

DEBOUT L'INFO !

N°2 - INÉGALITÉS SOCIALES ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

NOVEMBRE 2016

www.onaps.fr

Debout l'info ! est un bulletin trimestriel qui a pour objectif de dresser un état des lieux des thématiques d'intérêt de l'Onaps. Ce numéro est consacré aux inégalités sociales en matière d'activité physique et de sédentarité. Au cours des différents travaux de l'Onaps, nous porterons toujours une attention particulière aux inégalités sociales, sans oublier les inégalités territoriales et d'âge. Je remercie vivement tous les contributeurs de ce deuxième numéro. Bonne lecture.

Corinne Praznocy, Directrice de l'Onaps

PLACE À LA SCIENCE

Anne Vuillemin, Université Côte d'Azur, Faculté des Sciences du Sport, EA 6312 LAMHESS, Nice, France

DE QUOI PARLE-T-ON ?

D'inégalités sociales

« *Le désavantage social est lié à différents aspects : socio-économiques tels que le revenu, la profession, le niveau d'instruction et la situation socio-économique ; socioculturels tels que le sexe, l'appartenance ethnique, la religion, la culture, la condition d'immigré et le capital social ; sociogéographiques tels que le fait de vivre dans un quartier pauvre ; et à l'âge. Les groupes socialement défavorisés peuvent de fait être concernés par plusieurs de ces aspects* » (OMS, 2013).

D'inégalités de santé

« *Les différences systématiques d'état de santé qui pourraient être évitées par des mesures judicieuses sont tout bonnement injustes. C'est ce que nous entendons par inégalités en santé* » (OMS, 2009).

Ce sont souvent les mêmes populations, moins favorisées (avec un faible revenu, peu diplômées), qui cumulent les expositions aux différents facteurs de risque pour la santé, que ce soit dans leur

environnement professionnel (exposition au travail physiquement pénible, au travail de nuit, au bruit, aux produits toxiques, etc.) et/ou leur environnement familial (bruit, mauvaise qualité de l'air ou de l'eau, etc.).

Ce sont elles aussi qui ont le plus souvent les comportements défavorables à la santé (notamment en matière de nutrition, d'activité physique, de prévention, etc.) (Drees, 2015). Selon la nature des environnements, des conditions matérielles, du soutien psychosocial, les schémas comportementaux ne sont pas les mêmes pour tous les groupes et les rendent plus ou moins vulnérables aux problèmes de santé (OMS, 2009).

Inégalités sociales et inégalités de santé sont donc étroitement liées, ce qui conduit à parler d'inégalités sociales de santé.

SOMMAIRE

- Place à la science
page 1
- Le point de vue de...
page 6
- Zoom sur...
page 8
- L'action du trimestre
page 10

Charte internationale de l'éducation physique, de l'activité physique et du sport de l'UNESCO - Article premier :

1.1 *Tout être humain a le droit fondamental d'accéder à l'éducation physique, à l'activité physique et au sport sans discrimination fondée sur l'appartenance ethnique, le genre, l'orientation sexuelle, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune ou tout autre statut.*

1.6 *Chaque être humain doit avoir toutes possibilités de parvenir, grâce à l'éducation physique, à l'activité physique et au sport, à un haut niveau d'épanouissement correspondant à ses capacités et à son intérêt..*



Crédit illustration : Gérard Missonnier

D'inégalités sociales de santé

La santé suit un gradient social : on observe de très grandes différences d'état de santé, étroitement liées à la position d'un individu dans la structure sociale. « *Le gradient de santé sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons* » (Guichard et Potvin, 2010). Ces inégalités sont considérées comme évitables puisqu'elles relèvent en partie de facteurs sociaux. Elles s'observent dans les conditions dans lesquelles les individus évoluent tout au long de leur vie (scolarisation et éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, caractéristiques physiques de l'environnement bâti et qualité de l'environnement naturel, accès aux soins...).

PLACE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DANS CES INÉGALITÉS

Des résultats récents suggèrent que l'activité physique est un facteur important permettant de contribuer à l'explication de ces inégalités mais les études disponibles ne permettent pas d'en apprécier l'ampleur. Cependant, il est clairement démontré que se livrer à moins de comportements bénéfiques pour la santé, y compris l'activité physique, est une voie par laquelle le désavantage social peut augmenter le risque de maladie (McNeill, Kreuter & Subramanian, 2006).

L'activité physique est socialement distribuée : il est plus probable que les personnes plus favorisées (niveau d'éducation, revenus et statut professionnel plus élevés) soient plus régulièrement physiquement actives et moins confrontées à des problèmes de santé associés aux styles de vie inactifs que leurs pairs moins favorisés. Il existe également des inégalités dans la participation à l'activité physique selon d'autres caractéristiques de stratification sociales comme le genre (avec des femmes généralement moins actives que des hommes, de façon encore plus marquée dans les milieux défavorisés) ou l'incapacité.

L'activité physique est un déterminant qui a des conséquences sur l'état de santé. Elle a donc un rôle à jouer dans la réduction des inégalités. Elle a comme force et particularité de s'insérer dans tous les secteurs (santé, environnement, urbanisme, éducation, sport...), c'est un déterminant de santé transversal à de nombreuses politiques, dont les bénéfices peuvent être très importants si une véritable politique intersectorielle était mise en œuvre et coordonnée (Prévot et al., Santé publique 2016).

QUE SAIT-ON DES INÉGALITÉS DE SANTÉ EN FRANCE ?

Si l'état de santé de la population est globalement bon, de nombreuses disparités persistent entre les catégories sociales, entre les hommes et les femmes ou encore entre les territoires (Drees, 2015). Concernant plus particulièrement les disparités d'état de santé selon la position d'un individu sur l'échelle socio-économique, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable plus il est en mauvaise santé. Cela se traduit par des écarts d'espérance de vie, des fréquences de maladies chroniques et d'incapacités plus élevées et plus globalement une mortalité et une mortalité prématurée plus élevées mais aussi un état de santé déclaré moins bon, chez les personnes dont la position socio-économique est plus basse comparées à la plus élevée. L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres et les ouvriers est de 6,3 ans chez les hommes et de 3 ans chez les femmes. Si l'espérance de vie est plus courte dans les catégories sociales moins favorisées, elle s'accompagne également plus fréquemment d'incapacités fonctionnelles. La catégorie sociale et les conditions de vie associées des adultes ont également des répercussions sur la santé de leurs enfants.

L'exemple le plus marquant porte sur le taux d'obésité, estimé respectivement à 4,5% pour les enfants d'ouvriers et à 1,2% pour les enfants de cadres en grande section de maternelle, 5,8% et 0,8% en CM2 et 5,5% et 1,6% en classe de 3^{ème} (Drees, 2015).

Si les inégalités sont présentes au cours de l'enfance, elles ont tendance à perdurer à l'âge adulte et au cours de la vieillesse. Les inégalités de santé s'observent tout au long de la vie et s'inscrivent même avant la naissance, au cours de la grossesse (Drees, 2015). Les facteurs associés à ces inégalités concernent notamment les conditions de vie et les modes de vie, et soulève la question de la pratique d'activité physique selon la position sociale.

LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE VARIE-T-ELLE SELON LA POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE EN FRANCE ?

La participation à l'activité physique suit également un gradient social, tel que les individus plus favorisés sont plus susceptibles d'être physiquement actifs et donc moins susceptibles de connaître les résultats négatifs sur la santé associés à l'inactivité que les individus moins favorisés. Chez les adultes, une position socio-économique plus élevée est positivement associée à l'activité physique de loisir (Gidlow, Johnston, Crone, Ellis & James, 2006). Cependant, ces associations ne sont pas systématiquement observées chez les enfants ou les adolescents (Biddle, Atkin, Cavill & Foster, 2011). Si des injustices sociales vis à vis de l'activité physique sont controversées chez les jeunes, elles sont plus systématiquement observées au début de l'âge adulte (Ball, Cleland, Timperio, Salmon & Crawford, 2009).

Une étude canadienne s'est plus particulièrement intéressée à l'évolution de l'activité physique de loisir d'hommes et de femmes adultes suivis sur 22 ans (Barnett, Gauvin, Craig & Katzmarzyk, 2008). Les résultats ont montré que les personnes ayant un niveau d'éducation ou de revenu plus faibles avaient une probabilité plus faible aussi bien de maintenir leur niveau d'activité physique au cours du temps que d'augmenter leur niveau d'activité physique (Barnett et al., 2008). L'étude souligne également la persistance des inégalités voire leur accroissement au cours de ce suivi (Barnett et al., 2008). Par ailleurs, une revue systématique a montré que la plupart des études, menées en Europe, ont rapporté que les individus de position socio-économique plus élevée étaient plus nombreux à être physiquement actifs pendant les

loisirs comparé à ceux avec une position socio-économique basse et que l'activité physique liée à la profession était plus élevée chez les individus de position socio-économique plus basse (Beenackers et al., 2012). Ces résultats ont également été observés en France (Vuillemin et al., 2009) (Omorou, Coste, Escalon & Vuillemin, 2015).

Par contre, les résultats du Baromètre Santé 2005 (Escalon et al., 2007) avaient révélé que plus le niveau de diplôme était élevé, moins les personnes interrogées déclaraient avoir une activité physique bénéfique pour la santé. Cet effet s'expliquait par la prise en compte de l'activité physique globale et la non-différenciation des contextes de pratique, qui a été faite par la suite dans le Baromètre santé 2008 (Vuillemin et al., 2009).

LES EFFETS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA SANTÉ SONT-ILS IDENTIQUES SELON LA POSITION SOCIO-ÉCONOMIQUE ?

Les effets bénéfiques de l'activité sur la santé, tant sur la réduction du risque de mortalité et de morbidité que sur le bien-être et la qualité de vie, sont aujourd'hui largement démontrés et diffusés (Inserm, 2008 ; Inserm, 2014 ; Anses, 2016). Ces effets sont d'autant plus prononcés que la personne est inactive. En d'autres termes, plus l'activité physique est élevée, moins il y a de risque d'être atteint de certaines maladies ou d'en mourir prématurément, et plus le bien-être et la qualité de vie sont élevés. Mais il existe un paradoxe, que l'on pourrait appeler le « paradoxe de l'activité-santé ».

Ce paradoxe pourrait être expliqué par des différences selon les contextes de pratique, en particulier entre les effets bénéfiques de l'activité physique de loisirs et les effets plutôt délétères de l'activité physique liée au travail (Harari, Green & Zelber-Sagi, 2015 ; Holtermann, Hansen, Burr, Sjøgaard & Sjøgaard, 2012). Mais les causes et pistes d'explication de ce paradoxe sont peu étudiées dans la littérature. La question de l'effet de l'activité physique sur la santé en fonction de la position socio-économique mais aussi en fonction des contextes de pratique reste un champ à explorer.

QUELLE EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS CHEZ LES PERSONNES SOCIALEMENT DÉFAVORISÉES ?

La promotion de l'activité physique chez les personnes plus socialement défavorisées nécessite des actions de proximité pour adapter au mieux les interventions.

En effet, les interventions utilisant le contact personnel ou les interventions sur mesure ont été démontrées comme étant les plus prometteuses (Bock, Jarczok & Litaker, 2014). Les campagnes à l'échelle de la communauté sont souvent recommandées mais leur efficacité pour accroître le niveau d'activité physique parmi les groupes plus socialement défavorisés est moins étudiée et les preuves moins concordantes (Bock et al., 2014). Une autre façon de promouvoir l'activité physique a été d'utiliser des moyens économiques ou fiscaux (taxes, promotions sur les prix, coupons...) mais peu d'études se sont intéressées à leur efficacité, notamment dans des groupes de populations plus défavorisées, et encore moins aux effets à long terme des dispositifs mis en place. Les résultats de ces études, menées en population générale, sont contradictoires (Barte & Wendel-Vos, 2015 ; Mitchell et al., 2013 ; Molema et al., 2016 ; Shemilt et al., 2013).

Suite à un travail d'analyse de la littérature, Ball et al. ont conclu à un manque de preuve de l'impact différentiel des interventions sur l'activité physique et le comportement sédentaire à travers les catégories sociales (Ball, Carver, Downing, Jackson & O'Rourke, 2015). Ce constat a également été rapporté dans une revue systématique d'essais contrôlés randomisés menés dans le contexte des soins primaires. Il a été montré que les études rapportent très souvent les caractéristiques sociodémographiques de la population mais peu d'entre elles utilisent ces informations pour analyser et évaluer l'efficacité différentielle des interventions selon ces caractéristiques (Attwood, van Sluijs, & Sutton, 2016). Ces analyses ont tendance à se limiter à l'âge et au sexe, avec aucune preuve de différences d'efficacité des interventions selon l'âge et des données contradictoires selon le sexe, quelques interventions s'avérant plus efficaces chez les hommes et d'autres plus efficaces chez les femmes (Attwood et al., 2016).

En France, peu d'études d'observation ou d'intervention avec pour sujet principal les inégalités sociales de santé ont été menées. Toutefois, un programme de promotion de l'activité physique a été mené pendant deux ans à Saint-Denis et les résultats de l'évaluation ont montré l'efficacité du programme (Buscail et al., 2016). Par ailleurs, un programme

adapté (activités collectives et individuelles) a été mis en œuvre dans l'étude PRALIMAP-INÉS (Promotion de l'Alimentation et de l'Activité Physique-INÉgalités de Santé) menée en milieu scolaire pour des adolescents en surpoids de milieux défavorisés. Les résultats ont montré qu'une intervention fondée sur la mise en place d'activités adaptées au milieu social a permis une meilleure participation des adolescents de milieu défavorisé mais son maintien tout au long du programme était chez eux plus difficile (Langlois et al., 2016). Si l'incitation à la participation était efficace au début, elle ne garantissait pas le maintien de la participation à l'ensemble du programme (Langlois et al., 2016).

D'autres initiatives sont à souligner notamment celles menées dans le cadre des Ateliers Santé Ville¹, qui mettent en œuvre une démarche locale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

CONCLUSION

La promotion de l'activité physique chez les personnes socialement défavorisées est une tâche difficile. Cependant, elle peut à la fois être un résultat à atteindre et un moyen d'atteindre d'autres résultats. L'objectif est de diminuer le gradient social, c'est-à-dire l'écart entre les groupes, et de prendre en compte chacun selon ses besoins. L'approche de l'universalisme proportionné, où l'ensemble de la population accède aux programmes de prévention et de soin, tout en accordant une attention particulière aux groupes les plus exposés, semble aujourd'hui la piste à privilégier. Les actions s'adressent alors à l'ensemble des personnes d'une population donnée, mais de façon proportionnelle aux besoins de chaque personne ou groupe de personnes. Cependant, la multiplicité des profils des personnes rend complexe le ciblage d'un groupe en particulier.

Améliorer l'état de santé de la population dans son ensemble et de chacun en particulier, quel que soit son origine ou son appartenance sociale, est un objectif largement partagé mais les moyens restent à inventer. Pour cela, il est important de prendre également en considération l'existence d'un gradient social du comportement sédentaire, notamment chez les jeunes (Coombs, Shelton, Rowlands & Stamatakis, 2013).

¹ <http://www.plateforme-asv.org>

Références

- Anses. Actualisation des repères du PNNS – Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Rapport d'expertise collective, 2016.
- Attwood, S., van Sluijs, E., & Sutton, S. (2016). Exploring equity in primary-care-based physical activity interventions using PROGRESS-Plus: a systematic review and evidence synthesis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 60. <http://doi.org/10.1186/s12966-016-0384-8>
- Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M., & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promotion International*, 30 (suppl 2), ii8-ii19. <http://doi.org/10.1093/heapro/dav022>
- Ball, K., Cleland, V. J., Timperio, A. F., Salmon, J., & Crawford, D. A. (2009). Socioeconomic position and children's physical activity and sedentary behaviors: longitudinal findings from the CLAN study. *Journal of Physical Activity & Health*, 6(3), 289–298. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19564656>
- Barnett, T. A., Gauvin, L., Craig, C. L., & Katzmarzyk, P. T. (2008). Distinct trajectories of leisure time physical activity and predictors of trajectory class membership: a 22 year cohort study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 57. <http://doi.org/10.1186/1479-5868-5-57>
- Barte, J. C. M., & Wendel-Vos, G. C. W. (2015). A Systematic Review of Financial Incentives for Physical Activity: The Effects on Physical Activity and Related Outcomes. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 1–12. <http://doi.org/10.1080/08964289.2015.1074880>
- Beenackers, M. A., Kamphuis, C. B. M., Giskes, K., Brug, J., Kunst, A. E., Burdorf, A., & van Lenthe, F. J. (2012). Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among European adults: a systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 116. <http://doi.org/10.1186/1479-5868-9-116>
- Biddle, S. J. H. H., Atkin, A. J., Cavill, N., & Foster, C. (2011). Correlates of physical activity in youth: A review of quantitative systematic reviews. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 4(1), 25–49. <http://doi.org/10.1080/1750984X.2010.548528>
- Bock, C., Jarczok, M. N., & Litaker, D. (2014). Community-based efforts to promote physical activity: A systematic review of interventions considering mode of delivery, study quality and population subgroups. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 17(3), 276–282. <http://doi.org/10.1016/j.jsams.2013.04.009>
- Buscaill, C., Menai, M., Salanave, B., Daval, P., Painsecq, M., Lombrail, P., ... Julia, C. (2016). Promoting physical activity in a low-income neighborhood of the Paris suburb of Saint-Denis: effects of a community-based intervention to increase physical activity. *BMC Public Health*, 16(1), 667. <http://doi.org/10.1186/s12889-016-3360-y>
- Coombs, N., Shelton, N., Rowlands, A., & Stamatakis, E. (2013). Children's and adolescents' sedentary behaviour in relation to socioeconomic position. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(10), 868–874. <http://doi.org/10.1136/jech-2013-202609>
- Drees. L'état de santé de la population en France. Paris : Drees, collection études et statistiques, 2015.
- Escalon H, Vuillemin A, Erpelding ML, Oppert JM. Activité physique : entre sport et sédentarité. In : Beck F., Guilbert P., Gauthier A. dir. Baromètre santé 2005. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2007 : 241-266.
- Gidlow, C., Johnston, L. H., Crone, D., Ellis, N., & James, D. (2006). A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Education Journal*, 65(4), 338–367. <http://doi.org/10.1177/0017896906069378>
- Guichard A, Potvin L. « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? ». In: Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.), Réduire les inégalités sociales en santé. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010 : 38-39.
- Harari, G., Green, M. S., & Zelber-Sagi, S. (2015). Combined association of occupational and leisure-time physical activity with all-cause and coronary heart disease mortality among a cohort of men followed-up for 22 years. *Occupational and Environmental Medicine*, 72, 617–624. <http://doi.org/10.1136/oemed-2015-102933>
- Holtermann, A., Hansen, J. V, Burr, H., Sjøgaard, K., & Sjøgaard, G. (2012). The health paradox of occupational and leisure-time physical activity, 291–295. <http://doi.org/10.1136/bism.2010.079582>
- Inserm. Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2008.
- Inserm. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Collection Expertise collective, Inserm, Paris, 2014.
- Langlois J, Omorou AY, Vuillemin A, Lecomte E, Briançon S. participation d'adolescents en surpoids de milieu défavorisé à une intervention de promotion de l'activité physique à l'école. Santé publique 2016 ; volume 28 / N°1 Supplément : 135-139.
- McNeill, L. H., Kreuter, M. W., & Subramanian, S. V. (2006). Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Soc Sci Med*, 63(4), 1011–1022.
- Mitchell, M. S., Goodman, J. M., Alter, D. A., John, L. K., Oh, P. I., Pakosh, M. T., & Faulkner, G.E. (2013). Financial incentives for exercise adherence in adults: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 658–67. <http://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.06.017>
- Molema, C. C. M., Wendel-Vos, G. C. W., Puijk, L., Jensen, J. D., Schuit, A. J., & de Wit, G. A. (2016). A systematic review of financial incentives given in the healthcare setting; do they effectively improve physical activity levels? *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 8, 15. <http://doi.org/10.1186/s13102-016-0041-1>
- Omorou, a. Y., Coste, J., Escalon, H., & Vuillemin, a. (2015). Patterns of physical activity and sedentary behaviour in the general population in France: cluster analysis with personal and socioeconomic correlates. *Journal of Public Health*, 1–10. <http://doi.org/10.1093/pubmed/fdv080>
- OMS Europe. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé. OMS, 2009.
- OMS Europe. Promotion de l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés : principes d'actions. OMS, 2013.
- Shemilt, I., Hollands, G. J., Marteau, T. M., Nakamura, R., Jebb, S. A., Kelly, M. P., ... Ogilvie, D. (2013). Economic instruments for population diet and physical activity behaviour change: a systematic scoping review. *PLoS One*, 8(9), e75070. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0075070>
- Vuillemin A, Escalon H, Bossard C. Activité physique et sédentarité. In: Escalon H., Bossard C., Beck F. dir. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009 : 239-268



Crédit illustration : Gérard Missonnier



LE POINT DE VUE D'UNE DIRECTION RÉGIONALE ET DÉPARTEMENTALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE (DRDJSCS AUVERGNE RHÔNE-ALPES) SUR LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES

Laurence Castet, conseillère sport, en charge de la politique sport-santé pour la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes

Si le « **Sport Pour Tous** » n'est pas un concept nouveau, il est un concept en évolution permanente face aux défis sociétaux. La fonction éducative, sociale, sanitaire du sport n'est aujourd'hui plus à démontrer. Pourtant la question de l'activité physique accessible à tous se pose toujours. Si le paysage du sport français tend à se diversifier et à se complexifier face aux besoins différents des populations, l'offre est encore souvent trop peu incitative ou peu lisible pour certains publics dits « vulnérables » (personnes avançant en âge, personnes atteintes de maladies chroniques ou en situation d'exclusion sociale, personnes porteuses de handicap) ou pour les publics résidant en territoire « politique de la ville » ou en zone de revitalisation rurale.

L'État s'est donné comme mission de pallier les inégalités d'accès à la pratique sportive pour ceux qui en sont le plus éloignés, que ce soit pour des raisons économiques, géographiques, culturelles, sanitaires...

Les politiques « **sport santé bien-être** » (SSBE), « **sport éducation mixité citoyenneté** » (SEMC) et « **sport et handicaps** » menées par le ministère en charge des sports visent à développer la pratique sportive pour ces publics. Dans ses priorités, il cible aussi les publics résidant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) en s'appuyant sur le réseau du mouvement sportif fédéral qui représente un important levier d'intégration sociale pour ces publics. De surcroît, les contrats de ville, en tant que projets de territoires, doivent intégrer la dimension sportive par l'accès aux équipements sportifs, la diversité des sports proposés et l'accès aux clubs. Ainsi, les associations sportives sont incitées à s'impliquer dans la réforme des rythmes scolaires sur le volet sportif des projets éducatifs territoriaux (PEDT).

Pour soutenir la pratique sportive et les actions citoyennes dans les QPV, le Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports et le Commissariat général à l'égalité des territoires lancent un appel à projets ciblant les habitants des QPV, notamment les jeunes

(16/25 ans), les filles et les seniors. Cet appel à projets, qui s'inscrit dans les mesures du Comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté (Ciec), s'adresse aux associations nationales d'éducation et d'insertion par le sport.

Sur le plan régional, la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes et les douze DDCS/PP¹ œuvrent à diagnostiquer les besoins sur leurs territoires et construire, structurer, coordonner des réponses adaptées avec une mobilisation d'acteurs de plus en plus nombreux et variés selon les problématiques.

Pour ce qui est de la pratique dans les QPV, si l'on dispose de certaines données quantitatives sur les taux de pratique licenciée, il est pourtant nécessaire de mieux comprendre les différentes facettes des relations entre les publics de ces quartiers prioritaires et le mouvement sportif fédéral (représentations, motivations, implantation des clubs, activités spécifiques vers ces publics...). La mission observation et études statistiques de la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes lance une étude afin d'apporter au mouvement sportif fédéral des pistes d'actions à mettre en œuvre pour être plus attractif vis-à-vis de ces publics spécifiques. L'enjeu principal est de mieux identifier les mécanismes à un niveau local pour dégager des axes de développement de cette intégration. Même si les profils et rapports entre ces jeunes et les clubs sportifs peuvent varier d'un territoire à l'autre, ces propositions devraient être applicables à la plupart des QPV. Cette étude menée sur les quartiers QPV de Clermont-Ferrand pourrait de surcroît servir de modèle pour d'éventuelles études similaires sur d'autres quartiers prioritaires de la politique de la ville et être un sujet d'étude pour l'Onaps.

Dans le domaine du sport santé, depuis 2013, l'élaboration des plans régionaux SSBE Auvergne et Rhône-Alpes ont permis, sous une coordination DRDJSCS/ARS (Agence régionale de santé), de construire de la cohérence pour les différentes

¹ Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations

« problématiques sport santé » en s'efforçant de donner de la lisibilité tant pour les acteurs du sport et de la santé que pour le public qui doit aussi pratiquer en toute sécurité (incitation à la création et soutien aux réseaux d'acteurs sport santé sur les territoires, création de sites internet, accompagnement et mise en place de formations sport santé).

Pour certains publics, une véritable incitation à la pratique sportive régulière est nécessaire, comme passer par un programme d'activité physique et sportive adaptée (APSA) tel que ceux proposés dans des dispositifs dits « passerelles ». Les mesures mises en place au sein des dispositifs d'accompagnement entre les structures médicales et/ou médico-sociales et l'offre de pratique sportive permettent de faciliter les parcours des publics éloignés ou à besoins particuliers vers une pratique d'activité physique régulière et sécurisée. Cet accompagnement par un réseau d'acteurs le temps de l'appropriation d'un changement de comportement incluant l'activité physique mais aussi l'alimentation, s'est traduit par la mise en place de plateformes départementales sport santé sur le secteur rhônalpin. Certaines plateformes ont aussi développé des dispositifs d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap ou pour les personnes âgées. Six plateformes ont ainsi été créées (Ain, Loire, Savoie, Haute-Savoie, Drôme, Ardèche). Un appel d'offre est lancé selon un cahier des charges précis pour la création de deux nouvelles plateformes qui verront le jour fin 2016 (Isère et Rhône). La mise en œuvre des plans SSBE contribue ainsi à la réduction des inégalités d'accès au sport par le déploiement et l'accompagnement technique et/ou financier des dispositifs.

Parmi ceux-ci, le programme personnalisé d'activité physique adapté auvergnat « L'Équilibre, où en êtes-vous », à destination des personnes âgées vivant à domicile ou en foyer non médicalisé, permet de développer et entretenir l'équilibre, de maintenir l'autonomie et le lien social des personnes âgées. Les ateliers (10 séances d'activité physique adaptée avec tests d'évaluation des capacités d'équilibration et de condition physique) sont organisés dans le but d'impulser une pratique régulière. Le programme cible les territoires d'intervention prioritaires à partir des données de l'« [Observatoire des fragilités](#) » mis en place par la caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) sur les facteurs de risque de fragilité sociale tels

que le minima vieillesse, le veuvage, le grand-âge...

Le Dahlr (Dispositif d'accompagnement du handicap vers des loisirs intégrés et réguliers), dispositif s'adressant initialement aux personnes en situation de handicap, a été expérimenté en Haute-Loire en 2006. Il est aujourd'hui déployé sur de nouveaux départements tels que le Puy-de-Dôme et l'Allier. Fort de cette expérience réussie, la DRDJSCS, en partenariat avec la DDCSPP Haute-Loire, développe depuis 2011 sur les quatre départements auvergnats le « Dahlr Insertion » pour des publics en exclusion sociale. Le « Dahlr Santé », expérimenté également en Haute-Loire en 2015, permet notamment au sortir des différents dispositifs une orientation et/ou un accompagnement vers une pratique régulière en clubs. Il se déploie actuellement sur le Cantal, l'Allier et le Puy-de-Dôme en lien avec les contrats locaux de santé², les centres hospitaliers et avec les acteurs de



Crédit photo : Africa Studio | Fotolia

terrains de ces territoires.

Dans le cadre de la réduction des inégalités d'accès à la pratique d'activité physique et sportive (APS), le mouvement sportif est un acteur important, voire essentiel, que ce soit dans le cadre du plan citoyen du sport ou dans les réseaux SSBE du niveau régional, départemental ou local. Lorsque les associations sportives locales s'inscrivent dans les réseaux multi partenariaux du « sport sur ordonnance » ou dans des programmes d'activité physique et sportive adaptée post-ETP (éducation thérapeutique du patient), dans des dispositifs dits passerelles ou « d'accompagnement » ou encore lorsqu'elles participent à la réduction des inégalités d'accès au sport, elles contribuent au développement de leur fédération. Participant à l'amélioration qualitative et quantitative d'une offre adaptée aux publics, elles contribuent aussi au développement des territoires.

² Le contrat Local de santé est un outil porté conjointement par une Agence Régionale de Santé et une collectivité territoriale. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain.

ZOOM SUR... LES INÉGALITÉS SOCIALES, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE ET LA SÉDENTARITÉ EN FRANCE

Corinne Praznocy, Directrice de l'Onaps

LES INÉGALITÉS SOCIALES CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Activité physique et sportive

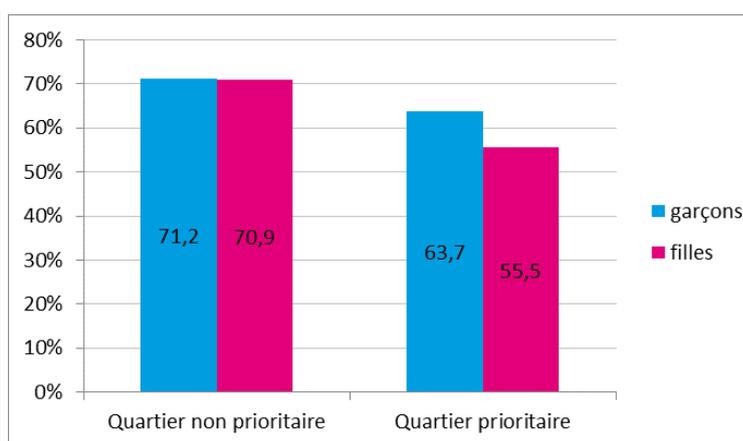
- La **pratique sportive** des jeunes âgés de 12 à 17 ans suit un **gradient social** : plus le niveau de diplôme des parents est élevé, plus la proportion d'enfants pratiquant un sport augmente.
- Plus les **revenus du foyer augmentent** plus la **pratique sportive des enfants augmente**.
- Les **enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires¹** pratiquent **moins fréquemment un sport en dehors de l'école** que ceux scolarisés dans un quartier non prioritaire.
- Les **enfants scolarisés dans les quartiers prioritaires sont moins actifs²** que les enfants des quartiers non prioritaires.
- La **différence de pratique entre les sexes** en défaveur des filles est plus marquée dans les quartiers prioritaires.

Tableau 1 - 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.

Figure 1 - Enfants de CE2 actifs² le week-end selon le type de quartier¹ et le sexe, en 2009 (en %)



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

¹ 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 ».

² 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.

Sédentarité

- 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 loisir 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**.

Tableau 2 - Sédentarité chez les enfants et adolescents de 3 à 17 ans, selon le niveau d'éducation du représentant, 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 loisir ou jeux vidéo ; ³ Somme des deux précédents indices.

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

LES INÉGALITÉS SOCIALES CHEZ LES ADULTES

Activité physique et sportive

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

Sédentarité

- 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.

Tableau 3 - 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 loisir ou jeux vidéo ; ³ Somme des deux précédents indices.

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

Sources des données sur les inégalités sociales, l'activité physique et sportive et la sédentarité en France

Les données utilisées dans cette rubrique sont issues de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS 2006-2007), de l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (Inca 2 2006-2007), pour les enfants et adolescents comme pour les adultes.

Pour les enfants et les adolescents, les données proviennent également de l'Enquête sur la pratique sportive des jeunes (Ministère en charge des sports, 2001), de l'enquête nationale sur la santé des enfants et adolescents scolarisés en CM2 pilotée par la Drees (2007-2008) et de l'enquête de la Mairie de Paris chez les enfants scolarisés dans le secteur public à Paris en 2009. Pour les adultes, les données proviennent également des rapports annuels de l'Observatoire national de la politique de la ville.

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. Les résultats d'Inca 3 sont également attendus en 2016.

Le détail de ces données ainsi que des données complémentaires seront publiés très prochainement par l'Onaps dans le cadre de son « État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France en 2016 ».



Pour la santé,
je bouge
dans mon quartier

L'ACTION DU TRIMESTRE : LE PROJET « POUR LA SANTÉ, JE BOUGE DANS MON QUARTIER »

Paul Daval, Directeur de la Maison de la Santé de Saint-Denis

Le projet « **Pour la santé, je bouge dans mon quartier** » est une recherche-action, commandée par le ministère de la santé dans le cadre du troisième volet du Plan National Nutrition Santé (PNNS 3). Ce projet s'est déroulé sur le quartier Floréal-Saussaie-Courtille de Saint-Denis et a débuté en janvier 2013. Suite à une phase de recherche menée de janvier à juin 2013 ayant permis de rencontrer 80 professionnels de tous secteurs et 300 habitants, des actions de promotion de l'activité physique ont pu être mises en place entre août 2013 et mai 2015. Une publication présentant les résultats de cette recherche-action est disponible : [« Évaluation quantitative d'un programme de promotion de l'activité physique à Saint-Denis »](#) (Buscailla et al., 2016)¹.

Ces actions ont été réalisées selon 3 axes de travail :

- **Axe 1 : Renforcer l'offre en activité physique pour les habitants de Floréal-Saussaie-Courtille et favoriser l'accessibilité**

L'objectif de cet axe de travail était de faciliter la pratique de publics éloignés de l'activité physique (AP) en raison de contraintes, notamment horaires et financières. Ainsi, de nouveaux créneaux dédiés à la pratique ont été mis en place sur le quartier (marche nordique, renforcement musculaire, yoga, fitness), facilitant la reprise d'AP de certains publics, tels que les seniors ou les parents au foyer. En effet, ces nouvelles activités étaient proposées sur le temps scolaire et à coût réduit afin de les rendre accessibles à des publics ne bénéficiant pas d'une offre adaptée à leurs besoins jusqu'alors. Des animations ponctuelles (initiation à la marche nordique, au yoga, au hip-hop, courses d'orientation, balades à vélo) ont également été organisées afin de faire découvrir de nouvelles activités aux habitants. Dans la mesure du possible, ces initiations ont été réalisées en partenariat avec des structures du quartier accueillant des publics éloignés de la pratique d'une activité physique ou sportive (Centre Municipal de Santé, Maison de quartier, Espace Jeunesse, Maison des seniors), afin de faire prendre conscience aux habitants des très nombreuses possibilités de bouger au quotidien au sein de leur quartier.

- **Axe 2 : Communiquer sur l'activité physique, l'intérêt en termes de lien social, bien-être et santé, ainsi que les moyens de pratiquer dans la vie quotidienne**

Ici, l'objectif était de faire comprendre aux habitants l'intérêt existant en termes de lien social, de santé et de bien-être à pratiquer une activité physique au quotidien. Nous nous sommes donc attachés à faire connaître les clubs et associations sportives du territoire afin d'inciter les habitants à s'y inscrire (création d'une fête du sport annuelle notamment) mais aussi à faire connaître les recommandations et les différents moyens existant leur permettant d'atteindre ces recommandations.

Pour ce faire, de nombreuses actions, telles qu'une permanence d'accueil d'aide à la reprise d'AP, des interventions dans les écoles et structures du quartier, des projets éducatifs ou encore la création d'outils de communication (flyers, plaquettes, film) ont été mises en place.

Bon à savoir

Quartier Floréal-Saussaie-Courtille : Floréal-Saussaie-Courtille est classé quartier prioritaire en politique de la ville. Composé d'une population familiale et jeune, il abrite environ 6 700 habitants (Insee, 2008). En 2008, 28% des familles sont monoparentales (contre 18% à l'échelle nationale) et le taux de chômage atteint 19% en moyenne (contre 8% à l'échelle nationale) et 31% chez les jeunes de 15 à 24 ans (Insee, 2008).

¹ Buscailla C., Menaib M., Salanavec B., Painsecq M., Daval P., Herberg S., Lombrail P., Julia C. 2016. « Évaluation quantitative d'un programme de promotion de l'activité physique à Saint-Denis ». Cahiers de Nutrition et de Diététique, 51 (2) : 95-103

- **Axe 3 : Développer un environnement favorable à la pratique d'une activité physique**

L'objectif de ce troisième axe de travail était de créer un environnement facilitant la pratique d'activité physique, notamment les déplacements actifs (marche, vélo, ...) et la pratique sportive libre. Pour ce faire, de nombreuses actions ont pu être menées en partenariat avec la ville de Saint-Denis, la communauté d'agglomération ou encore le Comité Départemental Olympique et Sportif (CDOS 93). Ainsi, un parcours sportif composé de six agrès visant à faciliter la pratique libre a pu être installé au cœur du quartier. Un travail autour de l'installation d'une signalétique piétonne a également été mené avec une classe de collégiens et certains habitants du quartier. Enfin, de nombreuses réunions ont été organisées avec les professionnels de l'urbanisme afin de les inciter à prendre en compte la pratique d'activité physique et la santé des habitants dans les futurs aménagements à réaliser sur le quartier.

ÉVALUATION QUALITATIVE

Une évaluation qualitative a été menée tout au long de ces deux années d'actions, ayant permis d'identifier différents leviers à la pratique d'activité physique sur le quartier, selon les 3 axes de travail.

- **Axe n°1 :**

Élargir les plages horaires dédiées à l'activité physique ;

Proposer des activités à coûts réduits ;

Diversifier l'offre proposée sur le territoire ;

Développer des activités dans des lieux nouveaux et n'ayant pas une connotation « sportive » ;

Prendre en compte la demande / le besoin des habitants.



Des participants du projet - Crédit photo : Yann Mambert, Journal de Saint-Denis

- **Axe n°2 :**

L'implication des habitants / Le rôle des pairs ;

La présence d'un référent et d'un lieu d'échange identifiés ;

Valoriser l'aspect social / Bien-être de l'activité physique ;

L'envoi régulier d'information aux habitants par SMS ;

Vulgariser les termes pour faciliter la pratique.

- **Axe n°3 :**

Prise en compte du lien entre activité physique et santé par les aménageurs ;

Faciliter la pratique ;

Mieux intégrer les structures sportives du territoire ;

Utiliser la pratique d'activité physique pour créer du lien social.

De plus, d'autres leviers ayant un impact sur les 3 axes de travail ont été mis en évidence lors de ce projet :

- l'implication des élus et services municipaux / leur changement de pratique ;
- l'appropriation de la thématique par d'autres professionnels du territoire ;
- la création de lien avec les clubs et associations sportives.

ÉVALUATION QUANTITATIVE

Suite à ces deux années d'actions, une évaluation quantitative du niveau d'activité physique de la population a pu être réalisée en mai 2015, permettant de faire la comparaison avec les résultats obtenus en mai 2013. Ce sont en effet 217 questionnaires RPAQ² (199 en 2013) qui ont été récoltés en porte à porte afin de quantifier le niveau d'activité physique de la population du quartier.

Entre 2013 et 2015, la part des adultes pratiquant 30 minutes d'activité physique quotidiennement est passée de 48% à 64%, soit une augmentation significative de 32%.

Cette augmentation est principalement due à une forte augmentation de la pratique des femmes. En effet, en 2015, 60% d'entre elles pratiquaient les 30 minutes quotidiennement recommandées contre seulement 40% en 2013. Cette augmentation peut s'expliquer par une forte augmentation de la pratique de loisir, passant de 36% en 2013 à 57% en 2015. Pour les hommes, nous avons pu constater une augmentation qui n'est toutefois pas significative (de 62% en 2013 à 68% en 2015). Par ailleurs, l'augmentation de la pratique est notable chez les moins de 60 ans, tandis qu'elle stagne chez les seniors.

Enfin, nous avons noté une amélioration du ressenti des personnes sur leur environnement physique et une amélioration de leurs connaissances des ressources existantes. En effet, en 2015, 63% des habitants déclaraient leur quartier adapté à la pratique sportive contre 58% en 2013. Et 41% des habitants sont capables, en 2015, de citer au moins un club sportif présent sur le quartier contre seulement 22 % en 2013.

² RPAQ : Recent Physical Activity Questionnaire

Questionnaire validé permettant de recueillir les pratiques d'activité physique dans les quatre différents contextes (loisirs, travail, déplacement, domestique) lors du mois précédant l'administration du questionnaire.

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 BP38
63 001 Clermont-Ferrand
Cedex 1
Tél : 04 73 17 82 19
E-mail : contact@onaps.fr
Twitter : @Onaps_officiel

Directrice de publication :

Corinne Praznocy
Maquette : Charlotte Pascal
Relecture : Bruno Chabanas,
Céline Lambert, Gérard
Missonier
ISSN : 2494-8756

Prochain **Debout l'info !** en **janvier 2017** sur le thème de
l'Activité physique et de la sédentarité au travail

avec **Dr Frédéric Dutheil**, Praticien Hospitalo-Universitaire en Médecine du Travail au CHU de Clermont-Ferrand, Directeur de l'équipe « Stress physiologique et psychosocial » à l'UMR CNRS 6024, Clermont-Ferrand et **Dr Yolande Esquirol**, Maître de conférence, Praticien Hospitalier au CHU Toulouse, Université Paul Sabatier Toulouse III – UMR 1027

Avec le concours de la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes

