



PROMOTION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES GROUPES SOCIALEMENT DÉFAVORISÉS: PRINCIPES D'ACTION

Synthèse



RÉSUMÉ

Depuis quelques années, la promotion de l'activité physique s'impose de plus en plus en Europe comme une priorité d'action en matière de santé publique et de nombreux pays élaborent des politiques et des interventions en ce sens. Afin de soutenir et de renforcer les bases factuelles et les réseaux d'activité physique, le Bureau régional de l'Europe de l'OMS a entrepris un projet consacré à ce défi de santé publique. Compte tenu de la multiplication des données montrant que les niveaux d'activité physique observés chez les groupes socialement défavorisés étaient souvent faibles, un important volet du projet a consisté à élaborer des recommandations en matière de promotion de l'activité physique dans ces groupes en mettant l'accent sur le rôle des environnements sains.

La présente brochure rassemble les principales conclusions de ce volet du projet et suggère – à partir d'une revue des données disponibles, de plusieurs études de cas et des politiques nationales – un certain nombre d'actions nationales et locales relatives à la mise au point d'initiatives et de politiques visant à favoriser l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés. La nécessité d'un renforcement des bases factuelles étant admise, cette brochure recense également les lacunes dans ce domaine, que la recherche devra combler à l'avenir.

Cette publication est issue du projet PHAN (Physical Activity and Networking) cofinancé par le programme Santé de l'Union européenne. Le rapport complet du projet, « Physical activity promotion in socially disadvantaged groups: principles for action », peut être demandé par courrier électronique (physicalactivity@euro.who.int). Il a été élaboré en étroite collaboration avec le Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé (HEPA Europe). Ce rapport contient notamment les références des déclarations reproduites dans le présent document.

Mots clés:

EDUCATION FOR HEALTH • HEALTH POLICY • HEALTH PROMOTION • OBESITY – PREVENTION AND CONTROL
PHYSICAL FITNESS • SOCIOECONOMIC FACTORS

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web du Bureau régional (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2013

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres, de nature similaire, qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière. Les points de vue qui y sont exprimés ne doivent en aucun cas être considérés comme représentatifs de l'opinion officielle de l'Union européenne.

Légendes des photos :

Fotolia (première et quatrième de couverture)

Panthermedia (pages 3, 5, 9 et 11)

istock (première de couverture et pages 2 et 10)

OMS/Marijan Ivanusa (page 6)

OMS/Matthias Braubach (pages 4 et 8)

ISBN: 978 92 890 0012 3

Avant-propos

Depuis quelques années, les effets sur la santé de l'obésité, la malnutrition et la sédentarité (maladies cardiovasculaires et hypertension, diabète de type 2, cancer et dépression, entre autres) font l'objet de recherches poussées. La Charte européenne sur la lutte contre l'obésité (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006) recommande de rattacher les mesures contre l'obésité aux stratégies globales de lutte contre les maladies non transmissibles et aux activités de promotion de la santé, étant entendu qu'une meilleure alimentation et davantage d'activité physique ont une incidence significative sur la santé publique. Depuis l'adoption de la Charte, l'activité physique s'est imposée comme une priorité. De nombreux États membres ont entrepris de mettre au point des politiques et mènent des interventions en faveur de l'activité physique dans la population. L'OMS aide à l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles sous la forme de recommandations, d'outils et de structures de travail en réseau destinés à appuyer les interventions en faveur de l'activité physique dans la vie quotidienne.

Parallèlement, l'équité en santé et la répartition des déterminants de la santé se sont invitées au cœur du débat sur la santé publique. Le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé intitulé Comblent le fossé en une génération (2008) a mis en évidence la nécessité de politiques et d'interventions sanitaires qui soient équitables. Le cadre politique européen de l'OMS pour la santé et le bien-être, Santé 2020 (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2012), ne porte donc pas que sur la promotion de la santé et la prévention des maladies, mais il accorde également une large place à la réduction des inégalités et à l'instauration d'environnements favorables.

Santé 2020 montre que le gradient social constitue un défi important pour l'action future et préconise un soutien aux groupes vulnérables. C'est aussi vrai pour la promotion de l'activité physique ; les mesures en faveur d'un mode de vie actif s'inscrivent donc pleinement dans Santé 2020 et la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité et concourent à leurs objectifs.

Par ailleurs, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2011) souligne que, pour les groupes à faible revenu en particulier, l'activité physique est influencée par les environnements urbains et les politiques de transports. Ainsi, les politiques qui encouragent le recours au vélo et à la marche pour se déplacer (par la mise en place d'infrastructures sûres, la création d'espaces verts accessibles pour l'activité physique de loisir et la modification des comportements) ont-elles de grandes chances de réduire les disparités.

Cette brochure présente les conclusions des travaux menés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur les expériences et les approches en matière de Promotion de l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés. Elle aborde ainsi deux défis que doivent relever les décideurs en santé publique et les professionnels concernés. Nous espérons sincèrement que ces résultats permettront aux acteurs nationaux de mieux connaître et d'appliquer les mesures en faveur de l'activité physique, et, surtout, d'atteindre les groupes à faible revenu et/ou marginalisés qui ne sont peut-être pas toujours desservis de façon équitable par les actions et campagnes à l'échelle de la population.

Docteur Guénaël Rodier
Directeur
Division des maladies transmissibles,
de la sécurité sanitaire et de l'environnement
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Docteur Gauden Galea
Directeur
Division des maladies non transmissibles
et de la promotion de la santé
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

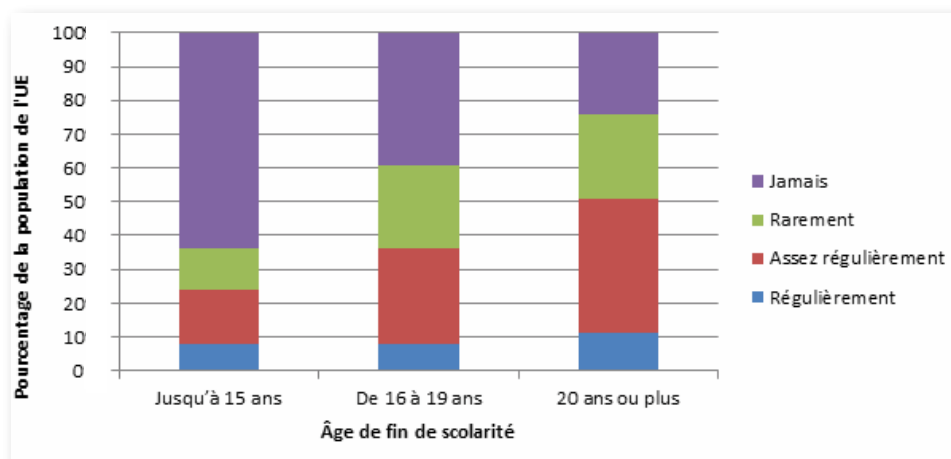
Un défi de santé publique

L'activité physique permet de prévenir le surpoids et l'obésité, mais elle a bien d'autres effets sur la santé qui contribuent au bien-être du corps comme de l'esprit. Les données disponibles indiquent qu'elle peut réduire de moitié les cardiopathies et le diabète de type 2 et faire baisser de manière significative le risque d'hypertension et de certaines formes de cancer. En outre, elle aide à faire baisser le stress, l'anxiété et la dépression. D'après les estimations, la charge de morbidité liée à la sédentarité est comparable à celle du tabagisme. Globalement, dans la Région européenne de l'OMS, près d'un million de décès par an seraient imputables à des niveaux insuffisants d'activité physique. C'est pourquoi dans de nombreux pays, la sédentarité est désormais considérée comme l'une des principales causes de décès.



Plusieurs études dans le monde ont montré que les niveaux d'activité physique ont tendance à être faibles chez les groupes socialement défavorisés (GSD) (Figure 1) et qu'il est parfois très difficile de promouvoir la pratique de l'exercice physique dans ces groupes.

Figure 1. Fréquence de l'activité physique selon l'âge de fin de scolarité



Source: Eurobaromètre, 2010.

Les organismes chargés de la santé publique ayant été reconnus comme des acteurs essentiels en termes d'initiatives, il leur a été demandé de veiller à la mise en œuvre des stratégies visant à réduire les inégalités en matière d'activité physique, en plus d'organiser les campagnes générales de promotion de l'activité physique destinées à l'ensemble de la population. Des orientations sur la mise au point de bonnes pratiques et de politiques portant sur des approches ciblées sont nécessaires pour tenter de remédier aux inégalités observées dans les différents sous-groupes de la population et de promouvoir efficacement l'activité physique chez les GSD (voir ci-dessous).

Définition des groupes socialement défavorisés (GSD)

Le désavantage social est lié à des aspects socioéconomiques tels que le revenu, la profession, le niveau d'instruction et la situation socioéconomique ; à des aspects socioculturels tels que le sexe, l'appartenance ethnique, la religion, la culture, la condition d'immigré et le capital social ; à des aspects sociogéographiques tels que le fait de vivre dans un quartier pauvre ; et à l'âge. Les GSD peuvent de fait être concernés par plusieurs de ces aspects.

Cette publication est issue du projet PHAN (Physical Activity and Networking) cofinancé par le programme Santé de l'Union européenne. Elle présente les dernières conclusions du projet relatif aux éléments de bonnes pratiques en matière de promotion de l'activité physique dans les GSD, qui s'appuient sur a) un examen des données disponibles en Europe et ailleurs, b) une compilation et une analyse d'études de cas et c) un examen et une analyse des politiques nationales en matière d'activité physique.

Promotion de l'activité physique chez les GSD

La promotion de l'activité physique chez les GSD est une tâche difficile en raison de sa complexité : il n'y a pas un seul groupe défavorisé qui puisse être ciblé, et il n'y a pas non plus une seule activité physique qui puisse être encouragée. Tous deux sont fonction de la situation et de leur relation réciproque. Dans cette mesure, la promotion de l'activité physique chez les GSD n'est pas très éloignée de la promotion de l'activité physique en général, dans la mesure où cette dernière vise presque toujours, elle aussi, des groupes de la population en particulier. Toutefois, dans le premier cas, les mesures de ciblage et de mise en œuvre sont probablement différentes et plus poussées.



Ce qui distingue principalement la promotion de l'activité physique dans ces groupes, c'est la méthode. La façon dont le ciblage est effectué, les modalités de mise en œuvre des interventions et la possibilité d'intensifier les efforts pour atteindre le groupe cible en question sont déterminantes. Dans ce contexte, il est important que les responsables de l'élaboration des politiques et les concepteurs de programmes reconnaissent que les GSD puissent avoir besoin d'être davantage soutenus à tous les niveaux, ce qui peut se traduire, par exemple, en termes de durée des projets, de financement et de besoins sur le plan du renforcement des capacités. À l'inverse, tout porte à croire que le fait d'amener ces groupes à avoir une activité physique donne davantage de résultats positifs que dans le cas d'autres groupes cibles.

Les campagnes unidimensionnelles axées sur l'information et la sensibilisation peuvent en fait accroître les inégalités entre les GSD et la population en général, car elles sont beaucoup plus fructueuses dans les groupes de population caractérisés par un niveau d'instruction et d'autonomie plus élevé. Il semble donc que pour ces groupes défavorisés, les interventions doivent conjuguer plusieurs stratégies non limitées à l'information. En outre, dans la mesure où ces groupes constituent une population cible très spécifique, il est nécessaire de tenir encore plus compte des aspects relatifs au contexte dans l'optique d'une activité physique. En d'autres termes, il convient d'éliminer

les éventuels obstacles liés aux caractéristiques personnelles, à la situation géographique ou au lieu de résidence.

Exemple d'étude de cas

Sur les 27 études de cas examinées plus en détail durant le projet, 21 considéraient les « zones défavorisées » (en général, les quartiers pauvres) comme une catégorie spatiale de désavantage prise en compte par leur intervention (par opposition à des caractéristiques personnelles telles que l'âge, le sexe, le revenu, la profession ou l'appartenance ethnique).



Les GSD rencontrent souvent dans leur vie tout un ensemble de difficultés. Dans bien des cas, l'activité physique n'est sans doute pas leur priorité et il est peut-être plus important de répondre à leurs besoins essentiels. Or, pour bon nombre de ces groupes, on sait que de faibles niveaux d'activité physique viennent s'ajouter indirectement à la liste de leurs problèmes. Par conséquent, les bénéfices au sens large de l'activité physique et les conséquences de la sédentarité devraient également être pris en compte aux fins de la promotion de l'activité physique dans ces groupes, car elle produit des résultats positifs tels que les liens sociaux, l'inclusion sociale, la mobilité active, les perspectives d'emploi et la productivité. L'argument de l'adoption d'un mode de vie physiquement actif comme moyen d'améliorer et d'accroître d'autres effets souhaitables permettrait d'ouvrir de nouvelles possibilités de promotion. Il est donc important de reconnaître que l'activité physique chez les GSD peut à la fois être un résultat à atteindre et un moyen d'atteindre d'autres résultats. Ces deux approches sont sans conteste pertinentes et utiles.

Exemple d'étude de cas

Parmi les études de cas rassemblées, nombreuses sont celles qui utilisaient un ensemble de résultats n'ayant pas trait à la santé, essentiellement liés au bien-être en général, à l'intégration sociale et aux perspectives professionnelles (une étude de cas allemande qui prenait les perspectives professionnelles comme résultat indirect souhaité de l'augmentation des niveaux d'activité physique avait même choisi l'environnement d'un bureau de placement pour la mise en œuvre de l'intervention). L'amélioration des connaissances, de l'état d'esprit et de la confiance en soi ainsi que les modes de vie plus sains en général figuraient parmi les autres objectifs indirects.

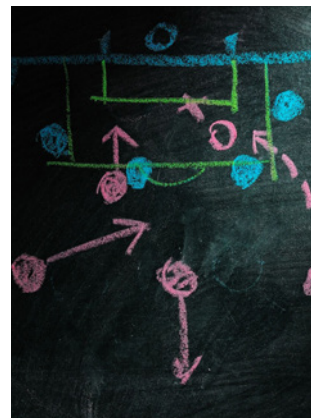
La littérature et les études de cas sur la promotion de l'activité physique ont tendance à traiter les GSD de manière relativement exclusive, en formulant des recommandations et en concevant des interventions spécifiques au groupe cible. Si cette approche peut être nécessaire lorsque certains groupes de la population ne peuvent pas participer aux dispositifs mis en œuvre dans la population générale, il serait utile de permettre à ces groupes d'accéder aux activités et aux possibilités existantes en matière d'activité physique en adaptant ces services de façon à les inclure, plutôt que de mettre en place des interventions séparées. Par conséquent, il est souhaitable d'adopter une double méthode pour promouvoir l'activité physique chez les GSD, en conjuguant des approches pour l'ensemble de la population, si possible, avec des interventions ciblées, le cas échéant.

Exemple de politique

Dans le cadre du projet, on a recherché dans 127 documents relatifs aux politiques de promotion de l'activité physique si les groupes socialement défavorisés constituaient un groupe visé par des mesures spécifiques. Seuls 31 d'entre eux (soit 24 %) reconnaissaient la nécessité de considérer ces groupes comme une cible prioritaire, en précisant qu'il restait des efforts à faire sur le plan de la prise de conscience du problème et de son intégration dans les politiques générales.

Principes de base des interventions ciblées

Compte tenu de la diversité des groupes cibles et du nombre potentiellement élevé d'activités physiques proposées, aucune recommandation générale ne peut être formulée concernant l'action à mener. En revanche, les résultats du projet permettent de déterminer des procédures adaptées et des éléments susceptibles de faciliter l'élaboration de politiques et d'interventions visant à promouvoir l'activité physique chez les GSD.



- ▶ Le groupe cible des interventions et les résultats attendus en termes d'activité physique doivent être clairement définis. Dans ce contexte, il est important de rendre compte des différents niveaux de désavantage potentiel et d'éviter les expressions vagues telles que « les chômeurs » ou les « personnes défavorisées ». Dans la mesure du possible, le processus de ciblage doit s'appuyer sur des documents fondés sur des bases factuelles et faire la transparence sur les décisions, en mettant en évidence l'ampleur et le type de désavantage.
- ▶ La définition de chaque groupe cible et la capacité à l'atteindre sont sans doute la condition de la réussite de la promotion de l'activité physique chez les GSD, ainsi que le point sur lequel l'accent doit être mis et les efforts doivent être redoublés, ce qui n'est pas le cas avec les groupes cibles dans la population générale.

Exemple d'étude de cas

Parmi les études de cas rassemblées dans le cadre du projet, plusieurs attiraient l'attention sur l'intérêt du travail d'approche pour entrer en contact avec le public visé dans son propre environnement, afin de discuter avec lui de ses besoins et de mettre au point les interventions les plus adaptées. Toutefois, seuls quelques projets évoqués dans les études de cas ont réalisé une évaluation des besoins avant de concevoir les interventions.

- ▶ Lors d'un travail avec certains GSD, il est vivement conseillé de faire participer des pairs et des facilitateurs œuvrant sur place (des « porte-drapeau » locaux) issus du même groupe. Il existe des exemples montrant que la sensibilisation des personnes participant à l'intervention et leur recrutement sont décisifs et que ces tâches peuvent être réalisées de manière optimale par des interlocuteurs bénéficiant de la confiance du groupe cible. Cette méthode vaut également pour l'élaboration et la mise en œuvre des activités menées dans le cadre de l'intervention, et elle entraîne une meilleure acceptation, une responsabilisation accrue et une appropriation du projet au sein du groupe cible.



Exemple d'étude de cas

Un ensemble d'études de cas (en Allemagne, Écosse et Irlande) a montré l'intérêt de la participation de non-professionnels (pairs et personnes sur place) en tant que personnes chargées de la mise en œuvre de l'intervention, de parrains et de modèles à suivre. Il s'est avéré que des facilitateurs formés au sein des groupes de pairs étaient efficaces pour assurer la liaison avec les groupes cibles et permettre ainsi de mieux les desservir.

Les études de cas ont également mis en évidence la nécessité de dispenser une formation appropriée (portant essentiellement sur les changements dans les comportements en matière de santé) pour renforcer les compétences et la confiance chez ceux qui s'investissent dans le soutien ou le parrainage des pairs et pour assurer une aide et un encadrement permanents si l'on veut que les possibilités offertes par cette ressource se concrétisent pleinement.

- ▶ L'évaluation est déterminante pour faire apparaître les bénéfices de l'intervention et elle devrait notamment porter sur l'activité physique réelle et les mesures sanitaires. Il convient néanmoins de reconnaître que les améliorations sur le plan de la santé ne peuvent s'obtenir qu'à long terme, bien au-delà, donc, de la durée possible de nombreuses interventions. L'évaluation ne devrait pas se limiter aux changements dans les niveaux d'activité physique observés chez les participants à l'intervention, et elle devrait rendre compte des différences avec d'autres groupes de population, ce qui permettrait d'évaluer la réduction des inégalités en matière d'éducation physique pouvant être atteinte.

Exemple d'étude de cas

La plupart des 27 cas examinés en détail n'avaient fait l'objet d'aucune évaluation formelle, alors que pour les autres, les intéressés ont indiqué qu'ils avaient recueilli un certain nombre de données utiles pour évaluer l'incidence du projet. Pour autant, les données d'évaluation collectées pour la majorité des projets n'étaient pas très étoffées, souvent limitées au nombre de participants ou à leurs déclarations subjectives.

- ▶ La durée de l'intervention devrait être adaptée à sa nature et à ses objectifs. Ainsi, une intervention de six mois peut permettre d'apprendre à nager à des groupes cibles ou d'installer un réseau de pistes cyclables. En revanche, la mise en évidence de tous les changements de comportement induits peut nécessiter de plus longues périodes d'intervention si l'on veut qu'une évaluation fiable et sérieuse soit réalisée.
- ▶ Les modifications de l'environnement offrant des possibilités d'activité physique dans le cadre des loisirs ou des transports peuvent ne pas être suffisantes pour les groupes difficiles à atteindre dans lesquels les niveaux d'activité physique sont les plus bas. Les dispositions relatives à l'environnement doivent donc surtout être prises dans le cadre d'interventions pluridisciplinaires et intersectorielles, en conjuguant des mesures comportementales, sociales et/ou informationnelles.

Exemple d'étude de cas

Dans une étude de cas en Espagne, l'environnement a été utilisé comme principal élément d'intervention par des médecins qui prescrivaient des itinéraires de marche à pied à leurs patients, en associant les bénéfices pour l'environnement à des conseils médicaux et des informations comportementales. De même, des études de cas en Allemagne, Écosse, Hongrie et Norvège ont transformé des interventions en matière d'activité physique en rencontres telles que randonnées pédestres, séances de natation ou jardinage collectif, en associant ainsi l'activité physique aux besoins de liens sociaux et d'entraide.

- ▶ Le contexte est très important du point de vue de l'élimination des obstacles à l'activité physique chez les GSD. Ainsi, les interventions axées sur la personne ont-elles sans doute peu de chances de réussir à elles seules. Pour les mettre en œuvre, il est donc recommandé de ne pas procéder à des modifications de l'environnement de manière isolée, mais de les inscrire dans une approche plus globale et socioécologique.

Exemple d'étude de cas

Sur les 27 études de cas examinées en détail, 16 portaient sur des interventions impliquant des changements apportés à l'environnement ou aux infrastructures. En revanche, aucune étude n'était exclusivement axée sur des mesures relatives à l'environnement.

- La facilité d'accès aux possibilités offertes en matière d'activité physique est indispensable à un mode de vie actif. Certes, les possibilités gratuites ou bon marché ne constituent pas un moyen simple et rapide de promouvoir l'activité physique chez les GSD, mais de toute évidence, la facilité d'accès est essentielle pour bon nombre de ces groupes, notamment ceux dont le niveau socioéconomique est faible, qui sont issus de cultures différentes ou qui viennent de quartiers pauvres.

Exemple d'étude de cas

Un grand nombre des cas rassemblés par le projet offraient des possibilités d'activité physique gratuites ou à un prix raisonnable, à proximité immédiate du lieu de résidence des groupes cibles. Ces possibilités ne sont pas exclusivement liées à une méthode de ciblage socioéconomique, mais elles existent également dans le cadre d'interventions axées sur certaines zones et visant par exemple des quartiers ou des groupes ethniques.



Principes de base de l'action à mener et de l'élaboration des politiques



Alors que dans de nombreux pays, il existe une multitude de documents relatifs aux politiques de promotion de l'activité physique en général, il en existe beaucoup moins qui soient spécifiques aux GSD. Même lorsqu'ils mentionnent ces groupes, leur thème central et leur niveau de détail ont tendance à ne pas être homogènes et le groupe cible ainsi que l'objectif à atteindre sont rarement définis avec précision. Il semble y avoir un fossé entre les données existantes et la pratique, qui résulte souvent d'un manque de stratégies de mise en œuvre. De nombreuses politiques tendent à mettre plutôt l'accent sur des approches centrées sur la personne que sur des approches plus larges et plus globales. Le projet a permis de recenser des éléments essentiels qui devraient être pris en compte lors de la définition d'orientations politiques sur la promotion de l'activité physique chez les GSD.

- ▶ Le contexte sociétal général des politiques de promotion de l'activité physique chez les GSD doit être correctement défini et exposé. Il est recommandé d'expliquer clairement pourquoi les politiques devraient avoir pour but d'augmenter les niveaux d'activité physique dans ces groupes ou de réduire les inégalités sur ce point entre les groupes sociaux.
- ▶ La définition d'objectifs quantitatifs en ce qui concerne les niveaux d'activité physique, l'amélioration de la santé et une meilleure inclusion sociale des GSD est considérée comme un puissant moteur des programmes d'intervention ciblée et du financement associé. Plus la politique est claire, plus les interventions peuvent être efficaces et ciblées.

Exemple de politique

Aux Pays-Bas, le plan *Tijd voor sport* (Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005) a défini les objectifs suivants pour le pays en 2012:

- Au moins 70 % des adultes (à partir de 18 ans) effectuent la quantité d'exercice recommandée (2005 : 63 %) ;
- Au moins 50% des jeunes (âgés de 4 ans et plus) effectuent la quantité d'exercice recommandée (2005 : 40 %) ; et
- Pas plus de 5 % des adultes sont inactifs (2005 : 6 %).

De la même manière, le plan d'action irlandais *Building sport for life* (Irish Sports Council, 2009) définit un objectif principal qui consiste à faire passer la pratique du sport chez les adultes de 33 % à 45 % d'ici 2020 et à réduire la proportion d'adultes sédentaires de 18 % à 13 % en ciblant les groupes peu actifs.

- ▶ Les objectifs, les groupes (ou les zones) cibles et les calendriers concernant l'activité physique doivent être clairement précisés dans les politiques.

Exemple de politique

Dans son document sur la stratégie nationale en matière de sport pour 2007-2020, *Sport XXI* (Parliament of Hungary, 2007), la Hongrie définit les groupes défavorisés comme les enfants et les jeunes vivant dans des villes et des villages pauvres, les handicapés, les femmes et les Roms. L'un des principaux objectifs de cette politique est de réduire les inégalités et de favoriser l'intégration des groupes socialement défavorisés en matière de sport. Une section est spécialement consacrée à l'égalité des chances. L'accent est mis sur l'importance des établissements scolaires comme cadre des interventions et la réduction du coût de l'activité physique est l'un des objectifs stratégiques.

- Il est probable que, pour être efficaces, les stratégies en matière de renforcement de l'activité physique chez les GSD doivent être globales, qu'elles attaquent le problème sous différents angles grâce à plusieurs approches combinées et qu'elles tirent parti des ressources, des compétences et de l'expérience de plusieurs secteurs. Dans ce domaine, les politiques devraient donc s'efforcer de favoriser les approches pluridisciplinaires et la collaboration de différents acteurs.

Exemple de politique

L'un des domaines prioritaires du Plan d'action nordique sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie grâce au régime alimentaire et à l'activité physique (Nordic Council of Ministers, 2006), mis au point par le Conseil nordique des ministres, est de privilégier les groupes vulnérables. Ce plan a un but précis pour 2011 et une vision pour 2021 en matière de réduction des inégalités sur le plan de l'activité physique. Afin d'atteindre cet objectif, il mentionne l'urbanisme comme un moyen de faire en sorte que chacun, dans tous les groupes de la population, ait une chance d'être physiquement actif, « indépendamment de son âge et de ses capacités physiques, de sa situation socioéconomique, de son appartenance ethnique et de son contexte culturel ». Dans le cadre de cette approche, il est précisé que les transports actifs, les terrains de jeux et les établissements scolaires constituent des domaines d'intervention prioritaire. Le plan cite en outre un catalogue des initiatives nordiques visant à atteindre les groupes socialement vulnérables et les minorités

- Les politiques qui visent à améliorer la santé chez les GSD grâce à l'activité physique devraient être rattachées de façon plus claire à un ensemble élargi de politiques publiques au lieu de faire une large place aux approches centrées sur la personne (en particulier les politiques sportives).



- Les politiques qui encouragent et favorisent l'adoption de modes de transport actifs (pratique de la marche et du vélo), associées à une amélioration de l'aménagement environnemental et urbain, peuvent entraîner une augmentation bien plus marquée des taux d'activité physique que les approches comportementales et/ou informationnelles seules.

Exemple de politique

Une étude sur les politiques nationales en matière d'activité physique dans les États membres a montré que 68 % d'entre elles désignaient directement les activités sportives comme moyen de promouvoir l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés. Les secteurs tels que l'aménagement environnemental et urbain (21 %), les transports (18 %) et l'aide sociale (28 %) étaient beaucoup moins fréquemment pris en compte. Ces résultats témoignent des possibilités offertes par l'adoption d'approches davantage multisectorielles.

- Il est conseillé de surveiller les effets distributifs des politiques de promotion de l'activité physique et de faire en sorte que ces politiques n'aggravent pas les inégalités de niveau d'activité physique dues à une utilisation ou à une connaissance inégale des possibilités ou à tout obstacle limitant la participation de certains groupes.

Exemple de politique

Le Plan d'action nordique sur l'amélioration de la santé et de la qualité de vie grâce au régime alimentaire et à l'activité physique (Nordic Council of Ministers, 2006) prévoyait la surveillance de l'alimentation, de l'activité physique et du surpoids. L'objectif était de recueillir des données tous les deux ans et de traiter d'aspects tels que les différences entre les hommes et les femmes, les groupes d'âge prédéfinis et les couches sociales. Les niveaux d'activité physique étaient mesurés au moyen de la version abrégée du questionnaire IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*). Afin de renforcer la recherche et la coopération scientifique, les pays ont recensé les problèmes liés au suivi des groupes vulnérables et s'emploient à répertorier les déterminants tels que l'aménagement des districts et la planification de la circulation.

Le plan d'action irlandais *Building sport for life* (Irish Sports Council, 2009) comprend un dispositif expliquant le principe et permettant le suivi de chaque objectif en fonction de groupes cibles déterminés.

- Il convient de reconnaître l'importance du rôle des pouvoirs publics locaux au regard de l'élaboration mais aussi de la mise en œuvre des politiques nationales, et d'encourager les partenariats et le travail en réseau avec les administrations régionales et les associations et institutions locales.

Principes de base de la recherche

Sur la base de l'examen des données disponibles et de plusieurs études de cas, le projet a recensé un certain nombre de priorités pour la recherche sur la promotion de l'activité physique chez les GSD.

- D'une manière générale, cette recherche doit être renforcée. En effet, des mesures doivent être prises dans ce groupe de la population et les interventions ciblées sont susceptibles

de produire les effets les plus positifs. Ce but pourrait être atteint grâce à des projets de recherche ciblés et à une recherche sur la population générale, si des données sur le désavantage social sont recueillies parallèlement, permettant ainsi une analyse et une comparaison ciblées.

- ▶ Afin que le recueil des données et la surveillance des niveaux d'activité physique concernant les GSD soient significatifs, il est recommandé d'intégrer dans les protocoles de recueil des données un ensemble minimal de déterminants sociaux (âge, sexe, nationalité, revenu/profession/niveau d'instruction). Les données devraient être à la disposition des responsables politiques et des chercheurs, et les politiques devraient être élaborées sur la base de l'analyse de ces données.
- ▶ La littérature du monde entier, et en particulier celle d'Europe, dénote un important besoin d'études bien conçues sur les interventions en matière de promotion de l'activité physique auprès des GSD. Par ailleurs, la comparabilité des données et des résultats de la recherche d'un pays à un autre et au sein d'un même pays devrait être améliorée.

Exemple d'étude de cas

« L'amélioration de la base de recherche grâce à un recentrage sur les déterminants (avec une meilleure inférence causale plutôt qu'une répétition d'études transversales des corrélats) permettra de mieux comprendre l'activité physique dans les populations et les interventions conçues pour augmenter les niveaux d'activité. »

Bauman AE et al., 2012

- ▶ La quantification de la contribution relative du désavantage social à l'insuffisance de l'activité physique et l'identification des mécanismes causaux doivent encore être étudiés. Le mécanisme de l'impact de ce désavantage n'est pas encore clairement établi.
- ▶ Il est nécessaire de réaliser des études plus prospectives sur les conséquences des modifications de l'environnement sur les niveaux d'activité physique chez les GSD pour pouvoir évaluer leur contribution relative à la promotion de l'activité physique dans ces groupes.
- ▶ Compte tenu de la diversité des GSD et de la large gamme de possibilités en matière d'activité physique, la recherche individuelle tend à être spécifique à un certain contexte caractérisé par le groupe cible et l'intervention considérée. Il est nécessaire de poursuivre la recherche afin de déterminer si les conclusions des études individuelles peuvent s'appliquer à d'autres groupes dans d'autres situations et, si oui, dans quelles circonstances.
- ▶ La recherche sur la promotion de l'activité physique repose souvent sur des interventions spécifiquement destinées à servir les intérêts de la recherche. Les instituts de recherche devraient plutôt suivre et évaluer des interventions concrètes menées sur le terrain. Cette voie est particulièrement prometteuse car de nombreux acteurs locaux ne disposent ni d'un budget suffisant pour procéder à une évaluation, ni d'expérience dans ce domaine.
- ▶ En l'absence de méthodes de mesure et de communication des données véritablement cohérentes, la comparaison et l'évaluation stratégique s'avèrent difficiles. Il a donc été établi que l'absence d'évaluation ou son insuffisance constituait l'une des principales difficultés liées aux niveaux d'activité physique chez les GSD, notamment au regard de l'intégration de variables socioéconomiques et démographiques permettant d'évaluer les effets distributifs.
- ▶ Il est nécessaire de consacrer des recherches aux avantages et aux inconvénients des interventions en matière de promotion de l'activité physique qui soient exclusivement centrées sur les GSD, et aux approches ouvertes qui tentent d'intégrer ces groupes dans des interventions non ciblées proposées à la population générale.

Bibliographie

- Bauman AE et al. (2012). Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380:258–271 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1), accessed 3 February 2013).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2006). *Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité : Istanbul (Turquie), 16 novembre 2006*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2011). *Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012–2016. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, soixante et unième session*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (document EUR/RC61/12).
- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2012). *Cadre politique et stratégie Santé 2020. Comité régional de l'OMS pour l'Europe, soixante-deuxième session*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (document EUR/RC62/8).
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *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*. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Eurobaromètre (2010). *Sport et activités physiques*. Bruxelles, Commission européenne.
- Irish Sports Council (2009). *Building sport for life: the Irish Sports Council's strategy 2009–2011*. Dublin, Irish Sports Council.
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2005). *Time for sport: exercise, participate, perform [Tijd voor sport. Bewegen, meedoen, presteren]*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport.
- Nordic Council of Ministers (2006). *Health, food and physical activity: Nordic plan of action on better health and quality of life through diet and physical activity*, Copenhagen. Nordic Council of Ministers.
- Parliament of Hungary (2007). *Sport XXI: national sports strategy 2007–2020 [Sport XXI. Nemzeti sportstratégia 2007–2020]*. Budapest, Parliament of Hungary [Unofficial English translation on behalf of the WHO Regional Office for Europe].

Autres publications

- Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (2006). *Activité physique et santé en Europe – Informations au service de l'action*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Commission européenne (2008). *Lignes d'action recommandées par l'UE en matière d'activité physique. Actions politiques recommandées dans le cadre du soutien d'une activité physique favorable à la santé*. Bruxelles, Commission européenne.
- GAPA (2010). *Prévention des maladies non transmissibles – Investir dans la promotion de l'activité physique, ça rapporte !* Global Advocacy Council for Physical Activity.
- WHO (2007). *A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, World Health Organization.

États membres

Albanie
Allemagne
Andorre
Arménie
Autriche
Azerbaïdjan
Biélarus
Belgique
Bosnie-Herzégovine
Bulgarie
Chypre
Croatie
Danemark
Espagne
Estonie
Ex-République yougoslave
de Macédoine
Fédération de Russie
Finlande
France
Géorgie
Grèce
Hongrie
Irlande
Islande
Israël
Italie
Kazakhstan
Kirghizistan
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Monaco
Monténégro
Norvège
Ouzbékistan
Pays-Bas
Pologne
Portugal
République de Moldova
République tchèque
Roumanie
Royaume-Uni
Saint-Marin
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Suède
Suisse
Tadjikistan
Turkménistan
Turquie
Ukraine

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Le Bureau régional de l'Europe est l'un des six bureaux régionaux de l'OMS répartis dans le monde. Chacun d'entre eux a son programme propre, dont l'orientation dépend des problèmes de santé particuliers des pays qu'il dessert.



Organisation mondiale de la santé
Bureau régional de l'Europe

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Tél. : +45 45 33 70 00 Fax : +45 45 33 70 01

Courriel : contact@euro.who.int

Site Web : www.euro.who.int