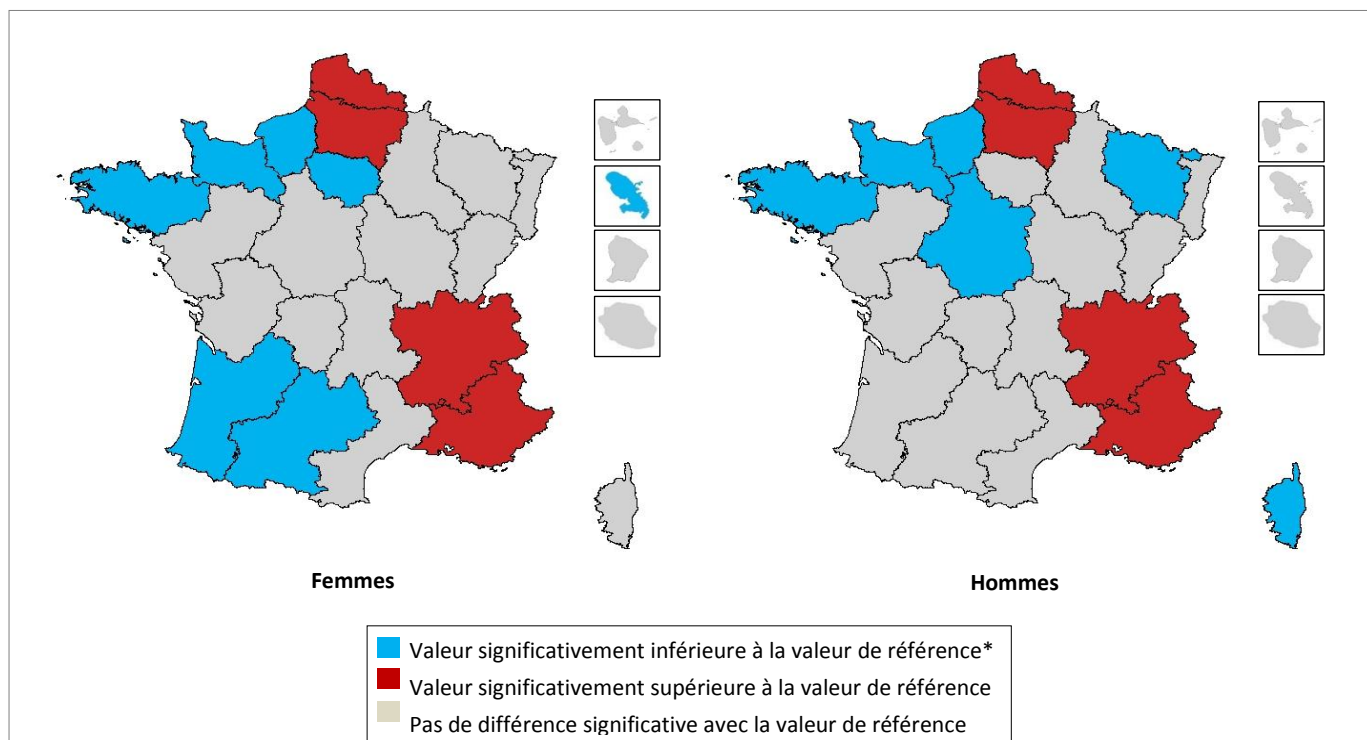
Admissions en ALD pour maladie de Parkinson (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

À retenir

- Le nombre d'admissions en ALD pour maladie de Parkinson s'élève à près de **19 000 par an**.
- Les **hommes sont plus nombreux** que les femmes (54% des admissions).
- Les régions les plus touchées se situent **au nord et au sud-est de la France**.

En 2013 en France, le nombre de personnes admises en ALD pour maladie de Parkinson (ALD n°16) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie est de 10 103 hommes (dont 18% âgés de moins de 65 ans) et de 8 590 femmes (dont 14% âgées de moins de 65 ans). En 2012, le taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour maladie de Parkinson s'élève à 24,9 pour 100 000 femmes en France et s'échelonne de 13,0 (en Guyane) à 29,9 (en Picardie). Quatre régions, situées dans le nord et dans le sud-est, présentent des taux d'admission en ALD significativement supérieurs à la moyenne hexagonale (Figure 73). A l'inverse, sept régions présentent un taux significativement inférieur à la moyenne hexagonale. Chez les hommes, le taux standardisé d'admission en ALD s'élève à 41,0 pour 100 000 hommes en France et s'échelonne de 25,2 (en Guyane) à 51,9 (en Guadeloupe). Les quatre mêmes régions que chez les femmes présentent des taux d'admission en ALD significativement supérieurs à la moyenne hexagonale (Figure 73). Six régions sont concernées par des taux inférieurs à la moyenne hexagonale, situées principalement dans la moitié nord de la France et en Corse.

Figure 73 - Taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour maladie de Parkinson en 2012 selon le sexe et les anciennes régions administratives* (pour 100 000 personnes)



*Valeur de référence : 24,9 pour 100 000 femmes et 41,0 pour 100 000 hommes en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

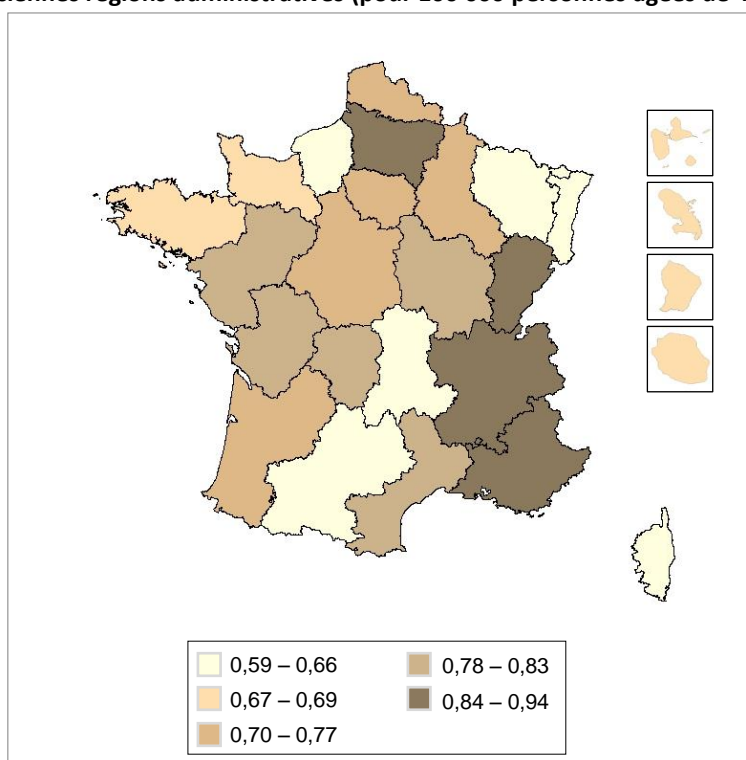
Incidence de la maladie de Parkinson (InVS)

À retenir

- L'incidence moyenne de la maladie de Parkinson s'élève plus de **25 000 cas par an**.
- Les **hommes sont plus touchés** que les femmes (53% des cas et un taux d'incidence bien plus élevé).

Selon les estimations réalisées par l'Invs à partir des données disponibles dans le système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram), en 2012, l'incidence annuelle s'élève à 25 251 cas en France chez les personnes âgées de 40 ans et plus. Les hommes représentant un peu plus de la moitié des cas (13 274 cas), avec un taux d'incidence beaucoup plus élevée que chez les femmes (0,96 pour 1 000 hommes contre 0,61 pour 1 000 femmes). Certaines régions sont caractérisées par un taux d'incidence plus élevé : Provence-Alpes-Côte d'azur, Picardie, Rhône-Alpes et Franche-Comté (Figure 74).

Figure 74 - Taux standardisé d'incidence de la maladie de Parkinson, en 2012, selon les anciennes régions administratives (pour 100 000 personnes âgées de 40 ans ou plus)



Note : Pour les DOM, le taux d'incidence est calculé pour l'ensemble des DOM

Sources : Sniiram – Exploitation Invs

SCLÉROSE EN PLAQUES

Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur la sclérose en plaques

À retenir

- Les **femmes sont plus atteintes** que les hommes par la sclérose en plaques.

La sclérose en plaques est une maladie neurologique chronique qui touche le système nerveux central. D'origine auto-immune, elle provoque des lésions inflammatoires au niveau du cerveau, de la moelle épinière, ou du nerf optique. Les symptômes de la sclérose en plaques sont hétérogènes : atteinte visuelle, faiblesse musculaire, incapacité à marcher, troubles sphinctériens... Ils varient d'un patient à l'autre et d'un moment à l'autre au cours de la maladie qui évolue

généralement par poussées (avec rémission) et quelquefois sur un mode progressif. L'âge moyen du début des symptômes se situe entre 20 et 40 ans. Les femmes sont plus atteintes que les hommes. Les mécanismes immunologiques impliqués ne sont pas encore tous compris, mais de multiples facteurs contribuent à la maladie : des facteurs génétiques propres à l'individu et des facteurs liés à l'environnement. La sclérose en plaques n'est pas une maladie héréditaire, mais une prédisposition individuelle est soupçonnée. Parmi les facteurs environnementaux suspectés actuellement, on retient essentiellement un taux faible d'ensoleillement, un déficit chronique en vitamine D, et le tabac. Une activité physique adaptée permettrait par ailleurs d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de sclérose en plaques.

Admissions en ALD pour sclérose en plaques (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

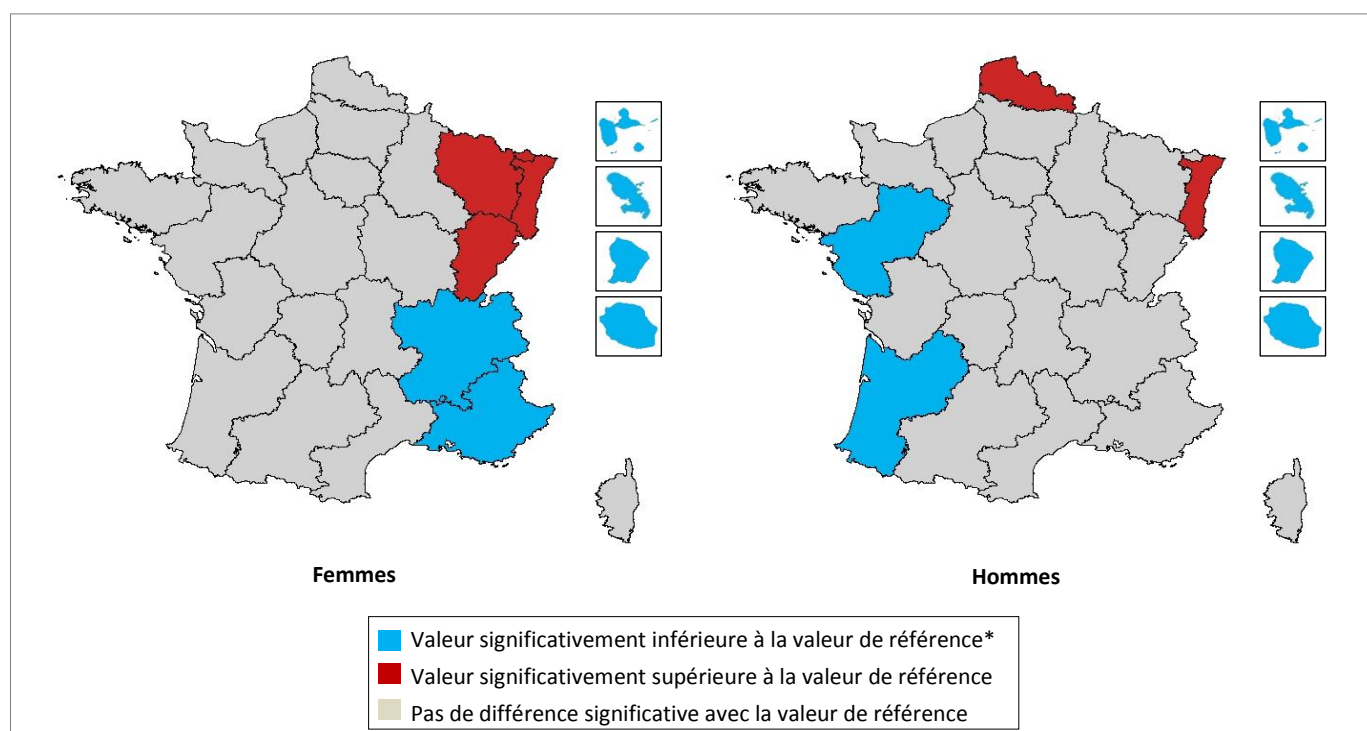
À retenir

- Le nombre d'admissions en ALD pour sclérose en plaques s'élève à plus de **5 000 par an**.
- Les **femmes sont plus touchées** que les hommes (72% des admissions).
- Les régions les plus touchées se situent **au nord et au sud-est de la France**.

En 2013 en France entière, le nombre de personnes admises en ALD pour sclérose en plaques (ALD n°25) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie est de 1 640 hommes (dont 93,2% âgés de moins de 65 ans) et de 3 912 femmes (dont 94,4% âgées de moins de 65 ans).

En 2012, le taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour sclérose en plaques s'élève à 12,6 pour 100 000 femmes en France et s'échelonne de 2,2 (en Guyane) à 17,6 (en Franche-Comté) (Figure 75). Trois régions, situées dans le Nord-Est, présentent des taux d'admission en ALD significativement supérieurs à la moyenne hexagonale. A l'inverse, six régions situées dans le Sud-Est et en outre-mer présentent des taux significativement inférieurs à la moyenne. Chez les hommes, le taux standardisé d'admission en ALD pour sclérose en plaques s'élève à 5,4 pour 100 000 hommes et s'échelonne de 0,6 (en Guyane) à 7,5 (en Alsace). Les régions Alsace et Nord-Pas-de-Calais présentent des taux d'admission en ALD significativement supérieurs à la moyenne alors que l'Aquitaine, le Pays de la Loire et les régions d'outre-mer sont concernés par des taux inférieurs.

Figure 75 - Taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour sclérose en plaques en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)



*Valeur de référence : 12,9 pour 100 000 femmes et 5,5 pour 100 000 hommes en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

BIBLIOGRAPHIE

Rapports d'expertise

Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. *Rapport d'expertise collective*. Février 2016.

Inserm. *Activité physique. Contextes et effets sur la santé*. Expertise collective, Paris, Éd. Inserm, 2008: 811 p.

Baromètre santé nutrition

Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité dans la région Nord-Pas de Calais, Agence régionale de santé Nord Pas De Calais, 2009.

Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Haute-Normandie, Observatoire régional de la santé Haute-Normandie, 2010.

Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Champagne-Ardenne, Observatoire Régional de Santé Champagne-Ardenne, 2009.

Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Languedoc-Roussillon, Observatoire Régional de Santé Languedoc-Roussillon, 2010.

Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Observatoire Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010.

Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Picardie, Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie, 2013.

Baromètre santé Résultats thématiques, Activité physique, pratique sportive et sédentarité, Observatoire régional de la santé et du social de Picardie, 2009.

Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Île-de-France, Observatoire Régional de Santé Île-de-France, 2010.

Escalon H, Bossard C, Beck F dir. *Baromètre santé nutrition 2008*. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p.

Étude nationale nutrition santé

Salanave B, Verdout C, Deschamps V, Vernay M, Hercberg S, Castetbon K. *La pratique de jeux en plein air chez les enfants de 3 à 10 ans dans l'Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006-2007)*. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(30-31):561-70.

Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen). *Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) – Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)*. Institut de veille sanitaire, Université de Paris 13, Conservatoire national des arts et métiers, 2007. 74 p. Disponible sur www.invs.sante.fr

Enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés

Badéyan G, Guignon N (2002) *La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire*. Études et résultats n°155, Drees.

Chardon O, Guignon N, de Saint Pol T, Guthmann J-P, Ragot M, Delmas M-C, Paget L-M, Perrine A-L, Thélot B (2015) *La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge*. Études et résultats, n°920, Drees.

Chardon O, Guignon N, Delmas M-C, Fonteneau L, Guthmann J-P (2014) *La santé des adolescents scolarisés en classe de 3ème*. Études et résultats n°865, Drees.

Chardon O, Guignon N, Delmas M-C, Fonteneau L, Guthmann J-P (2013) *La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : Une situation contrastée selon l'origine sociale*. Études et résultats n°853, Drees.

De Perreti C, Castetbon K (2004) *Surpoids et obésité chez les adolescents scolarisés en classe de troisième*. Études et résultats n°283, Drees.

Guignon N, (2017) *La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale*. Études et résultats n°993, Drees.

Guignon N, Collet M, Gonzalez L (2010) *La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006*. Études et résultats, n°737, Drees.

Guignon N, Herbet J-B, Fonteneau L, Guthmann J-P (2008) *La santé des adolescents des classes de CM2 en 2004-2005 : Premiers résultats*. Études et résultats n°632, Drees.

Guignon N, Herbet J-B, Danet S, Fonteneau L (2007) *La santé des adolescents des classes de 3ème en 2003-2004 : Premiers résultats*. Études et résultats n°573, Drees.

Guignon N, Niel X (2003) *L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions : Les disparités régionales appréhendées au travers des bilans de santé scolaire*. Études et résultats, n°250, Drees.

Labeyrie C, Niel X (2004) *La santé des enfants scolarisés en CM2 à travers les enquêtes de santé scolaire en 2001-2002*. Études et résultats, n°313, Drees.

Enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children*

Génolini J.-P, Ehlinger V, Escalon H, Godeau E. *La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Habitudes alimentaires, activité physique et sédentarité*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 6 p.

Godeau E, Navarro F, Arnaud C dir. *La santé des collégiens en France / 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012 : 254 p.

Enquête HBSC 2007 en Lorraine, Santé et modes de vie des élèves âgés de 11, 13 et 15 ans, École de Santé Publique et Rectorat de l'Académie Nancy-Metz , 2010.

Enquête HBSC 2012 en Alsace, Nutrition : alimentation et activités physiques, Observatoire Régional de Santé Alsace, 2013.

Enquête HBSC 2008, La santé des adolescents de 11 à 15 ans en Midi-Pyrénées, Indicateurs et comportements de santé, Observatoire régional de santé Midi-Pyrénées, 2008.

La santé des adolescents de 11, 13 et 15 ans en Poitou-Charentes, Observatoire Régional de Santé Poitou-Charentes, 2008.

Enquête nationale transports et déplacements

La Revue du CGDD, *La mobilité des Français Panorama issu de l'enquête nationale transports et déplacements 2008*, Collection « La Revue » du Service de l'Observation et des Statistiques (SOeS) du Commissariat Général au Développement Durable (CGDD), 2010.

Armoogum J. et Roux S. (2012), *Mise en perspective des Enquêtes Nationales Transports 1973-74, 1981- 82, 1993-94 et 2007-08*, Rapport final IFSTTAR.

Certu, *L'enquête déplacements villes moyennes « standard Certu »*, Guide méthodologique, mars 2010

Certu, *L'enquête ménages déplacements « standard Certu »*, Guide méthodologique, mai 2008

Certu, *Enquêtes ménages déplacements "standard Certu" - Complément méthodologique pour les territoires périurbains et ruraux*, mars 2013

Enquête Obépi

Obépi-Roche (2012) *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Inserm/Kantarhealth/Roche.

Obépi-Roche (2009) *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Inserm/TNS Healthcare (Kantarhealth)/Roche.

<http://www.roche.fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>

Enquête Pratique sportive des jeunes

Moreau A., Pichault A., Truchot G. *Le sport chez les jeunes de 12 à 17 ans*, Sports Stat-Info n° 02-04 (octobre 2002) ; Mission statistique du Ministère des Sports

Muller I. *La pratique sportive des jeunes dépend avant tout de leur milieu socioculturel*, Sports Stat-Info n° 03-07 (novembre 2003) ; Mission statistique du Ministère des Sports

Chardon, Benoît *Premiers résultats de l'enquête sur la pratique sportive des Franciliens en 2007*, Les Dossiers de l'IRDS, no 4, juill. 2008.- 12 p.

Les dossiers de l'IRDS (7), *La pratique sportive dans les départements franciliens*, Octobre 2009

CNDS/Direction des Sports, INSEP, MEOS, Enquête «Pratiques physique et sportive en France 2010»

Recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées

Cléron E., Stat-Info n° 13-03 (août 2013) ; Mission des études, de l'observation et des statistiques (MEOS)

Panorama Statistique Jeunesse / Sports / Cohésion sociale – Les régions françaises 2014, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ; Directions régionales de la jeunesse, de la cohésion social et des sports ; Mission des études, de l'observation et des statistiques ; Février 2015

Rapport annuel 2015, Observatoire national de la politique de la ville

Rapport 2012, Observatoire national des zones urbaines sensibles

Autres enquêtes, études

Chardon B., *Que font les jeunes franciliens quand ils ne sont pas à l'école?* Les dossiers de l'IRDS n°30, mars 2015

Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, Féron V, Vincelet C. *Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005*. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2013. 186 p.

Fourage C, Vincelet C, Richard G, Thery A, Dabbas M, Chatignoux E, Saunal A, Grémy I. (2010) *Surpoids et obésité : Importance du problème chez les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris en 2009*. Observatoire régional de santé d'Île-de-France

Lafay L, Bénétiér C, Berin M. *Étude individuelle nationale des consommations alimentaires : 2006-2007 (INCA 2)*, 2009, 227 p.

Autres publications

Amadou A, Ferrari P, Muwonge R, Moskal A, Biessy C, et al. (2013) *Overweight, obesity and risk of premenopausal breast cancer according to ethnicity: a systematic review and dose-response meta-analysis*. *Obes Rev* 14: 665-678.

Colonna M, Chatignoux E, Remontet L, et al. *Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. 50 p.

Haute autorité de santé (France). *Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS)*. HAS ; 2013.

INCa, *Les cancers en France, Les Données*, janvier 2014.

Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, 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.

Li, J., et J. Siegrist. 2012. *Physical Activity and Risk of Cardiovascular Disease--a Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9 (2): 391-407.

Lynch, B.M., H.K. Neilson, et C.M. Friedenreich. 2011. « Physical Activity and Breast Cancer Prevention ». *Recent Results in Cancer Research. Fortschritte Der Krebsforschung. Progrès Dans Les Recherches Sur Le Cancer* 186: 13-42

Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, et al. (2002) *Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative* (United States). *Cancer Causes Control* 13: 741-751.

Saidj et al., Descriptive study of sedentary behaviours in 35,444 French working adults: cross-sectional findings from the ACTI-Cités study. *BMC Public Health* (2015) 15:379

World Cancer Research Fund, (WCRF), American Institute for Cancer Research, (AICR). *Continuous Update Project Report Summary. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of colorectal cancer*. 2011.

Wolin et al. 2009

Wu, Y., D. Zhang, et S. Kang. 2013. « Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies ». *Breast Cancer Res Treat* 137 (3): 869-82.

Sites internet

<https://www.anses.fr/>

<https://www.data.gouv.fr/>

<http://www.insee.fr/>

<http://www.cepidc.inserm.fr/>

<http://www.santepubliquefrance.fr>

<http://www.scoresante.org/>

<http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/>

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ALD : Affection de longue durée

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSP : Agence nationale de santé publique

ATP : Autres types de participation

AVC : Accident vasculaire cérébral

Cerfa : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

Certu : Centre d'études sur les réseaux de transport et l'urbanisme

Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

CNRSI : Caisse nationale du régime social des indépendants

Dar : Département de l'action régionale

Det : Division des études territoriales

DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

DJEPVA : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

Dress : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EDGT : Enquête déplacements grands territoires

EDVM : Enquête déplacements villes moyennes

EMD : Enquête ménages déplacements

ENNS : Étude nationale nutrition santé

Fnors : Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé

Francim : France-cancer-incidence et mortalité

Gpaq : Global Physical Activity Questionnaire

HAS : Haute autorité de santé

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Inrets : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

IOTF : International Obesity Task Force

Ipaq : International Physical Activity Questionnaire

IRDS : Institut Régional de Développement du Sport

MEOS : Mission des études et de l'observation statistique

MET : Metabolic equivalent task

ObEpi : Obésité épidémiologique

ORS : Observatoire régional de santé

PCS : Profession et catégorie socioprofessionnelle

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PNNS : Plan national nutrition santé

RES : Recensement des équipements sportifs

SOeS : service de l'Observation et des Statistiques

Sniiram : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie

WCRF : World Cancer Research Fund International

YRBSS : Youth Risk Behaviour Surveillance System

Zéat : zone d'études et d'aménagement du territoire

Zus : Zone urbaine sensible

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Pratiques d'activité physique chez les enfants de 3 à 10 ans selon le sexe et l'âge en 2006 (en %)..	12
Tableau 2 : Enfants de 3 à 10 ans ayant pratiqué des jeux en plein air au moins pendant deux jours d'école la semaine précédente, selon le contexte d'habitat, en 2006 (en %)	12
Tableau 3 : Indices d'activité physique selon le sexe, chez les adolescents de 11 à 14 ans, en 2006-2007	15
Tableau 4 : Adolescents de 12 à 17 ans pratiquant une activité physique plus d'une heure par jour, selon le sexe (en %)	16
Tableau 5 : Durée moyenne d'activité physique par jour selon le contexte de pratique, chez les adolescents de 12 à 17 ans (en minutes)	16
Tableau 6 : Connaissance des recommandations sur l'activité physique chez les adolescents de 12 à 17 ans selon le sexe (en %)	17
Tableau 7 : Fréquence de la pratique d'une activité physique d'au moins une heure par jour chez les collégiens, en fonction du sexe et de la classe, en 2010 (en %)	17
Tableau 8 : Collégiens pratiquant au moins une heure d'activité physique par jour au moins cinq jours par semaine, en fonction du sexe, de l'âge et de la région (en %)	18
Tableau 9 : Durée moyenne d'activité physique par jour selon le contexte de pratique, chez les jeunes adultes et adolescents de 15 à 25 ans en 2008 (en minutes)	19
Tableau 10 : Adultes de 18 à 79 ans pratiquant une activité physique favorable à la santé selon le sexe et l'âge en 2006-2007 (en %)	21
Tableau 11 : Adultes de 15 à 75 ans selon le niveau d'activité physique et le sexe en 2008 (en %)	21
Tableau 12 : Niveau d'activité physique élevé selon le sexe, l'âge et la région (en %)	22
Tableau 13 : Niveau d'activité physique limité selon le sexe, l'âge et la région (en %)	22
Tableau 14 : Adultes de 18 à 75 ans avec un niveau d'activité physique élevé, selon le contexte d'habitat et la région (en %)	23
Tableau 15 : Taux de pratique d'une activité physique des adultes de 15 à 75 ans selon le contexte et le sexe, en 2008 (en %)	23
Tableau 16 : Durée moyenne d'activité physique par jour chez les personnes de 15 à 75 ans selon le contexte de pratique, le sexe et l'âge, en 2008 (minutes)	24
Tableau 17 : Contexte de pratique d'activité physique chez les personnes de 15 à 75 ans, selon l'âge et le sexe en 2008 (en %)	24
Tableau 18 : Activité physique intense au travail chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %)	25
Tableau 19 : Activité physique intense lors des loisirs chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %)	26
Tableau 20 : Activité physique liée aux déplacements (trajets d'au moins 10 minutes) chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le sexe, l'âge et la région (en %)	26
Tableau 21 : Connaissance des recommandations sur l'activité physiques chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le sexe, l'âge et la région (en %)	27
Tableau 22 : Connaissance des recommandations sur l'activité physiques chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le niveau d'activité physique (en %)	28
Tableau 23 : Enfants de 3 à 10 ans ayant pratiqué des jeux en plein air au moins pendant deux jours d'école la semaine précédente, selon la situation de la personne de référence du ménage, en 2006 (en %)	30
Tableau 24 : Activité physique intense au travail selon le niveau de diplôme chez les personnes de 18 à 75 ans et la région (en %)	32
Tableau 25 : Activité physique intense lors des loisirs selon le niveau de diplôme chez les personnes de 18 à 75 ans et la région (en %)	32
Tableau 26 : Sédentarité chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, selon le sexe et l'âge, en 2006-2007	35
Tableau 27 : Sédentarité selon les gradients géographiques est-ouest et nord-sud* chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, en 2006-2007	36

Tableau 28 : Temps passé devant des écrans* chez les enfants scolarisés, selon le niveau scolaire et le type de journée (en %)	36
Tableau 29 : Nombre d'heures passées en moyenne (semaine et week-end) devant un écran* chez les collégiens, en fonction du sexe et de la classe, en 2014 (en %)	37
Tableau 30 : Sédentarité selon le sexe et l'âge, chez les adultes de 18 à 79 ans, en 2006-2007	39
Tableau 31 : Sédentarité (plus de 4 heures assis ou allongé) selon le sexe, l'âge et la région (en %)	40
Tableau 32 : Sédentarité (plus de 4 heures assis ou allongé) chez les adultes de 18 à 75 ans selon le niveau d'activité physique et la région (en %)	41
Tableau 33 : Distribution des comportements sédentaires des actifs les jours travaillés selon certaines caractéristiques socio-démographiques (nbre d'heures/jour)	42
Tableau 34 : Distribution des comportements sédentaires des actifs les jours non travaillés selon certaines caractéristiques socio-démographiques (nbre d'heures/jour)	42
Tableau 35 : Temps passé devant des écrans* par des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013, selon leur statut pondéral (en %)	43
Tableau 36 : Temps passé devant des écrans* par des enfants scolarisés en classe de CM2	44
Tableau 37 : Temps passé devant des écrans* par des enfants scolarisés en classe de troisième	44
Tableau 38 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le temps passé devant un écran les jours avec école, en classe de CM2 et de troisième (%)	45
Tableau 39 : Sédentarité chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, selon le niveau d'éducation du représentant du mineur, en 2006-2007	46
Tableau 40 : Habitudes de vie concernant les écrans* des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013, selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %)	46
Tableau 41 : Temps passé devant un écran* les jours avec école par des enfants scolarisés en classe de CM2 en 2007-2008, selon le groupe socioprofessionnel des parents	47
Tableau 42 : Sédentarité selon le niveau d'éducation, chez les adultes de 18 à 79 ans, en 2006-2007	48
Tableau 43 : Sédentarité (plus de 4 heures assis ou allongé) chez les adultes de 18 à 75 ans selon le niveau de diplôme et la région (en %)	48
Tableau 44 : Mode de transport pour se rendre à l'école chez les enfants de 3 à 10 ans, en 2006 (en %)	49
Tableau 45 : Collégiens déclarant se rendre à l'école (aller et retour) de manière active (marche ou vélo), selon la région (en %)	50
Tableau 46 : Collégiens alsaciens, selon le mode de déplacement pour les trajets domicile-collège et le sexe en 2014 (en %)	51
Tableau 47 : Pratique d'un sport en dehors de l'école chez les enfants de 3 à 10 ans selon le sexe et l'âge en 2006 (en %)	64
Tableau 48 : Pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe pour les enfants scolarisés en classe de troisième en 2008-2009 (en %)	65
Tableau 49 : Pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe pour les enfants scolarisés en classe de troisième, selon leur statut pondéral en 2008-2009 (en %)	69
Tableau 50 : Pratique régulière d'un sport en dehors des horaires de classe pour les enfants scolarisés en classe de troisième en 2008-2009, selon le groupe socioprofessionnel des parents (en %)	69
Tableau 51 : Taux de pratique sportive des jeunes de 12 à 17 ans selon le sexe en 2001 (en %)	70
Tableau 52 : Prévalences du surpoids, de l'obésité et de la surcharge pondérale* chez les enfants de 3 à 17 ans selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)	72
Tableau 53 : Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2000 et 2013 en grande section de maternelle	73
Tableau 54 : Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2002 et 2015 en CM2	74
Tableau 55 : Évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité entre 2001 et 2009 en classe de troisième	76
Tableau 56 : Fréquence de l'obésité, du surpoids, de la corpulence normale et de la minceur* selon la classe et le sexe en 2010 (en %)	77
Tableau 57 : Prévalence du surpoids et de l'obésité selon le sexe et l'âge (en %)	78
Tableau 58 : Image du corps selon le statut pondéral en 2010 (en %)	78

Tableau 59 : Prévalences du surpoids, de l'obésité et de la surcharge pondérale chez les adultes de 18-79 ans selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)	81
Tableau 60 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, selon le groupe socioprofessionnel des parents des enfants en grande section de maternelle	82
Tableau 61 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité, selon le type d'école fréquentée en grande section de maternelle	82
Tableau 62 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents et le type d'école fréquentée en CM2	83
Tableau 63 : Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité selon le groupe socioprofessionnel des parents et le type de collège fréquenté en troisième	83
Tableau 64 : Estimation de l'incidence du cancer du sein en 2008-2010 selon les anciennes régions administratives	100
Tableau 65 : Estimation de l'incidence du cancer du côlon-rectum en 2008-2010 selon les anciennes régions administratives	104
Tableau 66 : Sources de données selon les chapitres du rapport	118

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Enfants de 3 à 10 ans* selon la pratique de jeux en plein air, le sexe et le type de jour, en 2006-2007 (en %)	13
Figure 2 - Enfants de 3 à 10 ans scolarisés, selon le type de jeux entrepris à la récréation et le sexe, en 2006-2007 (en %)	13
Figure 3 - Adolescents de 11 à 14 ans* selon le temps hebdomadaire moyen minimum d'activité physique d'intensité au moins modérée et selon le sexe, en 2006 (en %)	14
Figure 4 - Adolescents de 11 à 14 ans* selon la fréquence des cours d'éducation physique à l'école et selon le sexe, en 2006-2007 (en %)	15
Figure 5 - Adolescents de 15 à 17 ans selon le niveau d'activité physique et le sexe en 2006	19
Figure 6 - Adultes de 18 à 74 ans selon le niveau d'activité physique, le sexe et l'âge en 2006 (en %)	20
Figure 7 - Adultes de 15 à 75 ans selon le niveau d'activité physique, le sexe et l'âge en 2008 (en %)	21
Figure 8 - Contextes de pratique d'activité physique selon les niveaux d'activité physique chez les personnes de 15 à 75 ans en 2008 (en %)	25
Figure 9 - Nombre hebdomadaire de jours avec pratique de jeux en plein air selon la corpulence et le type de jour, chez les enfants de 3 à 10 ans, en 2006 (en %)	29
Figure 10 - Enfants de CE2 actif le week-end selon le type de quartier et le sexe, en 2009 (en %)	30
Figure 11 - Adultes de 18 à 79 ans pratiquant une activité physique favorable à la santé selon le sexe et le niveau d'éducation en 2006-2007 (en %)	31
Figure 12 - Enfants et adolescents de 3 à 17 ans selon le temps quotidien moyen passé devant un écran* et selon le sexe et l'âge, en 2006 (en %)	34
Figure 13 - Enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant passé 3 heures ou plus en moyenne par jour devant la télévision ou l'ordinateur, selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)	35
Figure 14 - Adultes de 18 à 74 ans selon le temps quotidien moyen passé devant un écran* et selon le sexe et l'âge, en 2006 (en %)	38
Figure 15 - Adultes de 18 à 79 ans ayant passé trois heures ou plus en moyenne par jour devant la télévision ou l'ordinateur selon le sexe et l'âge, en 2006-2007 (en %)	39
Figure 16 - Temps passé assis ou allongé chez les personnes de 15 à 75 ans, selon le sexe et l'âge, en 2008 (minutes par jour)	40
Figure 17 - Temps passé devant un écran* supérieur à une heure chez les enfants de CE2 selon le type de jour, le type de quartier et le sexe, en 2009 (en %)	47
Figure 18 - Enfants de 3 à 10 ans scolarisés* en fonction du moyen de transport le plus couramment utilisé pour aller à l'école, selon le sexe, en 2006-2007 (en %)	49
Figure 19 - Adolescents de 11 à 14 ans* en fonction du moyen de transport le plus couramment utilisé pour aller à l'école, selon le sexe, en 2006-2007 (en %)	50

Figure 20 - Mode de transport principal pour les déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon le sexe, en 2008 (en %)	52
Figure 21 - Mode de transport principal pour les déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon l'âge, en 2008 (en %).....	52
Figure 22 - Distance entre le domicile et le lieu d'études ou de garde, en 2008 (en %).....	53
Figure 23 - Temps (en minutes) à l'aller pour se rendre sur le lieu d'études ou de garde, en 2008 (en %)	53
Figure 24 - Évolution des déplacements pour se rendre sur le lieu d'études, entre 1982 et 2008 selon le mode de transport (en %)	54
Figure 25 - Part de la marche et du vélo dans les déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon la catégorie de la commune du domicile (en %).....	54
Figure 26 - Part modale des déplacements domicile-études ou domicile-lieu de garde, selon les Zéat françaises, en 2008 (en %)	55
Figure 27 - Part des jeunes scolarisés hors de la commune de résidence* en 2012 (en %).....	56
Figure 28 - Part modale des déplacements en 2008 (en %).....	56
Figure 29 - Modes de déplacements selon l'âge en 2008 (en %).....	57
Figure 30 - Marche et vélo dans les déplacements locaux en semaine, selon le sexe et l'âge, en 1994 et 2008 (en %)	57
Figure 31 - Part modale des déplacements selon la catégorie de commune en 2008 (en %)	58
Figure 32 - Répartition selon le sexe et la catégorie de commune des modes actifs en 2008	58
Figure 33 - Part modale des déplacements dans les Zéat françaises en 2008 (en %).....	59
Figure 34 - Marche et vélo dans les Zéat françaises selon le sexe, en 2008 (en %).....	60
Figure 35 - Part du mode de transport selon la distance domicile-travail effectuée par les actifs ayant un emploi en 2015	61
Figure 36 - Mode de transport principal utilisé pour aller au travail selon le quartile de revenu par unité de consommation (en %).....	62
Figure 37 - Part de la marche et du vélo dans les déplacements locaux en semaine, selon la catégorie socioprofessionnelle (en %)	63
Figure 38 - Enfants de 3 à 10 ans* selon le nombre de cours ou entraînements de sport extra-scolaires et le sexe, en 2006-2007 (en %).....	65
Figure 39 - Licences sportives chez les 0-24 ans, selon le sexe et l'âge en 2013 (en %)	66
Figure 40 - Répartition des licences sportives par âge en 2013 (en %).....	66
Figure 41 - Licences sportives selon les nouvelles grandes régions administratives en 2013 (taux pour 100 habitants).....	67
Figure 42 - Équipements sportifs (hors sports de nature) selon les nouvelles grandes régions administratives en 2014 (taux pour 100 habitants)	68
Figure 43 - % d'enfants de 4 à 14 ans pratiquant souvent un type de loisirs selon le niveau d'études des parents	70
Figure 44 - Pratiques sportives en club ou association en dehors de l'école selon le type de quartier et le sexe en 2009 (en %)	71
Figure 45 - Prévalence de la surcharge pondérale en grande section de maternelle selon les anciennes régions administratives.....	73
Figure 46 - Prévalence de l'obésité en grande section de maternelle selon les régions administratives.....	74
Figure 47 - Prévalence de la surcharge pondérale en CM2 selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat)	75
Figure 48 - Prévalence de l'obésité en CM2 selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat) ...	75
Figure 49 - Prévalence de la surcharge pondérale en classe de troisième selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat).....	76
Figure 50 - Prévalence de l'obésité en classe de troisième selon les zones d'études et d'aménagement du territoire (Zéat)	77
Figure 51 - Évolution entre 1997 et 2012 du pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus obèses* en France métropolitaine	79

Figure 52 - Pourcentage d'adultes de 18 ans ou plus obèses* en France métropolitaine selon les ex-régions administratives.....	80
Figure 53 - Prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants de 3 à 17 ans, selon le niveau d'éducation du représentant de l'enfant, en 2006-2007 (en %).....	81
Figure 54 - Corpulence* selon le type de quartier de scolarisation des enfants parisiens de grande section de maternelle en 2009 (en %).....	84
Figure 55 - Corpulence* selon le type de quartier de scolarisation des enfants parisiens de CE2 en 2009 (en %) ..	84
Figure 56 - Excès de poids des enfants en CE2 selon le type de quartier et la corpulence en grande section de maternelle en 2009 (en %).....	85
Figure 57 - Part de la population adulte obèse* selon le revenu mensuel net du foyer (en %)	86
Figure 58 - Surpoids et obésité chez les bénéficiaires de l'aide alimentaire selon le sexe	86
Figure 59 - Prévalence de l'obésité chez les adultes de 18-79 ans selon le sexe et le niveau d'éducation en 2006-2007 (en %)	87
Figure 60 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique entre 1982 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)	89
Figure 61 - Taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)	90
Figure 62 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour cardiopathies ischémiques en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)	91
Figure 63 - Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale entre 1982 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes).....	92
Figure 64 - Taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en 2012 selon le sexe*	93
Figure 65 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour accident vasculaire cérébral invalidant en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes).....	94
Figure 66 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour diabète de type 2 en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes).....	96
Figure 67 - Évolution des taux standardisés d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour diabète de type 2 en France entre 2006 et 2012, selon le sexe (pour 100 000 personnes).....	96
Figure 68 - Taux standardisé de mortalité par cancer du sein en 2012 chez les femmes* (pour 100 000 femmes)	98
Figure 69 - Taux standardisé d'admission en ALD chez les moins de 65 ans pour cancer du sein en 2012 chez les femmes* (pour 100 000 femmes).....	99
Figure 70 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer du côlon entre 1982 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)	101
Figure 71 - Taux standardisé de mortalité prématurée par cancer du côlon en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes)	102
Figure 72 - Taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour cancer du côlon-rectum en 2012 selon le sexe et les anciennes régions administratives* (pour 100 000 personnes).....	103
Figure 73 - Taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour maladie de Parkinson en 2012 selon le sexe et les anciennes régions administratives* (pour 100 000 personnes).....	105
Figure 74 - Taux standardisé d'incidence de la maladie de Parkinson, en 2012,.....	106
Figure 75 - Taux standardisé d'admission en ALD (tous âges) pour sclérose en plaques en 2012 selon le sexe* (pour 100 000 personnes).....	107

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 - Les écrans et les enfants : recommandations	33
Encadré 2 - Licence et licencié	64

SOURCES DES DONNÉES

Tableau 66 : Sources de données selon les chapitres du rapport

	Activité physique	Sédentarité	Transports actifs	Pratique sportive	Surpoids, obésité	Pathologies
Abena (Invs 2011-2012)					X	
Affections de longue durée issues des trois principaux régimes d'assurance maladie ²⁵						X
Baromètre santé nutrition (Inpes 2008)	X	X				
Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2 2006-2007)	X	X	X	X	X	
Étude nationale nutrition santé (ENNS 2006-2007)	X	X	X	X		
Enquêtes nationales sur la santé des enfants et adolescents scolarisés (Drees)	X	X		X	X	
Enquêtes ménages et déplacements			X			
Enquête nationale transports et déplacements			X			
Enquête internationale health behaviour in school-aged children (HBSC)	X		X	X	X	
Enquête Obépi					X	
Enquête sur la pratique sportive des Franciliens (IRDS)				X		
Enquête pratique sportive des jeunes (Ministère des sports)				X		
Recensement des équipements sportifs espaces et site de pratiques (Ministère des sports)				X		
Incidence des pathologies (SPF)						X
Mortalité (Inserm)						X
Recensement de la population			X			
Les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris (Mairie de Paris, ORS Île-de-France)	X	X			X	
Licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées (MEOS)				X		
Observatoire national de la politique de la ville				X		

²⁵ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Régime des indépendants, Mutualité sociale agricole

ABENA

Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/009-abena2011-2012.asp>

L'étude Abena 2011-2012 sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire a été réalisée de novembre 2011 à mi-avril 2012 dans six zones urbaines françaises (Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine) auprès de 2 019 adultes de 18 ans ou plus. Elle a été reconduite après une première enquête menée en 2004 et 2005 dans quatre zones urbaines communes (Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-St-Denis) auprès d'un échantillon de 1 164 personnes. Abena 2011-2012 a permis d'actualiser les données sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel de cette population mais aussi d'analyser les évolutions observées depuis 2004.

AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (PRINCIPAUX RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE)

Source : <http://www.score-sante.org/>

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Toute personne présentant les critères définis par décret pour chacune des pathologies figurant sur la liste des ALD peut bénéficier de cette prise en charge à 100% par l'assurance maladie. La liste dite ALD30, établie par décret après avis de la Haute autorité de santé (HAS), comprend 30 affections ou groupes d'affections.

Les personnes en ALD sont donc celles reconnues atteintes d'une affection de longue durée par les médecins-conseils du service du contrôle médical de l'assurance maladie. Parmi elles, certaines sont atteintes de plusieurs affections de longues durées.

Les admissions en ALD correspondent aux avis favorables donnés au cours d'une année pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée. Les avis favorables donnés aux demandes de renouvellement ne sont pas inclus. Il ne s'agit pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité. Les nombres d'admissions en ALD recensées par l'Assurance maladie sont inférieurs à la morbidité réelle. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer :

- le patient peut être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés,
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité). Des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir ; il est probable que les médecins sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour les personnes économiquement défavorisées,
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...),
- les médecins-conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques. De plus, l'admission peut survenir plus ou moins précocement suite au diagnostic, et par ailleurs, pour certaines affections, elle a lieu à des stades différents de la maladie.

Les données de ce document portent sur les données ALD30 issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes).

BAROMÈTRE SANTÉ NUTRITION 2008 (INPES)

Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-nutrition-2008/index.asp>

Réalisé pour la première fois en 1996 auprès de la population adulte (18 à 75 ans), le Baromètre santé nutrition a été reconduit en 2005 et en 2008 en l'étendant aux jeunes (12 à 75 ans). Cette étude vise à décrire les aliments consommés et la périodicité de ces consommations, à évaluer le contexte des prises alimentaires (rythme et structure des repas, convivialité...), à étudier les perceptions et les connaissances dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, à mesurer le niveau d'activité physique et de sédentarité, à étudier les

comportements d'achats et à évaluer l'impact de variables sociodémographiques (sexe, âge, diplôme, niveau de revenus...) sur l'ensemble de ces éléments.

Le Baromètre santé nutrition 2008 a fait l'objet d'une déclinaison dans plusieurs régions. Le Baromètre santé nutrition et les extensions régionales utilisent le questionnaire Gpaq²⁶ pour évaluer l'activité physique et la sédentarité.

Les indicateurs construits à partir de ce questionnaire (selon une méthodologie décrite par l'OMS) et étudiés lors des analyses sont les suivants :

- **Niveau d'activité physique totale élevé** : il correspond à une activité physique intense (qui essouffle ou qui accélère fortement le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 équivalents métaboliques (MET²⁷)-minutes par semaine OU au moins 7 jours de marche à pied et d'activité physique modérée (qui modifie légèrement la respiration ou le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3000 MET-minutes par semaine²⁸.
- **Niveau d'activité physique totale moyen** : le niveau d'activité est qualifié ainsi s'il ne correspond pas aux critères précédents ET si au moins un des 3 critères suivants est respecté : au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine OU au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine OU au moins 5 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes par semaine.
- **Niveau d'activité physique totale limité** : le niveau d'activité est qualifié ainsi s'il ne correspond ni au niveau d'activité physique élevé, ni au niveau d'activité physique moyen.
- **Temps moyen quotidien d'activité physique liée au travail**, correspondant à l'activité effectuée au travail (rémunéré ou non) et aux tâches domestiques.
- **Temps moyen quotidien d'activité physique liée aux loisirs**, correspondant à l'activité réalisée au cours des loisirs, incluant les sports.
- **Temps moyen quotidien d'activité physique liée aux déplacements**, correspondant à l'activité effectuée au cours des déplacements réalisés à pied, à vélo ou en roller.
- **Activité physique intense au travail** : activité entraînant un essoufflement ou une accélération forte du pouls pendant au moins 10 minutes d'affilée, au cours d'un travail rémunéré ou non, ou d'activités domestiques²⁹.
- **Activité physique intense lors des loisirs** : activité entraînant un essoufflement ou une accélération forte du pouls pendant au moins 10 minutes d'affilée, au cours de sports ou d'activités de loisirs²⁹.
- **Activité physique liée aux déplacements** : activité définie par le fait de réaliser à pied, à vélo ou en roller des trajets d'au moins 10 minutes.
- **La sédentarité** a également été évaluée à partir du temps passé en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle (au travail, à la maison, lors des déplacements), en excluant le temps consacré au sommeil. Le seuil de sédentarité a été fixé à plus de quatre heures par jour.

²⁶ http://www.who.int/chp/steps/GPAQ_Analysis_Guide_FR.pdf

²⁷ Se référer au chapitre Définitions

²⁸ Pour calculer la dépense énergétique totale en MET d'une personne à partir des données du questionnaire, 4 MET ont été attribués au temps passé à des activités physiques moyennement intenses et 8 MET au temps passé à des activités physiques intenses. Précision Baromètre santé nutrition : pour les activités de déplacements, une moyenne de 4 MET est affectée (car pas de question posée sur leur intensité).

²⁹ Les résultats concernant l'intensité de l'activité physique doivent être interprétés avec une certaine prudence. En effet, dans cette enquête, l'intensité a été évaluée par les individus eux-mêmes au regard de critères tels que l'essoufflement ou l'accélération du pouls et non à partir d'outils plus spécifiques.

ÉTUDE INDIVIDUELLE NATIONALE DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES (INCA 2)

Source : <https://www.anses.fr/fr/content/les-études-inca>

Le rôle de l'alimentation dans l'augmentation ou la prévention de certaines maladies comme le cancer, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires, est aujourd'hui scientifiquement établi. Afin de mieux prévenir ces maladies et améliorer l'état de santé de la population française, il est indispensable de bien connaître son alimentation et son état nutritionnel. Dans ce but l'Anses réalise tous les sept ans une étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca) sous l'égide des Ministères de la Santé et de l'Agriculture (Inca1 (1998-99) et Inca2 (2006-07). Inca 3 a été lancée en 2014. Les résultats sont attendus en 2016.

D'autres données ont été recueillies tel le niveau d'activité physique, à l'aide de questionnaires adaptés à l'âge des participants.

- **Adultes et adolescents de 15 à 17 ans** : la version courte en face-à-face du questionnaire de l'Ipaaq (International Physical Activity Questionnaire) a été utilisée pour recueillir les informations concernant l'activité physique chez les adolescents de 15 à 17 ans et les adultes. Ce questionnaire permet d'estimer la fréquence ainsi que la durée consacrée aux activités physiques d'intensités élevées³⁰ et modérées³¹. La marche est prise en compte par ailleurs.
- **Adolescents de 11 à 14 ans** : le questionnaire utilisé par les *Centers for Disease Control* (CDC) aux États-Unis dans un contexte de surveillance des comportements à risque des adolescents (*Youth Risk Behaviour Surveillance System*, YRBSS) a été retranscrit en français et posé en face-à-face aux adolescents âgés de 11 à 14 ans. Des questions permettent d'évaluer la fréquence des activités physiques intenses³² (au moins 20 minutes) et modérées³³ (au moins 30 minutes). Pour les enfants ayant été au moins un jour à l'école la semaine précédant l'interview s'ajoutent des questions sur :
 - le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à l'école,
 - le nombre et la durée des cours d'éducation physique.
- **Enfants de 3 à 10 ans** : des questions sur l'activité physique ont également été posées aux représentants des enfants de 3 à 10 ans concernant la fréquence des jeux en plein air, des cours ou entraînements sportifs en dehors de l'école, le moyen de transport le plus fréquemment utilisé pour se rendre à l'école etc. La sédentarité a été évaluée en tenant compte de la durée passée devant la télévision et devant l'ordinateur pendant le temps de loisirs.

ÉTUDE NATIONALE NUTRITION SANTÉ (ENNS)

Source : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Nutrition-et-sante/Enquetes-et-etudes/ENNS-etude-nationale-nutrition-sante>

L'objectif principal de l'étude ENNS était de décrire les apports alimentaires, l'état nutritionnel et l'activité physique d'un échantillon national d'adultes (18-74 ans) et d'enfants (3-17 ans) vivant en France métropolitaine en 2006-2007.

L'enquête alimentaire consistait à demander aux personnes sélectionnées de décrire de manière la plus précise possible, lors de trois entretiens répartis aléatoirement sur 15 jours, l'ensemble des aliments et des boissons consommés la veille de l'entretien. Pour les adultes, l'examen comprenait la mesure du poids, de la taille, du tour de taille et du tour de hanches, de la pression artérielle ainsi que celle de marqueurs biologiques. L'activité physique et la sédentarité ont été décrites grâce à des données recueillies par des questionnaires adaptés à l'âge du sujet, les mêmes que dans Inca 2.

³⁰ Cela correspond aux activités qui ont demandé à la personne interrogée un effort physique important et qui l'ont fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement (exemple : bêcher e jardin faire du VTT, jouer au football...).

³¹ Cela correspond aux activités qui ont demandé à la personne interrogée un effort physique modéré et qui l'on fait respirer un peu plus difficilement que normalement (exemple : passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement, jouer au volley-ball...).

³² Cela correspond par exemple aux sports collectifs (football, basket) ou individuels (natation, jogging) ou encore à d'autres moments (lorsque l'enfant danse de manière vigoureuse, fait du vélo rapidement).

³³ Cela correspond à la marche rapide, au fait de faire de la trottinette tranquillement.

Pour poursuivre la surveillance nutritionnelle de la population générale, l'Étude nationale nutrition santé a été reconduite dans le cadre de l'étude Esteban, dont elle constitue le volet nutritionnel. Les premiers résultats sont prévus fin 2016.

ENQUÊTES NATIONALES SUR LA SANTÉ DES ENFANTS ET ADOLESCENTS SCOLARISÉS (DREES)

Source : Drees (<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/les-enquetes-nationales-sur-la-sante-des-enfants-et-adolescents-scolarises>)

Ces enquêtes sont réalisées en milieu scolaire auprès des élèves des grandes sections de maternelle, des classes de CM2 et des classes de troisième, en partenariat avec l'Éducation nationale, la DGS et depuis 2000 avec l'InVS. Elles sont pilotées par la Drees et réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale depuis 1999.

Le champ de l'enquête concerne l'ensemble des élèves des établissements publics et privés sous contrat d'association avec l'État de la France métropolitaine et des DOM.

En grande section de maternelle, les personnels de santé de l'Éducation nationale renseignent l'enquête à l'occasion du bilan de santé obligatoire avant l'entrée à l'école primaire, pour un échantillon d'environ 30 000 enfants.

En CM2 et en troisième, un examen de santé spécifique est organisé. De fait, la taille des échantillons interrogés est plus faible, autour de 10 000 élèves.

Historiques des enquêtes

En classe de grande section de maternelle : 1999-2000 ; 2005-2006 ; 2012-2013.

En classe de CM2 : 2001-2002 ; 2004-2005 ; 2007-2008 ; 2014-2015.

En classe de troisième : 2000-2001 ; 2003-2004 ; 2008-2009.

Les enquêtes scolaires ont une périodicité biennale depuis 2010. En 2016-2017, l'enquête aura lieu en classe de troisième.

ENQUÊTES MÉNAGES ET DÉPLACEMENTS

Source : <http://www.territoires-ville.cerema.fr/emd-edvm-et-edgt-methodes-et-a679.html>

Les enquêtes ménages déplacements

Les enquêtes ménages déplacements (EMD) portent sur un échantillon représentatif des ménages de l'aire d'étude. La taille de l'échantillon est fixée de manière à assurer une fiabilité statistique minimum des résultats par secteurs.

Les enquêtes sont réalisées au domicile des personnes enquêtées. Elles recensent les caractéristiques sociodémographiques des ménages (localisation, logement, motorisation, etc.) et des personnes (âge, sexe, profession, etc.) ainsi que la description précise de tous leurs déplacements réalisés la veille du jour d'enquête. Les caractéristiques de ces déplacements (motifs, modes, zones géographiques, heures de départ et d'arrivée) sont recueillies sur la base de définitions précises. Des questions concernant les habitudes d'utilisation des modes de déplacement et l'opinion sur des thèmes liés aux déplacements sont également posées à une seule personne du ménage tirée au sort.

Les enquêtes déplacements villes moyennes et grands territoires

Pour répondre aux besoins de connaissance des comportements de mobilité sur des territoires de plus en plus diversifiés, le Certu a élaboré, au début des années 2000, une méthode de recueil des données de mobilité adaptée aux villes moyennes. La méthode « enquête déplacements villes moyennes » (EDVM) concerne les agglomérations dont le pôle urbain ne dépasse pas 100 000 habitants, l'aire de l'enquête pouvant elle-même les dépasser afin d'intégrer un territoire plus large.

Les enquêtes se déroulent par téléphone et les déplacements ne sont recensés que pour une ou deux personnes âgées de plus de 11 ans par ménage tiré au sort. Les questionnaires sont allégés par rapport à ceux de l'EMD. Le respect du « standard Certu » garantit la fiabilité et la comparabilité des résultats. Moins coûteuse qu'une EMD, une EDVM apporte logiquement des informations moins nombreuses.

Les enquêtes déplacements grands territoires

Enfin, le Certu a adapté la méthode des EMD pour des périmètres élargis associant territoires denses et territoires périurbains, voire ruraux. On parle alors d'enquêtes déplacements grands territoires (EDGT) : à une EMD classique sur les territoires les plus denses, on associe une enquête téléphonique sur les territoires périurbains moins denses et éloignés des centres des agglomérations.

Comparabilité des données

La comparabilité des différentes enquêtes entre elles est un des objectifs affichés des enquêtes déplacements. Cependant, il faut prendre certaines précautions.

Évolution dans le temps

Depuis 1976, les enquêtes déplacements ont subi des évolutions. Il faut donc bien souligner l'importance de se rapporter pour chaque enquête à sa propre documentation. Ces évolutions ont eu lieu sur quelques points méthodologiques comme les bases de sondages qui peuvent être construites différemment ou les déplacements à l'extérieur du périmètre qui ne sont pas tout le temps définis et pris en compte de manière identique. De plus, les enquêtes ne sont pas réalisées par les mêmes prestataires terrain ce qui peut entraîner certains biais de recueil.

Évolution dans l'espace

De par leurs définitions les différentes enquêtes déplacements ne sont pas réalisées sur le même type de territoire. De plus, entre plusieurs enquêtes successives sur un même territoire, les périmètres d'enquête changent. Il faut donc être extrêmement prudent lors de réalisation de comparaison.

Anciennes enquêtes

Alors qu'il est recommandé de se référer à la documentation propre à chaque enquête, il est parfois difficile d'y parvenir pour les anciennes enquêtes. En effet, cette documentation n'existe plus toujours ou peut être partielle.

ENQUÊTE NATIONALE TRANSPORTS ET DÉPLACEMENTS

Source : <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/sources-methodes/enquete-nomenclature/1543/139/enquete-nationale-transport-deplacements-entd-2008.html>

L'objectif de cette enquête, comme des précédentes, est la connaissance des déplacements des ménages résidant en France métropolitaine et de leur usage des moyens de transport tant collectifs qu'individuels. Elle décrit tous les déplacements, quels que soient le motif, la longueur, la durée, le mode de transport utilisé, la période de l'année ou le moment de la journée. Pour comprendre les comportements liés à la mobilité, elles s'intéressent aussi aux possibilités d'accès aux transports collectifs et aux moyens de transport individuels dont disposent les ménages. Elle permet d'avoir une vision globale et cohérente de tous les modes et situations de transport de personnes, d'observer les comportements des habitants de toutes les tailles d'agglomérations et d'estimer des indicateurs de mobilité tout au long de l'année. Par rapprochement avec les résultats des enquêtes précédentes, elle rend possible des comparaisons dans le temps. Elle permet aussi d'analyser, de façon fine et précise, le parc de véhicules dont disposent les ménages ainsi que leurs usages, afin de répondre aux questions sur les trafics inter-régionaux ou internationaux dont les enjeux sont très importants en matière d'investissements. Le champ géographique de cette enquête est la France métropolitaine. L'échantillon national se complète de cinq extensions régionales, en Île-de-France, Pays de la Loire, Bretagne, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. L'enquête est réalisée tous les 10 à 15 ans.

ENQUÊTE INTERNATIONALE HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC)

Source : <http://www.santepubliquefrance.fr/>

Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) est une enquête transversale conduite en classe auprès d'élèves de 11, 13 et 15 ans, par auto-questionnaire anonyme, tous les 4 ans depuis 1982, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle porte sur la santé, le bien-être des jeunes, leurs comportements de santé et leurs déterminants. En 2014, elle a été menée dans 42 nations selon une méthodologie et un questionnaire standardisés. En France, l'échantillon de 2014 comporte 7 023 collégiens scolarisés dans 169 collèges métropolitains. Les établissements et classes sélectionnés pour participer à l'enquête ont été tirés au sort par la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) du ministère chargé de l'Éducation nationale selon un sondage en grappes aléatoire stratifié/équilibré afin d'assurer la représentativité de l'échantillon final.

ENQUÊTE OBÉPI

Source : http://www.roche.fr/medias/actualites/l_enquete_epidemiologique_obepi_roche.html

ObEpi : depuis 15 ans, à l'initiative du Laboratoire pharmaceutique Roche, l'enquête nationale ObEpi, réalisée par Kantar-Health (société mondiale de consulting et d'études de marché spécialisée dans le domaine de la santé) en collaboration avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, analyse tous les trois ans la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Les données ObEpi constituent une source unique d'informations sur la situation française de l'obésité et du surpoids et leur évolution depuis 1997.

ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE SPORTIVE DES FRANCILIENS (IRDS)

Source : www.irds-idf.fr

Le dispositif d'enquêtes sur les pratiques sportives des Franciliens (EPSF) a été mis en place en 2007 par l'Institut régional de développement du sport (IRDS). Il concerne les Franciliens âgés de 15 ans et plus. Il a pour objectif de mesurer leur activité physique et sportive hors du cadre scolaire. Chaque année des Franciliens sont interrogés par téléphone sur les disciplines qu'ils exercent et les modalités de leurs pratiques (fréquence, lieu, moment...).

À ces questions centrales vient s'ajouter, chaque année, un zoom sur une thématique spécifique.

ENQUÊTE PRATIQUE SPORTIVE DES JEUNES (MINISTÈRE DES SPORTS)

Source : <http://www.sports.gouv.fr/>

L'enquête Pratique sportive des jeunes a été réalisée en novembre 2001 par le Ministère de la Jeunesse et des Sports : 1 500 interviews ont été effectuées en face-à-face à domicile auprès d'un échantillon représentatif de jeunes âgés de 12 à 17 ans. L'échantillon a été construit selon la méthode des quotas appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, profession du chef de famille, type d'habitat croisé par région.

RECENSEMENT DES ÉQUIPEMENTS SPORTIFS ESPACES ET SITE DE PRATIQUES (RES) (MINISTÈRE DES SPORTS)

Source : http://www.res.sports.gouv.fr/Page_Historique.aspx

Le recensement, réalisé par le Ministère des sports porte sur tous les équipements sportifs ouverts au public, à titre gratuit ou onéreux, pour y pratiquer une activité physique et sportive. Il comprend les principaux sites de sport de nature. Il fournit des informations sur :

- la géolocalisation des équipements sportifs, espaces et site de pratiques ;
- le nombre d'équipements classés par type et par activité(s) physique(s) et sportive(s) pratiquée(s) ou praticable(s).

Les données du RES sont mises à jour quotidiennement par :

- le formulaire obligatoire de déclaration CERFA n° 13436*02 destiné à tout propriétaire d'équipement sportif qui est tenu par la loi de déclarer au préfet de département la création, la modification, le changement d'affectation, la cession ou la suppression d'un équipement sportif (article L 312-2 du Code du sport).
- l'action régulière des services de l'État, notamment par la procédure de révision quadriennale des données qui prévoit que chaque fiche d'un équipement soit revisitée tous les 4 ans, en fonction de la taille de la commune où il est implanté.
- les fédérations sportives pour ce qui concerne le classement fédéral des équipements sportifs utilisés pour les compétitions dans les disciplines pour lesquelles elles ont délégation.

INCIDENCE DES PATHOLOGIES (INVS)

Source : <http://www.invs.sante.fr>

L'InVs produit des données d'incidence pour différentes pathologies, dont les cancers. Selon la pathologie ou le type de cancer, les méthodes d'estimation sont différentes. Elles s'appuient en général sur l'utilisation des données des ALD, du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), des registres des cancers du réseau Francim et des données disponibles dans le système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram).

MORTALITÉ (INSERM)

Source : <http://www.cepidc.inserm.fr/>

Depuis 1968, le CépiDc de l'Inserm est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Insee. Cette statistique est établie à partir des informations recueillies à partir de deux documents : le certificat médical et le bulletin d'état civil de décès. Le CépiDc gère une base de données comportant actuellement près de 20 millions d'enregistrements (décès depuis 1968). Il existe aujourd'hui deux modalités pour établir un certificat de décès :

- la certification électronique des décès,
- la certification papier.

RECENSEMENT DE LA POPULATION

Source : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/doc/presentation-recensement.htm>

Le recensement de la population permet de connaître la diversité et l'évolution de la population de la France. L'Insee fournit ainsi des statistiques sur les habitants et les logements, leur nombre et leurs caractéristiques : répartition par sexe et âge, professions, conditions de logement, modes de transport, déplacements domicile-travail, etc. Le recensement repose désormais sur une collecte d'information annuelle, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans. Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent une enquête de recensement portant sur toute la population, à raison d'une commune sur cinq chaque année. Les communes de 10 000 habitants ou plus, réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'adresses représentant 8% de leurs logements.

LES ENFANTS SCOLARISÉS DANS LE SECTEUR PUBLIC À PARIS (ORS ÎLE-DE-FRANCE)

Source : Ors Île-de-France

La Ville de Paris a confié en 2009 à l'ORS Île-de-France une étude visant à préciser la prévalence du surpoids et de l'obésité dans la population des jeunes enfants parisiens scolarisés dans le secteur public en 2009. Cette étude a porté sur 2 220 enfants en grande section de maternelle et 2 220 en CE2, tirés au sort aléatoirement.

LICENCES ET CLUBS AU SEIN DES FÉDÉRATIONS SPORTIVES AGRÉÉES (MEOS)

Source : <https://www.data.gouv.fr/>

Le recensement des licences et clubs sportifs concerne l'ensemble des fédérations sportives agréées par le Ministère chargé des sports. Il concerne à la fois les licences proprement dites, mais aussi les autres types de participation (ATP). Une licence est définie comme un titre payant, permettant une pratique annuelle, même si le possesseur de la licence ne pratique que deux mois dans l'année. Les ATP sont l'ensemble des titres qui ne sont pas des licences, comme par exemple des titres à la journée.

Jusqu'en 2010, il était demandé à chaque fédération sportive d'envoyer à la Mission des études et de l'observation statistique (MEOS) la répartition de leurs licences par département, sexe et année de naissance, ainsi que la répartition par département de leurs clubs. Depuis 2011, dans le cadre des conventions d'objectifs que l'État passe avec les fédérations, il est demandé aux fédérations sportives de transmettre, à la MEOS, le fichier anonyme de leurs licenciés, incluant l'adresse du licencié, son sexe ainsi que sa date de naissance ainsi que celui de leurs clubs, incluant l'adresse du club.

Sur la base de ces fichiers, le Ministère mène en partenariat avec l'Insee une démarche nationale de géolocalisation permettant d'obtenir des informations à des fins statistiques uniquement. Une fois réceptionnés et prétraités par la MEOS, ces fichiers sont transmis à l'Insee qui, au sein de sa division des études territoriales (INSEE/DAR/DET), procède à l'affectation du code commune et du code ZUS pour chaque licence, et l'affectation du code commune pour chaque club. Les fichiers ainsi complétés et retransmis à la MEOS permettent de calculer le nombre de licences délivrées par commune, en différenciant le sexe et l'âge du licencié, dans les ZUS, selon le sexe, ainsi que le nombre de clubs par commune et fédération.

C'est un recensement à la commune d'habitation du licencié et non à la commune de pratique du licencié.

L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA POLITIQUE DE LA VILLE

Source : <http://www.onpv.fr/>

L'Observatoire national de la politique de la ville élabore chaque année un rapport sur l'évolution des quartiers prioritaires de la politique de la ville et le reste de leur agglomération, avec des données sur le niveau de vie, l'emploi, l'éducation, la santé, la sécurité, le sport...

DÉFINITIONS

CATÉGORIES DE COMMUNES

Source : <http://www.insee.fr>

Pôle urbain : Le pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 10 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne d'un autre pôle urbain. On distingue également des moyens pôles - unités urbaines de 5 000 à 10 000 emplois et les petits pôles - unités urbaines de 1 500 à moins de 5 000 emplois.

Commune monopolarisée : Une commune monopolarisée ou commune périurbaine monopolarisée, est une commune appartenant à la couronne d'une aire urbaine. La couronne recouvre l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain. Ce sont des communes ou unités urbaines, dont au moins 40% des actifs résidents travaillent dans le pôle ou dans les communes attirées par celui-ci.

Commune multipolarisée : Les « communes multipolarisées des grandes aires urbaines » sont les communes dont au moins 40% des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant. Les « autres communes multipolarisées » sont les communes situées hors des grandes aires urbaines, des moyennes aires, des petites aires, hors des communes multipolarisées des grandes aires urbaines dont au moins 40% des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs aires, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

Espace à dominante rurale : L'espace à dominante rurale, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Cet espace est très vaste, il représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine.

MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Mortalité des personnes âgées de moins de 65 ans

PRÉVALENCE D'UNE MALADIE

Source : <https://www.ined.fr/>

Nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

TAILLE UNITÉ URBAINE

Source : <http://www.insee.fr>

La notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants. Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale. Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

TAUX COMPARATIF OU TAUX STANDARDISÉ

Source : <http://www.cepidc.inserm.fr/>

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé est défini comme le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ou population-type). On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence.

UNITÉ DE CONSOMMATION DES MÉNAGES

Source : <http://www.insee.fr>

Système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC).

Pour comparer le niveau de vie des ménages, on ne peut s'en tenir à la consommation par personne. En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. Lorsque plusieurs personnes vivent ensemble, il n'est pas nécessaire de multiplier tous les biens de consommation (en particulier, les biens de consommation durables) par le nombre de personnes pour garder le même niveau de vie.

Aussi, pour comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente, on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

ZONE D'ÉTUDES ET D'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (ZÉAT)

Source : Insee

En 1967, l'Insee en relation avec le Commissariat général au plan et la Datar (Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale) a créé un découpage du territoire en huit grandes zones d'études et d'aménagement (Zéat) :

- Île-de-France : Île-de-France
- Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie, Picardie
- Nord : Nord Pas-de-Calais
- Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine
- Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes
- Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées
- Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes
- Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse

Ce découpage créé lors du grand courant de la planification territoriale est encore quelquefois utilisé. Au niveau européen, le découpage en Zéat correspond au niveau 1 de la nomenclature des unités territoriales statistiques (NUTS 1).



Avec le concours de la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes



CNDS
CENTRE NATIONAL
POUR LE
DÉVELOPPEMENT
DU SPORT

 Faculté
de Médecine
UdA | Université d'Auvergne



CITATION DE CE RAPPORT

Praznocy C., Lambert C., Pascal C. 2017. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2017, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité – Rapport. 130 pages.



Observatoire national de l'activité
physique et de la sédentarité

Faculté de médecine
Laboratoire de physiologie
et de biologie du sport
28 place Henri Dunant - BP 38
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1
Tél. 04 73 17 82 19
contact@onaps.fr
www.onaps.fr

Février 2017

ISBN 978-2-9560116-1-13