

Stratégies évaluées et prometteuses

*pour
promouvoir la pratique
régulière d'activités
physiques au Québec*

Avis du comité scientifique de Kino-Québec



Stratégies évaluées et prometteuses

Avis du comité scientifique de Kino-Québec

*pour
promouvoir la pratique
régulière d'activités
physiques au Québec*



Président du Comité scientifique de Kino-Québec :

M. Gaston Godin, Ph. D.

École des sciences infirmières, Université Laval

Les travaux entourant la rédaction du présent avis scientifique ont été menés sous la présidence de :

M. François Péronnet, Ph. D.

Département de kinésiologie, Université de Montréal

Membres du comité :

M^{me} Diane Boudreault, M. Sc.

Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir

D^r Raynald Cloutier

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

D^r François Croteau

médecin, Hôpital Santa Cabrini

M. Jean-Pierre Després, Ph. D.

Centre de recherche sur les maladies lipidiques,
Centre hospitalier de l'Université Laval

M. Pierre Gauthier, Ph. D.

Département d'éducation physique et sportive, Université de Sherbrooke

M^{me} Lise Gauvin, Ph. D.

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

D^r Martin Juneau

Département de médecine et de cardiologie,
Institut de cardiologie de Montréal

D^{re} Johanne Laguë

Institut national de santé publique du Québec

M. Denis Massicotte, Ph. D.

Département de kinanthropologie, Université du Québec à Montréal

D^{re} Élise Martin

Association des pédiatres du Québec

D^r André Nadeau

Département de médecine et Unité de recherche sur le diabète,
Centre hospitalier de l'Université Laval

M. Bertrand Nolin, Ph. D.

Institut national de santé publique du Québec

M. Claude Rousseau

représentant des conseillers Kino-Québec, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

M. Angelo Tremblay, Ph. D.

Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Membre honoraire du Comité :

M. Claude Bouchard, Ph. D.

Pennington Biomedical Research Center, Baton Rouge, Louisiane

M. François Péronnet, Ph. D.

Département de kinésiologie, Université de Montréal

Rédaction :

M^{me} Lise Gauvin, Ph. D.

Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

Révision :

M^{me} Karen Dorion-Coupal, M. Sc.

M^{me} Véronique Martin, M. Sc.

Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir

La rédactrice tient à remercier Lucie Richard, Louise Potvin, Marie-France Raynault et les membres du Comité scientifique pour leurs judicieux commentaires au sujet du présent document.

Document disponible à l'adresse Internet : www.kino-quebec.qc.ca

Kino-Québec est un programme du ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, du ministère de la Santé et des Services sociaux et des Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Production

Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir
Service des communications sport et loisir

Coordination de la production

Steve Vallée, conseiller en communications
Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir
Service des communications sport et loisir

Graphisme

Communication Publi Griffé

Note

Dans le présent document, le genre masculin est utilisé dans le seul but d'alléger la lecture.

Référence bibliographique suggérée

Comité scientifique de Kino-Québec (CSKQ, 2004).
Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec (Avis du comité).
Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir.
Gouvernement du Québec, 32 p.

Dépôt légal – 2004

Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-41161-7

© Gouvernement du Québec, 2004
Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir

Table des matières

Introduction	4
1 La sédentarité : un problème de santé publique	6
2 Les déterminants individuels et éco-environnementaux de la pratique régulière d'activités physiques	10
Les déterminants individuels	11
Les déterminants éco-environnementaux	12
En résumé	13
3 Les principes d'intervention : approches individuelle et populationnelle	14
Les interventions de type individuel	17
<i>Combinaison de cours d'activités physiques et de techniques cognitivo-behaviorales avec une évaluation des facteurs de risque</i>	17
<i>Influences interpersonnelles ou microsociales</i>	17
<i>Variables explicatives des changements de pratique observés lors d'une intervention</i>	18
<i>Stades et processus de changement comportemental</i>	18
Les interventions de type populationnel	19
<i>Changements au programme d'éducation physique</i>	20
<i>Campagnes médias</i>	20
<i>Changements environnementaux</i>	21
<i>Grands essais de prévention en santé cardiovasculaire</i>	21
4 Les interventions à privilégier pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec	22
5 Les besoins de recherche en promotion de la pratique d'activités physiques au Québec	24
Conclusion	26
Références	28





Introduction

Introduction

L'objectif du présent avis du Comité scientifique de Kino-Québec est de dresser un bilan des stratégies éprouvées et prometteuses de la promotion de la pratique régulière d'activités physiques. On entend par éprouvées les interventions dont l'efficacité a été démontrée de manière rigoureuse. On entend par prometteuses celles dont l'efficacité n'a pas été soumise jusqu'à présent à des vérifications rigoureuses, mais dont les caractéristiques laissent croire (compte tenu des connaissances actuelles sur les déterminants du mode de vie et des comportements de santé) qu'elles pourraient entraîner une activité physique accrue au sein de la population. Cet avis a donc pour but d'apporter aux intervenants, aux décideurs publics et aux organismes locaux, régionaux et provinciaux un éclairage actualisé sur les modalités de promotion de l'activité physique au sein de la population québécoise.

L'avis sur les Stratégies éprouvées et prometteuses pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec :

- met en relief les éléments qui permettent de désigner la sédentarité comme un problème de santé publique;
- dresse un profil des déterminants individuels et sociaux de la pratique régulière d'activités physiques;
- offre une description des grands types d'intervention mis à l'essai et souligne les interventions éprouvées et prometteuses de la promotion de l'activité physique;
- souligne les interventions à privilégier pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec;
- formule quelques constats scientifiques sur les besoins de recherche en promotion d'un mode de vie physiquement actif au Québec.



La *sédentarité*
un problème de santé publique

La sédentarité : un problème de santé publique

Les données de recherches épidémiologiques, physiologiques et psychologiques démontrent que la pratique régulière d'activités physiques a des retombées importantes sur la santé et qu'inversement la sédentarité est néfaste pour cette dernière (Comité scientifique de Kino-Québec, 1999; USDHHS, 1996). **On estime que la sédentarité occasionne des coûts importants pour le système de santé (ICRCMV, 1996) en étant associée à :**

- une mortalité précoce (toutes causes confondues);
- une morbidité cardiovasculaire accrue;
- une moins grande capacité de régulation du métabolisme des sucres et des gras;
- une moins grande capacité musculo-squelettique;
- des symptômes de dépression et d'anxiété (Bouchard *et al.*, 1994, USDHHS, 1996).

Bien que la connaissance des relations dose-réponse soit encore partielle (Kesaniemi *et al.*, 2001), les chercheurs conviennent qu'un volume d'activité physique équivalant à au moins 14 kcal/kg par semaine apportera des bénéfices substantiels sur le plan de la santé (CSKQ, 1999; USDHHS, 1996; Pate *et al.*, 1995). Ce volume d'activité physique hebdomadaire pourra être réparti, selon le choix de la personne adulte, sur trois à sept jours, selon l'intensité de pratique des activités retenues (p. ex. : 30 minutes de marche rapide sept jours par semaine ou 30 minutes de jogging assez rapide trois jours par semaine).



Tableau 1

Durée et fréquence que doit avoir une activité physique pour arriver à dépenser environ 1000 kcal par semaine, selon le degré d'intensité de cette activité.

Intensité ¹ (catégorie)	Fréquence (nombre de fois/semaine)	Durée (min)	kcal/séance
Faible	7	60	150
	4	90 à 120	250
Moyenne	7	30	150
	4	45	250
Élevée	7	20	150
	4	30	250

Source : Comité scientifique de Kino-Québec, 1999, p. 20

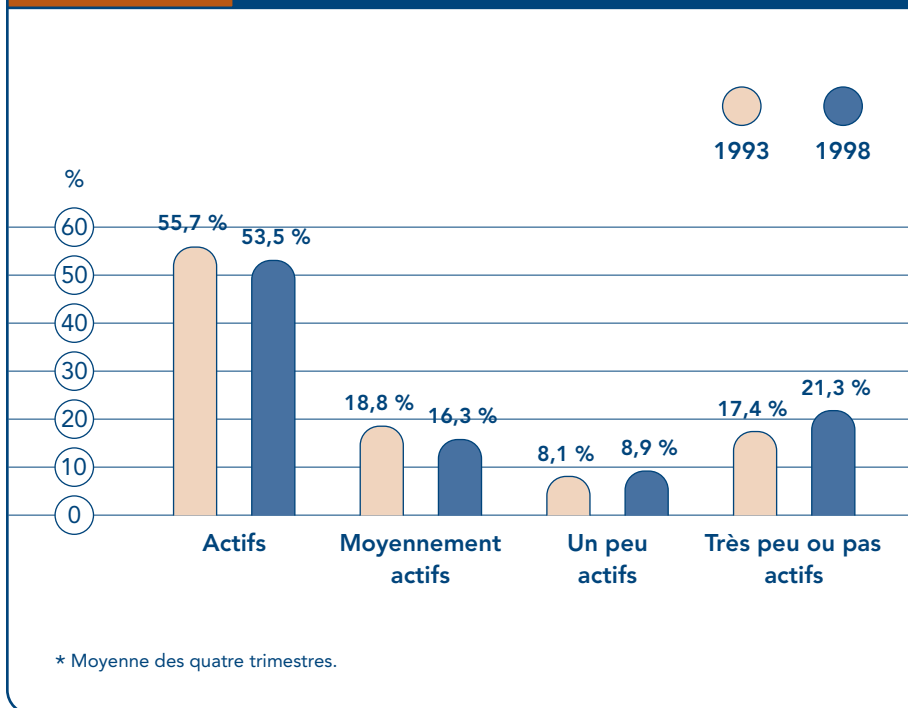
¹ Une activité physique de faible intensité entraîne une dépense énergétique inférieure à 4 kcal/min, une activité d'intensité moyenne, une dépense énergétique de 4 à 8 kcal/min et une activité d'intensité élevée, une dépense énergétique supérieure à 8 kcal/min.

Les données de surveillance comportementale recueillies au Québec, au Canada et aux États-Unis indiquent qu'un pourcentage élevé de la population n'atteint pas le volume d'activité physique recommandé. Au Québec, si l'on exclut l'activité physique associée au travail et aux activités domestiques, près d'une personne sur deux (46,5 % des personnes de 15 ans et plus) n'atteignait pas le volume recommandé d'activité physique de loisir ou de déplacement en 1998 (Nolin et al., 2002). De plus, la proportion des moins actifs (« très peu ou pas actifs ») est passée de 17,4 % à 21,3 % entre 1993 et 1998, un phénomène notamment associé à une diminution de la marche comme moyen de déplacement.

Du côté des jeunes, la situation est tout aussi alarmante, sinon plus. Selon un sondage québécois réalisé en 1998 (Nolin et al., 2002), 57 % des filles et 51 % des garçons âgés de 15 à 19 ans n'atteignaient pas le niveau d'activité physique recommandé par les autorités scientifiques et médicales (Sallis et Patrick, 1994). Comme le soulignait le Comité scientifique de Kino-Québec en 2000 : « À l'âge de 12 ans, la majorité des enfants [des pays industrialisés] présentent au moins un facteur de risque de développer une maladie cardiovasculaire soit par leur obésité, soit par leur pression artérielle élevée, leur consommation de tabac, leur sédentarité ou une dyslipidémie. »

Tableau 2

Niveau moyen* de pratique d'activités physiques de loisir et de déplacement pendant un trimestre, chez la population de 15 ans et plus, au Québec, en 1993 et 1998.



Certes, ces statistiques sont préoccupantes. Toutefois, ce qui l'est encore plus, c'est que, tout comme d'autres habitudes de vie (p. ex. le tabagisme, la mauvaise alimentation et l'utilisation abusive d'alcool) et d'autres indicateurs de santé (la mortalité, la morbidité, la longévité), la **sédentarité semble épouser un gradient qui est fonction de la défavorisation matérielle et sociale.**

Un gradient qui est fonction de la défavorisation matérielle et sociale signifie que **les personnes qui ont une plus faible scolarité et de plus faibles revenus familiaux font moins d'activité physique que les personnes plus scolarisées et qui ont un revenu familial plus élevé. De plus, les personnes qui souffrent :**

Source : Nolin, Prud'homme, Godin, Hamel et coll., 2002, p. 27

- d'une incapacité physique ou d'une maladie chronique (p. ex. les personnes qui souffrent d'une maladie cardiovasculaire, d'arthrite ou de cancer);
- de problèmes affectifs (p. ex. les patients qui souffrent de dépression clinique ou sous-clinique);
- d'une incapacité intellectuelle (p. ex. de déficience intellectuelle);

ont tendance à être moins actives que la population générale (Frankish et al., 1998).

Compte tenu de l'importance du fardeau social et individuel de la sédentarité, de la prévalence de ce phénomène, de sa distribution inégale dans notre société contemporaine et de ses conséquences inquiétantes sur la santé, plusieurs organisations nationales et internationales affirment que la sédentarité constitue une problématique de santé publique.

(Kino-Québec, 2000; Pate et al., 1995; Fletcher et al., 1992)



*Les **déterminants***

individuels et éco-environnementaux de la pratique régulière d'activités physiques

Les déterminants individuels et éco-environnementaux de la pratique régulière d'activités physiques

Les déterminants individuels

Pour développer une stratégie de lutte contre la sédentarité, il importe de connaître les déterminants de la pratique régulière d'activités physiques qui pourraient éventuellement devenir des cibles d'intervention. Plusieurs recensions des écrits sur ce sujet ont été publiées au cours des deux dernières décennies (Booth *et al.*, 2001; Dishman, 1988, 1994; French *et al.*, 2001; Sallis et Owen, 1999; Sherwood et Jefferey, 2000; Trost *et al.*, 2002; Wetter *et al.*, 2001). Ces recensions portaient, jusqu'à récemment, presque exclusivement sur les **déterminants individuels** de la pratique régulière d'activités physiques de loisir ou encore sur les déterminants individuels de l'adhésion à un programme structuré d'activités physiques de loisir. **En 2003, on estimait à environ 300 le nombre d'écrits sur les déterminants individuels** (Trost *et al.*, 2002).

Sallis et Owen (1999) présentent un sommaire des caractéristiques individuelles associées à la pratique régulière d'activités physiques de loisir. En ce qui a trait aux **facteurs socio-démographiques et biologiques**, il semble que les personnes de sexe masculin, moins âgées, non obèses (IMC < 30 kg/m²), de scolarité élevée (souvent collégiale ou universitaire) et de revenu familial élevé pratiquent plus régulièrement des activités physiques dans leurs heures de loisir que les personnes de sexe féminin, de faible scolarité (secondaire non terminé) et de faible revenu familial. Ce constat a été fait dans la plupart des pays industrialisés (Caspersen *et al.*, 1994; Dishman, 1994; Frankish *et al.*, 1998).

L'efficacité personnelle perçue renvoie à la croyance que l'on a de sa capacité à adopter des comportements de santé.

la capacité que l'on croit avoir d'exécuter certaines activités physiques, mais aussi de surmonter les difficultés et barrières associées à l'adoption et au maintien du comportement visé. Les données indiquent également que plus les gens ont confiance en leurs moyens (c.-à-d. en leur capacité de maintenir la fréquence de leurs

La variable psychologique qui a été, de loin, le plus souvent associée à la pratique régulière d'activités physiques de loisir est **l'efficacité personnelle perçue** (*self-efficacy*; Bandura, 2001). C'est la

activités physiques, d'éviter les tentations associées à des activités sédentaires, de résister à l'envie d'être sédentaires ou de pratiquer diverses activités physiques malgré la présence de barrières ou de difficultés), plus leur intention d'adopter ou de maintenir un comportement donné sera ferme et plus ils démontreront d'effort et de persévérance dans le maintien de ce comportement.

Plusieurs données d'études faisant appel à des **modèles socio-cognitifs** (Godin et Kok, 1996) ont permis de cerner les caractéristiques psychologiques des personnes physiquement actives, soit :

- une efficacité personnelle perçue élevée dans le maintien d'un mode de vie actif;
- une forte intention de pratiquer régulièrement des activités physiques;
- des attitudes positives envers l'idée d'entreprendre une activité physique donnée;
- des attentes positives, mais réalistes, envers les retombées d'une pratique régulière d'activités physiques;
- une expérience de réussite dans l'adoption ou le maintien d'une pratique régulière d'activités physiques;
- le plaisir retiré de la pratique d'activités physiques.

Outre des variables psychologiques, les chercheurs se sont attardés à examiner le lien entre des **variables sociales** et l'exercice physique. Ils ont cherché à savoir, en particulier, si les conseils offerts par des professionnels de la santé (la plupart du temps, des médecins) et le soutien social perçu de la part de la famille et des amis étaient associés à une pratique plus régulière. En parallèle, ils ont examiné les obstacles perçus à l'adoption et au maintien d'une pratique régulière. À cet égard, Simons-Morton et ses collaborateurs (1988) concluent que les participants touchés par leur étude ont entrepris un programme d'activités physiques après avoir reçu des conseils de la part de leur médecin visant à les encourager à pratiquer des activités physiques de façon régulière. Toutefois, cette influence est temporaire puisque les médecins peuvent rarement effectuer un suivi régulier. Pour leur part, Carron, Hausenblas et Mack (1996) concluent que le soutien social fourni par les proches permet de conforter les participants dans leur démarche d'adoption ou de maintien d'une pratique régulière d'activités physiques.

Les gens qui se croient capables de pratiquer des activités physiques de façon régulière consacreront beaucoup d'efforts dans l'adoption et le maintien de ce comportement.

Par ailleurs, les gens sédentaires déclarent que les éléments suivants sont des obstacles importants à un mode de vie plus actif (Trost et al., 2002) :

- le manque de temps;
- la fatigue;
- le peu d'accès aux infrastructures et aux installations sportives;
- le mauvais temps;
- la peur de chuter;
- le manque de partenaires.

En bref, voici les déterminants individuels qui ont été associés positivement à la pratique régulière d'activités physiques de loisir :

Facteurs socio-démographiques et biologiques	Sexe masculin, jeune âge, non obèse, scolarité plus élevée, revenu familial plus élevé
Facteurs définis dans les modèles socio-cognitifs	Efficacité personnelle perçue élevée, intention forte, attitude positive, plaisir retiré, attentes positives mais réalistes, expérience de succès
Facteurs sociaux	Conseils offerts par un professionnel de la santé, soutien social perçu de la part de la famille et des amis

Les déterminants éco-environnementaux

On assiste actuellement à un élargissement de la vision des déterminants de la pratique régulière d'activités physiques, vision fondée sur les approches écologiques de la promotion de la santé (Ashton et Seymour, 1988; Bunton et MacDonald, 1992; Kickbush, 1986; Smedley et Syme, 2001). Cet élargissement est venu combler les lacunes apparentes des approches existantes. Alors que les premiers efforts pour étudier les comportements de santé étaient centrés sur les facteurs personnels, les efforts actuels portent sur les caractéristiques des milieux de vie qui sont associées à différents comportements de santé (Ellaway et Macintyre, 1996). Ainsi, les recherches actuelles incluent des **déterminants environnementaux et sociaux** (Berkman et Kawachi, 2000; Bandura, 1986; Green, Richard et Potvin, 1996; Stokols, 1992, 1996). On vient d'ailleurs de publier des numéros spéciaux des périodiques *American Journal of Public Health* (vol. 93, septembre 2003) et *American Journal of Health Promotion* (vol. 18, septembre 2003) sur le thème de l'environnement bâti et la santé, dont relève la pratique régulière d'activités physiques.

Les variables éco-environnementales se rapportent à l'environnement physique et social des populations, de même qu'aux caractéristiques des organisations qui donnent accès à des ressources permettant à leurs membres de combler leurs besoins et de poursuivre leurs aspirations personnelles.

L'approche écologique reconnaît l'importance à la fois des variables personnelles et des variables éco-environnementales. Elle vise à documenter les facteurs environnementaux, organisationnels et sociaux qui peuvent être associés à des facteurs personnels et psychologiques de même qu'à l'adoption et au maintien de certaines habitudes de vie (Powell, Kreuter et Stephens, 1991; Sallis et Owen, 1997, 1999).

Une recension effectuée en 2002 par Trost a permis de retracer **une quinzaine d'articles sur les déterminants éco-environnementaux d'une pratique régulière d'activités physiques**. Malgré ce petit nombre, les connaissances actuelles sur les déterminants du mode de vie et des comportements de santé révèlent l'importance de l'environnement comme élément déterminant d'un changement comportemental. Évidemment, le nombre réduit d'écrits sur les déterminants éco-environnementaux limite la portée des conclusions que l'on peut en tirer.





Photo : Marcel Blondeau

Cohen et ses collaborateurs (2000) proposent de regrouper en quatre rubriques les déterminants environnementaux :

- 1 disponibilité/accessibilité de produits et de ressources à la consommation (p. ex. accessibilité d'installations sportives);
- 2 infrastructures physiques ou environnementales qui favorisent l'adoption ou le maintien d'une habitude de vie (p. ex. potentiel piétonnier d'un quartier résidentiel ou présence d'espaces verts);
- 3 structure sociale et politiques publiques (p. ex. temps minimum accordé à l'éducation physique dans le programme d'éducation);
- 4 médias et messages culturels (p. ex. campagnes de promotion et normes macrosociales quant à la pratique régulière d'activités physiques).

N. B. : Des chercheurs travaillent actuellement à mieux documenter le rôle de chacun de ces types de déterminants environnementaux.

Malgré le petit nombre d'études sur cette question, certains aspects de l'environnement sont associés positivement à une pratique régulière d'activités physiques :

- un degré d'urbanisation élevé (vivre en milieu urbain plutôt qu'en milieu rural ou en banlieue);
- un degré de sécurité piétonnière élevé (c.-à-d. un faible taux de criminalité, une faible circulation automobile, des trottoirs et un éclairage adéquats);
- la disponibilité et l'accessibilité d'infrastructures sportives;
- la présence, dans l'entourage, de personnes qui sont actives physiquement (Saelens *et al.*, 2003; Trost *et al.*, 2002).

L'intérêt pour l'approche écologique ne s'est manifesté qu'au cours des dernières années, ce qui explique le caractère limité de l'information disponible. Il faudra reproduire à grande échelle les liens rapportés avant de pouvoir tirer des conclusions. En outre, les études portant sur ces liens ont été menées principalement aux États-Unis. Bien que l'on puisse supposer que leurs conclusions s'appliquent au contexte québécois, il est préférable de mener des études sur notre propre réalité, d'autant plus que de nombreux aspects de l'environnement physique, organisationnel et social n'ont pas été explorés à fond. C'est le cas, par exemple, du lien entre, d'une part, la structure sociale et les politiques publiques, la qualité des services offerts à la population en matière d'activités physiques, la portée des messages médiatiques ainsi que la disponibilité et la qualité du transport en commun et, d'autre part, la pratique régulière d'activités physiques. Les prochaines études devront être orientées en ce sens pour pallier cette lacune.

En résumé...

On note, depuis quelques années, un intérêt de plus en plus marqué pour les déterminants éco-environnementaux :

- les recherches étaient centrées jusqu'à récemment sur les facteurs personnels (environ 300 écrits);
- la vision des déterminants de la pratique régulière d'activités physiques s'est élargie pour intégrer les nouvelles approches écologiques de la promotion de la santé (une quinzaine d'articles);
- l'approche écologique tient compte à la fois des variables personnelles et des variables éco-environnementales;
- les déterminants éco-environnementaux se rapportent à l'environnement physique et social d'une population de même qu'aux caractéristiques des organisations;
- la recherche sur les déterminants éco-environnementaux présente certaines limites : le sujet est récent, la quantité de données est limitée, peu d'études ont été menées à grande échelle, les études ont été menées principalement aux États-Unis, enfin, plusieurs aspects de l'environnement physique, organisationnel et social n'ont pas été explorés.

A grayscale photograph of a group of children sitting in a circle on a gymnasium floor. Some children are holding a basketball. In the foreground, a large, semi-transparent globe is visible, partially overlapping the children. The overall scene is bright and captures a moment of group activity.

Les principes **d'intervention**
approches individuelle et populationnelle

Les principes d'intervention : approches individuelle et populationnelle

Il est généralement accepté que pour agir sur des problématiques de santé publique liés aux comportements de santé (p. ex. le tabagisme, la sédentarité, la

Le terme « intervention » désigne des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies qui sont l'initiative d'une équipe d'intervenants ayant pour but de faire adopter ou maintenir des attitudes, des normes ou des comportements.

(Gauvin et al., 2001; Lévesque et al., 2000)

mauvaise alimentation, les comportements sexuels à risque et la consommation d'alcool), **il est primordial d'adopter une approche qui intègre des interventions de types individuel et populationnel** (Glasgow et al., 1999a, 1999b; Jefferey, 1989; Rose, 1992; Smedley et Syme, 2001; Vogt, 1993).

Comme l'ont mentionné Lichtenstein et Glasgow (1992), **les interventions de type individuel :**

- s'étendent généralement sur plusieurs séances;
- se déroulent habituellement en milieu médical ou psychothérapeutique;
- sont l'initiative de professionnels de la santé.

Voici des exemples d'interventions de type individuel :

- utilisation de techniques d'intervention cognitivo-comportementales;
- combinaison de cours d'éducation à la santé, d'évaluation de la condition physique et de certains risques pour la santé (pression artérielle élevée, hypercholestérolémie, embonpoint, diabète de type 2, etc.) et de diffusion d'information au sujet des retombées d'une pratique régulière d'activités physiques sur la santé;
- cours d'activités physiques;
- information sur la disponibilité des infrastructures sportives;
- encadrement par un entraîneur personnel;
- référence à des sites Internet;
- mise sur pied de systèmes de récompense et de contrat;
- enseignement de la visualisation, des techniques de pensée positive, des techniques de contrôle mental.

Qu'est-ce que l'approche cognitivo-comportementale?

Jusqu'à ce jour, les interventions de type individuel qui semblent donner de meilleurs résultats s'apparentent à l'approche cognitivo-comportementale.

Cette approche combine l'enseignement d'habiletés telles que la fixation d'objectifs personnels, la maîtrise de techniques d'auto-surveillance, l'autorenforcement, l'analyse décisionnelle, le contrôle des pensées négatives, la prévention des rechutes, le soutien social et les changements progressifs.

En d'autres mots, il s'agit de favoriser le développement d'habiletés d'autogestion.

N. B. : Pour plus d'information, voir

Baumeister, Heatherton, et Tice, 1994; Rejeski et Kenney, 1988.



Les interventions de type populationnel, quant à elles :

- accordent aux participants plus de souplesse dans le choix de leurs activités;
- sont souvent diffusées en milieu communautaire par la présence de ressources dans les milieux de vie (écoles, travail, etc.);
- sont l'initiative de meneurs d'opinion ou de leaders communautaires, parfois avec l'appui de diverses ressources professionnelles.

Ces interventions peuvent avoir pour but de mettre des personnes en réseau, ou encore d'instaurer un changement organisationnel ou communautaire. Voici des exemples d'interventions de type populationnel visant à :

mettre des personnes en réseau :

- organiser des séances de groupe traitant des techniques de résolution de problèmes;
- mettre en place un système de soutien social;
- mettre sur pied des groupes de discussion;

instaurer un changement organisationnel :

- augmenter l'accessibilité des infrastructures sportives;
- modifier l'environnement physique;
- proposer à des entreprises des programmes clés en main d'activités physiques s'adressant aux employés;
- offrir des mesures incitatives;

instaurer un changement communautaire :

- créer des pistes cyclables;
- assurer un service téléphonique qui informe des programmes et services disponibles dans la communauté;
- obtenir des tarifs avantageux pour les services communautaires.

Les interventions de types individuel et populationnel qui visent à modifier des habitudes de vie, qu'il s'agisse d'accroître la pratique d'activités physiques ou d'adopter d'autres habitudes de vie bénéfiques pour la santé, se différencient par leur nature et par l'importance de leurs effets (Jefferey, 1989; Rose, 1992). Les interventions de type populationnel n'entraînent généralement pas de grandes modifications du comportement; en revanche, elles ont un effet sur un grand nombre de personnes. Ainsi, le fait de proposer un programme d'entraînement personnalisé à des personnes sédentaires – une stratégie difficilement transposable à l'échelle d'une population – peut amener ces dernières à augmenter leur activité physique de manière importante, alors qu'une modification de l'environnement physique suivi d'une campagne de promotion de l'activité physique aura un effet moins prononcé sur chaque personne, mais touchera beaucoup plus de gens.



Puisque les interventions de types individuel et populationnel n'agissent pas à la même échelle, il ne faut pas s'attendre à pouvoir comparer la nature et l'importance de leurs retombées respectives. Ainsi, malgré l'absence de preuves scientifiques et la difficulté, aujourd'hui, de démontrer l'efficacité des interventions populationnelles, plusieurs raisons incitent tout de même à les employer.

Ces raisons sont les suivantes :

- la sédentarité et l'obésité sont à la hausse et il est donc urgent d'intervenir sur tous les plans possibles;
- les limites des interventions individuelles sont dorénavant documentées et reconnues par les experts;
- les succès obtenus dans le domaine de la lutte contre le tabagisme et de la prévention des traumatismes encouragent à utiliser les interventions de type populationnel axées sur la modification des environnements.

C'est d'ailleurs à la lumière de toutes ces connaissances que les chercheurs et praticiens de la santé publique adoptent de plus en plus des modèles d'intervention écologiques (intégration des variables personnelles et éco-environnementales) pour guider leurs études et leurs interventions.

Il est important de reconnaître que les interventions de type individuel et les interventions de type populationnel sont complémentaires et doivent s'inscrire dans une stratégie globale de lutte contre la sédentarité. Elles ne doivent pas être opposées l'une à l'autre.

Les interventions de type individuel

Les interventions de type individuel qui font l'objet de cet avis et dont l'efficacité a été évaluée sont :

- les interventions qui combinent des cours d'activités physiques, des techniques cognitivo-comportementales et une évaluation des facteurs de risque dans des milieux scolaires, hospitaliers ou communautaires;
- les interventions qui font appel à l'influence interpersonnelle ou microsociale.

Combinaison de cours d'activités physiques et de techniques cognitivo-comportementales avec une évaluation des facteurs de risque

Quelques recensions des écrits et méta-analyses disponibles sur la question (Blair et Morrow, 1998; *Centers for Disease Control and Prevention*, 2001; Dishman et Buckworth, 1996; Kahn *et al.*, 2002; King, Rejeski et Buchner, 1998; Stone *et al.*, 1998; Taylor, Baranowski et Rohm-Young, 1998; USDHHS, 1999) montrent que les interventions qui combinent des cours d'activités physiques et des techniques cognitivo-comportementales avec une évaluation des facteurs de risque pour la santé dans des milieux scolaires, hospitaliers ou communautaires **peuvent augmenter de façon significative la pratique d'activités physiques chez les personnes touchées.**

L'efficacité de ces interventions ne semble pas varier beaucoup selon l'âge, le sexe et l'état de santé des participants. De plus, Dishman et Buckworth (1996) ont observé des effets standardisés¹ variant de 0,10 à 0,92, ce qui indique que les effets peuvent être très petits ou très grands selon la nature de l'intervention. Notamment, des effets mineurs ont été observés lorsque l'activité dont on faisait la promotion était la musculation, tandis que les effets les plus importants ont été observés lorsqu'il s'agissait d'activités aérobiques d'intensité moyenne.

¹ Lorsque les chercheurs effectuent une méta-analyse (c.-à-d. une intégration quantitative des données de recherche), les résultats des études sont standardisés de façon à pouvoir être comparés les uns avec les autres. Les effets standardisés de la méta-analyse de Dishman et Buckworth ont pris la forme d'une proportion d'un écart-type du groupe témoin. Ainsi, une étude rapportant un effet de 0,5 indique que les personnes du groupe expérimental ont, en général, un pointage d'un demi écart-type plus élevé que les personnes du groupe témoin. La « règle du pouce » veut que des effets standardisés de 0,25, 0,5 et 0,75 soient respectivement de petite, moyenne et grande taille.

Influences interpersonnelles ou microsociales

Certaines interventions de type individuel font appel à l'**influence interpersonnelle ou microsociale**. Voici les interventions qui ont été étudiées.

Les interventions auprès de la famille

- Les travaux d'Epstein *et al.* (1985) pour promouvoir la pratique d'activités physiques et la perte de poids auprès des enfants obèses ont démontré qu'une intervention familiale pouvait avoir un effet significatif sur l'adoption de saines habitudes de vie par les jeunes qui présentent un excès pondéral important.
- Par contre, le *San Diego Family Health Project* (Nader *et al.*, 1989), qui consistait lui aussi en une démarche d'éducation à la santé (c.-à-d. en des rencontres hebdomadaires pendant lesquelles on diffusait de l'information sur la santé familiale, on animait des discussions et on favorisait la résolution de problèmes avec l'appui d'autres familles), n'a eu que très peu de retombées sur le plan comportemental.

Les interventions structurées autour de la dynamique de groupe

- La formation d'un instructeur pour qu'il puisse fournir un renforcement verbal positif aux jeunes adultes et créer une atmosphère sociale stimulante et chaleureuse pour les adultes plus âgés favorise des réactions positives et encourage la pratique régulière d'activités physiques (Lutes, Rejeski et Gauvin, 2000; Brawley, Rejeski et Lutes, 2000).

Les interventions des médecins en cabinet privé

- Les études qui portent sur les interventions des médecins consultés en cabinet privé (Simons-Morton *et al.*, 1988; *The Writing Group for the Physical Activity Counseling Trial*, 2001) démontrent que ces derniers peuvent avoir une influence positive sur la pratique d'activités physiques de leurs patients. Toutefois, cette influence produit une faible augmentation et nécessite, de la part des médecins, un investissement de temps important.

Variables explicatives des changements de pratique observés lors d'une intervention

D'autres études (Baranowski *et al.*, 1998; Kraemer *et al.*, 2001) portent sur **les variables susceptibles d'expliquer les changements observés dans la pratique d'activités physiques lors d'une intervention**. Il s'agit de mieux comprendre les processus sous-jacents aux changements de comportement afin de maximiser l'efficacité des interventions. Les données disponibles sur le sujet et les modèles théoriques mis à l'essai par les chercheurs laissent entendre que :

- lorsque les interventions permettent aux gens de développer une intention forte de pratiquer régulièrement des activités physiques de loisir, les chances de maintenir cette pratique régulière sont accrues (Milne *et al.*, 2000);
- lorsque les interventions permettent d'augmenter l'efficacité personnelle perçue (la confiance en ses capacités de maintenir un changement de comportement ou de pratiquer les activités physiques proposées dans le cadre d'un programme), les chances de succès sont d'autant plus accrues (McAuley *et al.*, 1999; McAuley et Blissmer, 2000).

Stades et processus de changement comportemental

Finalement, on assiste à une prolifération d'études qui s'appuient sur un modèle théorique appelé « **stades et processus de changement comportemental** » (Prochaska, Redding et Evers, 1997; Vandelanotte et De Bourdeaudhuij, 2003). Ce modèle, inspiré de la lutte contre le tabagisme, a pour prémisse que **l'adoption et le maintien d'une nouvelle habitude de vie passent par différents stades de changement caractérisés, chacun, par une configuration psychologique donnée :**

- au stade de la **précontemplation**, les gens ne sont pas sensibilisés aux problèmes de santé causés par leur comportement et n'ont aucune intention de changer leurs habitudes de vie;
- au stade de la **contemplation**, les gens sont sensibilisés aux retombées négatives de leur comportement et mûrissent l'idée d'effectuer un changement;
- au stade de la **préparation**, les gens ont une forte intention de changer une habitude de vie et entreprennent quelques démarches en ce sens;
- au stade de l'**action**, les gens ont toujours une forte intention de changer de mode de vie et décident de passer à l'action;
- au stade du **maintien**, les gens ont changé de mode de vie avec succès pendant une période de temps significative et font des efforts pour maintenir leurs acquis.

Pour favoriser le passage d'un stade à un autre, les tenants de ce modèle dit « transthéorique » (Marcus *et al.*, 2000a; Prochaska, 2001) proposent d'adopter différentes stratégies allant de la diffusion d'information jusqu'à l'autorenforcement en passant par le soutien social. Ces stratégies doivent être bien appariées au stade de changement où se trouve la personne. Toutefois, selon une étude de Godin et ses collègues effectuée à partir de données québécoises, cette approche n'est pas nécessairement la meilleure pour décrire les stades de motivation présents au sein d'une population à l'égard de la pratique d'activités physiques (Godin, Valois et Desharnais, 2001; Godin *et al.*, sous presse). En effet, les chercheurs sont généralement d'avis que les deux premiers stades du modèle de Prochaska sont définis par des intentions, tandis que les trois derniers sont liés à des critères de comportement (Blissmer et McAuley, 2002). Selon Godin et ses collègues (1995), pour bien cerner l'attitude d'une personne à l'égard de l'activité physique, il serait plus approprié d'adopter un modèle



Les interventions qui permettent d'augmenter l'efficacité personnelle perçue sont structurées de façon à assurer de multiples succès aux participants et à leur offrir un encadrement de soutien. De plus, **des attentes positives et réalistes** à l'égard des retombées personnelles d'une pratique régulière d'activités physiques semblent être une condition essentielle au maintien de cette pratique, tout comme semble l'être une attitude positive vis-à-vis les activités physiques pratiquées (Rothman, 2000).

qui tienne compte de manière **simultanée**, et non pas seulement consécutive, à la fois de l'**intention** de cette personne de s'engager dans une pratique d'activités physiques et de ses **comportements récents** en la matière.

Compte tenu du succès du modèle transthéorique dans le domaine de la lutte contre le tabagisme (Prochaska, 2001), des chercheurs l'ont adapté à la promotion de la pratique régulière d'activités physiques. Ils ont tenté de diffuser à grande échelle ce type d'intervention en transformant, toutefois, la façon d'approcher les personnes. Ainsi, des envois postaux permettant aux utilisateurs de remplir un questionnaire et de s'autoévaluer pour connaître leur stade de changement ont été conçus, réalisés et évalués (Dunn *et al.*, 1998). Cette démarche a eu un succès relatif. Bien que plusieurs études confirment la présence de caractéristiques psychologiques définies à différents stades de changement, l'efficacité de certaines stratégies n'a pas été bien documentée dans le domaine de l'activité physique (Biddle et Mutrie, 2001). De plus, les études d'impact portant sur ce type d'intervention n'ont pas démontré qu'il avait un effet significatif sur la pratique régulière d'activités physiques (Dunn *et al.*, 1998; Marcus *et al.*, 2000b).

En somme, **les interventions de type individuel** effectuées dans des milieux de vie tels le lieu de travail et le quartier résidentiel, et ce, auprès de populations adultes qui ne souffrent pas de problèmes de santé particuliers, **peuvent mener à une augmentation importante de la pratique régulière d'activités physiques chez les personnes rejointes**. Toutefois, ces effets sont davantage susceptibles de se produire lorsque les interventions incluent des éléments d'ordre cognitivo-behavioral (p. ex. l'établissement d'objectifs, l'enseignement d'habiletés d'autosurveillance et l'enseignement d'habiletés d'autorenforcement) et lorsqu'elles favorisent le développement de l'efficacité personnelle perçue.

Les interventions de type populationnel

Les **interventions de type populationnel** ont été beaucoup moins étudiées que les interventions de type individuel dans le domaine de la promotion de la pratique régulière d'activités physiques de loisir et de déplacement.

Quelques études ont tenté de démontrer l'efficacité des interventions suivantes :

- les interventions qui visent à changer les programmes d'éducation physique;
- les campagnes médias qui visent à changer des habitudes de vie;
- les changements environnementaux qui consistent, par exemple, à favoriser l'utilisation de voies cyclables et les démarches qui multiplient les possibilités d'entreprendre une variété d'activités physiques (p. ex. la création de nouveaux centres sportifs ou de conditionnement physique).

Aucune donnée n'est disponible sur l'effet des politiques publiques, ce qui rend les généralisations limitées bien que l'on commence à s'activer autour de cette thématique (King *et al.*, 1995; Orleans, 2000; Sallis *et al.*, 1998; Spence *et al.*, 2001; Torres, 2001). Il n'y a pas non plus d'études comparant l'effet des systèmes sportifs sur l'activité physique des populations. Toutefois, van Bottenburg (sous presse) a démontré que les succès des vedettes sportives locales et la tenue d'événements sportifs de haut niveau n'ont un effet sur la participation sportive populaire que si ces éléments s'accompagnent d'activités particulières de promotion de la part des fédérations sportives concernées.



Changements au programme d'éducation physique

En ce qui a trait à l'introduction de changements au programme d'éducation physique, une dizaine d'études examinent l'efficacité d'y inclure des activités d'éducation à la santé (diffusion d'information sur les retombées de certaines habitudes de vie et, parfois, expérimentation de différentes activités physiques). Pour la plupart, les études démontrent que ces changements n'entraînent pas d'augmentation significative de la pratique régulière d'activités physiques (Stone et al., 1998). Lorsqu'elles signalent une augmentation, elle est minime.

Par ailleurs, une dizaine d'études portent sur les interventions visant à modifier les programmes d'études et les politiques afin d'augmenter le temps de pratique d'activités physiques d'intensité moyenne

et élevée (Kahn et al., 2002). Cet objectif peut être atteint de plusieurs façons : augmenter le nombre de cours d'éducation physique, augmenter la durée des cours d'éducation physique ou maximiser le temps actif des élèves ou étudiants à l'intérieur des cours d'éducation physique (par exemple : privilégier les activités aérobiques ou modifier les règlements des activités proposées en classe afin que les élèves soient plus actifs). Généralement, les études démontrent que de

telles modifications entraînent une augmentation de la pratique régulière d'activités physiques et parfois même une diminution de l'indice de masse corporelle (Kahn et al., 2002).

On en conclut que l'introduction de changements aux programmes d'éducation physique, plus que la diffusion d'information sur les bienfaits de l'exercice physique peut avoir un effet positif sur l'augmentation de la pratique régulière d'activités physiques chez les jeunes.



Campagnes médias

Une autre stratégie de changement d'habitudes de vie qui a été largement appliquée est la **campagne média**. Les diverses campagnes menées par Kino-Québec et ParticipAction sont des exemples d'interventions auxquelles plusieurs Québécoises et Québécois ont été exposés. Des campagnes semblables ont été menées en Australie, en Scandinavie et aux États-Unis; ces dernières portaient non seulement sur la pratique régulière d'activités physiques, mais aussi, souvent, sur les habitudes de vie propices à la prévention de maladies chroniques, surtout les maladies cardiovasculaires.

Ces campagnes sont parfois associées à une augmentation de l'activité physique de la population, mais elles ont principalement pour mérite de susciter une intention de pratiquer des activités physiques, intention qui est, on l'a vu, un préalable à un mode de vie physiquement actif.

De telles campagnes doivent faire partie intégrante de toute stratégie multimodale de promotion d'une pratique régulière d'activités physiques.

(Sallis et Owen, 1999)

Changements environnementaux

Les rares études qui portent sur les changements apportés à l'**environnement physique et organisationnel** ont montré des résultats prometteurs. D'après ces études, les interventions suivantes ont des retombées favorables :

- l'amélioration des voies cyclables et des équipements de conditionnement physique (Linenger, Chesson et Nice, 1991);
- l'accessibilité à des ressources permettant de pratiquer des activités physiques ou à des endroits où l'on peut marcher (Sallis et Owen, 1999);
- l'installation de panneaux publicitaires à l'intention des utilisateurs du métro pour les inciter à prendre les escaliers plutôt que les escaliers mécaniques (Blamey *et al.*, 1995).

De façon générale, on reconnaît qu'il est important d'augmenter l'accessibilité des infrastructures de loisir (espaces verts, parcs), des installations sportives, des voies cyclables et des endroits de marche, de même que d'aménager des environnements favorables dans des milieux de vie tels les écoles et les lieux de travail (Saelens *et al.*, 2003; Torres *et al.*, 2001).

Quelques exemples :

Le milieu scolaire

- l'utilisation de thèmes liés à l'activité physique par l'ensemble des enseignants;
- des cours d'école aménagées;
- des récréations structurées et animées;
- l'accessibilité des installations sportives en dehors des heures de classe;

Le milieu de travail

- un support à vélo à l'abri des intempéries;
- des douches et des vestiaires;
- des cages d'escalier propres et sécuritaires;
- des heures de dîner flexibles.

Grands essais de prévention en santé cardiovasculaire

Il est utile, enfin, de se pencher sur les **grands essais de prévention en santé cardiovasculaire** faits aux États-Unis (p. ex. le *Stanford 5-City Project* et le *Minnesota Heart Health Project*) et en Scandinavie (le Programme de la Carélie du Nord). Ces essais comprenaient de multiples interventions, souvent de type individuel, et visaient des communautés entières. Ils comprenaient, par exemple, des campagnes publicitaires accompagnées d'un dépistage individuel de facteurs de risque pour la santé, des invitations à pratiquer des activités physiques, un renforcement des réseaux sociaux informels ou encore une augmentation de services permettant une pratique régulière d'activités physiques. L'efficacité de ces grands essais de prévention fait encore l'objet de débats (Ebrahim et Davey-Smith, 2001; Susser, 1995).

En somme, **les interventions populationnelles peuvent avoir des retombées significatives sur la pratique régulière d'activités physiques à l'échelle de la population touchée**. L'émergence relativement récente d'une vision écologique du problème de la sédentarité ouvre tout un chantier de recherche dont les retombées s'annoncent déjà très prometteuses.





*Les interventions à privilégier pour **promouvoir**
la pratique régulière d'activités physiques au Québec*

Les interventions à privilégier pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques au Québec

Les chercheurs du domaine de l'activité physique sont unanimes : **pour lutter contre la sédentarité, il faut déployer de façon continue un vaste éventail d'interventions de types populationnel et individuel, et ce, dans plusieurs milieux de vie et milieux professionnels** (milieux de la santé publique, médical et psychothérapeutique). À la lumière de la recension des écrits disponibles sur l'efficacité des interventions mises à l'essai jusqu'à récemment, il apparaît judicieux de prendre les mesures suivantes :

- Augmenter l'accessibilité des infrastructures de loisir (espaces verts, parcs), des installations sportives, des voies cyclables et des endroits de marche, de même que d'aménager des environnements favorables dans des milieux de vie tels les écoles, les lieux de travail et les communautés. Cette démarche devra être accompagnée de campagnes médias visant à sensibiliser la population à la présence de ces ressources et à rappeler l'importance de pratiquer régulièrement des activités physiques.
 - Entreprendre des campagnes de marketing social pour promouvoir la pratique régulière d'activités physiques de diverses formes. Ce type d'intervention devrait susciter des attitudes plus positives
- à l'égard de la pratique d'activités physiques et renforcer l'intention des gens d'être plus actifs. Bien que la pratique régulière d'activités physiques soit aussi tributaire d'occasions de pratique et d'environnements physiques et sociaux favorables, il demeure important de maintenir de telles campagnes.
- Augmenter les occasions de pratique d'activités physiques, par exemple en augmentant le temps alloué à l'éducation physique et en offrant aux jeunes de tous les niveaux d'habileté une plus grande accessibilité aux installations sportives. Les données démontrent qu'une éducation à la santé (comprenant principalement la diffusion d'information sur les retombées de la pratique régulière d'activités physiques sur la santé) ne suffit pas pour changer les habitudes de vie en cette matière.
 - Bonifier les interventions de type individuel visant à accroître la pratique régulière d'activités physiques de loisir et de déplacement, sous forme de programmes et de services offerts dans les CLSC, les milieux hospitaliers et médicaux, les centres de conditionnement physique et les services municipaux de loisir. Ces interventions devraient s'inspirer de l'approche cognitivo-behaviorale pour susciter des changements de comportement. De plus, elles devraient renseigner les participants sur les ressources présentes dans leur milieu de vie et l'existence d'environnements favorables à une pratique régulière d'activités physiques.





Les besoins de **recherche**

en promotion de la pratique d'activités physiques au Québec

Les besoins de recherche en promotion de la pratique d'activités physiques au Québec

Globalement, les écrits démontrent que les interventions de type individuel peuvent avoir un effet significatif sur la pratique régulière d'activités physiques chez les personnes concernées. Quant aux études disponibles sur les approches populationnelles, bien qu'elles soient moins nombreuses, elles démontrent à leur tour que des changements environnementaux visant simultanément plusieurs cibles (environnement, organisation, réseau social) peuvent entraîner une augmentation de l'activité physique.

Comme il a été mentionné précédemment, les connaissances au sujet de l'efficacité des interventions qui visent une augmentation de la pratique régulière d'activités physiques présentent des lacunes qui devront être comblées si l'on veut réduire les inégalités sociales et de santé en basant les interventions sur une connaissance éclairée de la problématique de la sédentarité et de ses causes sous-jacentes. Voici donc quelques considérations utiles pour ouvrir de nouvelles avenues de recherche :

- Peu d'études portent sur les **déterminants environnementaux** (présence d'environnements favorables à une pratique régulière d'activités physiques et équité de l'offre), **macrosociaux** (normes sociales et variabilité de ces normes) et **organisationnels** (variabilité de l'offre de programmes et de services de promotion de la pratique d'activités physiques) de la pratique régulière d'activités physiques de loisir et de déplacement, de même que sur le lien entre les déterminants sociaux et individuels de l'adoption et du maintien d'un mode de vie physiquement actif.
- On a peu documenté le **type et l'étendue des interventions de promotion de la pratique d'activités physiques adoptées par les intervenants québécois** (p. ex. les kinésiologues, les conseillers en promotion-prévention des directions de santé publique, les professionnels de la santé [médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes, psychologues], les intervenants communautaires [agents de développement social, directeurs de loisir] et les

preneurs de décisions [responsables de politiques publiques et scolaires]). Les contributions et les rôles de chaque type d'intervenants sont encore inexplorés. En particulier, il faudrait mieux connaître :

- l'étendue et le type d'information diffusée auprès de la population;
- les types de stratégies utilisées (établissement d'objectifs, autosurveillance, etc.);
- les cibles des changements à apporter (la personne ou l'environnement).

- Enfin, peu d'études portent sur les **retombées des interventions populationnelles** de promotion de la pratique régulière d'activités physiques de loisir et de déplacement.

Si l'on venait à lancer de telles recherches au Québec, il serait utile, par ailleurs, de développer un plan de transfert des connaissances entre chercheurs et intervenants. Ce transfert de connaissances pourrait prendre plusieurs formes : une simple diffusion des résultats d'une étude, des partenariats pour élaborer des interventions novatrices, la rédaction conjointe d'articles portant sur l'effet, la pérennité et le déploiement d'interventions à grande échelle, etc.

D'autres activités afférentes à la recherche pourraient être mises de l'avant, notamment :

- l'organisation de colloques pour favoriser les échanges entre chercheurs et décideurs;
- la publication d'un répertoire des « meilleures pratiques »;
- le développement de « communautés sentinelles » où la pratique régulière d'activités physiques de loisir et de déplacement et une série de variables éco-environnementales seraient documentées et étudiées plus étroitement.

Il faudra multiplier les partenariats pour concevoir, pratiquer et évaluer différentes interventions de promotion d'une pratique régulière d'activités physiques de loisir et de déplacement si l'on entend lutter contre la sédentarité au Québec, voire dans les pays industrialisés.



Conclusion

Conclusion

La sédentarité est très répandue au Québec, comme dans la plupart des pays industrialisés. Les conséquences individuelles et populationnelles de la sédentarité sont importantes. À l'instar de plusieurs indicateurs de santé et de comportements de santé, la pratique régulière d'activités physiques épouse un gradient qui est fonction du statut socio-économique. Le fardeau de la sédentarité, la prévalence de ce phénomène et les disparités sociales qui y sont associées en font un problème de santé publique.

La présente recension des écrits révèle que les interventions de type populationnel qui visent à changer l'environnement et le milieu de vie (notamment en augmentant l'accessibilité des infrastructures de loisir et des installations sportives, le potentiel piétonnier et cyclable et les occasions de pratique d'activités physiques) réussissent à accroître la pratique régulière d'activités physiques. Ces interventions doivent toutefois être accompagnées de campagnes médias visant à sensibiliser la population aux bienfaits d'une telle pratique.

Il est donc recommandé de miser sur le déploiement de différentes initiatives visant principalement la création d'environnements physiques, sociaux et organisationnels favorables à une pratique régulière d'activités physiques. Toutefois, la création de tels environnements devra, pour être utile, être doublée d'interventions visant à renforcer les facteurs individuels. Pareilles initiatives de grande envergure ne pourront porter fruit sans l'appui et le soutien d'acteurs de différents paliers (communautaire, municipal, provincial) et domaines (santé publique, éducation, sport et loisir, tourisme). Seul un esprit de partenariat peut, en effet, nous permettre d'espérer que les stratégies et les constats avancés dans cet avis se solderont, à brève échéance, par une diminution de la sédentarité et une amélioration de la santé des Québécoises et Québécois.





Références

Références

- Ashton, J., et H. Seymour (1988).
The New Public Health, Buckingham, Open University Press.
- Bandura, A. (1986).
Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory, Englewood Cliffs (New Jersey, É.-U.), Prentice Hall.
- Bandura, A. (2001).
« Social cognitive theory: An agentic perspective », *Annual Review of Psychology*, 52, p. 1-26.
- Baranowski, T., C. Anderson et C. Carmack (1998).
« Mediating variable framework in physical activity interventions: How are we doing? How might we do better? », *American Journal of Preventive Medicine*, 15, p. 266-297.
- Baumeister, R.F., T.F. Heatherton, et D.M. Tice (1994).
Losing Control: How and Why People Fail at Self-Regulation. New York: Academic Press.
- Berkman, L.F., et I. Kawachi (sous la dir. de) (2000).
Social Epidemiology, New York, Oxford University Press.
- Biddle, S., et N. Mutrie (2001).
Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-Being and Interventions, Londres, Routledge.
- Blair, S.N., et J.R. Morrow (1998).
« Cooper Institute / American College of Sports Medicine: 1997 Physical Activity Interventions Conference », *American Journal of Preventive Medicine*, 15, p. 255-256.
- Blamey, A., N. Mutrie et T. Aitchison (1995).
« Health promotion by encouraged use of stairs », *British Medical Journal*, 311, p. 289-290.
- Blissmer, B., et E. McAuley (2002).
« Testing the requirements of stages of physical activity among adults: The comparative effectiveness of stage-matched, mismatched, standard care, and control interventions », *Annals of Behavioral Medicine*, 24(3), p. 181-189.
- Booth, S.L., et al. (2001).
« Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: Rationale, influences, and leverage points », *Nutrition Reviews*, 59 (3, 2e partie), p. 21-39.
- Bouchard, C., R.J. Shephard et T. Stephens (sous la dir. de) (1994).
Physical Activity, Fitness and Health: International Proceedings and Consensus Statement, Champaign (Ill., É.-U.), Human Kinetics Publishers.
- Brawley, L.R., W.J. Rejeski et L. Lutes (2000).
« A group-mediated cognitive-behavioral intervention for increasing adherence to physical activity in older adults », *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5, p. 47-65.
- Bunton, R., et G. MacDonald (1992).
Health Promotion: Disciplines and Diversity, Londres, Routledge.
- Carron, A.V., H.A. Hausenblas et D. Mack (1996).
« Social influence and exercise: A meta-analysis », *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18, p. 1-16.
- Caspersen, C.J., R.K. Merritt et T. Stephens (1994).
« International activity patterns: A methodological perspective », dans R.K. Dishman (sous la dir. de), *Advances in Exercise Adherence*, Champaign (Ill., É.-U.), Human Kinetics Publishers, p. 73-110.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001).
« Increasing physical activity: A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services », *Mortality-Morbidity Weekly Report*, 50, p. 1-14.
- Cohen, D.A., R.A. Scribner et T.A. Farley (2000).
« A structural model of health behaviour: A pragmatic approach to explain and influence health behaviours at the population level », *Preventive Medicine*, 30, p. 146-154.
- Comité scientifique de Kino-Québec (2000).
L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes, avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 24 p.
- Comité scientifique de Kino-Québec (1999).
Quantité d'activité physique requise pour en retirer des bénéfices pour la santé, avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Direction du sport et de l'activité physique, ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec, 27 p.
- Dishman, R.K. (1988).
Exercise Adherence: Its Impact on Public Health, Champaign (Ill., É.-U.), Human Kinetics Publishers.
- Dishman, R.K. (sous la dir. de) (1994).
Advances in Exercise Adherence, Champaign (Ill., É.-U.), Human Kinetics Publishers.
- Dishman, R.K., et J. Buckworth (1996).
« Increasing physical activity: A quantitative synthesis », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28, p. 706-719.
- Dunn, A.L., R.E. Anderson et J.M. Jakicic (1998).
« Lifestyle physical activity interventions: History, short- and long-term effects, and recommendations », *American Journal of Preventive Medicine*, 15(4), p. 398-412.
- Ebrahim S., G.D. Smith (2001).
« Exporting failure? Coronary heart disease and stroke in developing countries », *International Journal of Epidemiology*, 30(2), p. 201-205.
- Ellaway, A., et S. Macintyre (1996).
« Does where you live predict health-related behaviours? A case study in Glasgow », *Health Bulletin*, 54, p. 443-446.
- Epstein, L.H., et al. (1985).
« A comparison of lifestyle exercise, aerobic exercise, and calisthenics on weight loss in obese children », *Behavior Therapy*, 16, p. 345-356.
- Fletcher, G.F., et al. (1992).
« Statement on exercise: Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans », *Circulation*, 86, p. 340-344.
- Frankish, C.J., C.D. Milligan et C. Reid (1998).
« A review of relationships between active living and determinants of health », *Social Science and Medicine*, 47, p. 287-301.
- French, S.A., M. Story et R.W. Jefferey (2001).
« Environmental influences on eating and physical activity », *Annual Review of Public Health*, 22, p. 309-355.
- Gauvin, L., L. Lévesque et L. Richard (2001).
« Helping people initiate and maintain a more active lifestyle: A public health framework for physical activity promotion », dans R.N. Singer, H.A. Hausenblas et C. Janelle (sous la dir. de), *Handbook of Sport Psychology*, New York, Wiley, p. 718-738.

- Glasgow, R.E., et al. (1999a).
« If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness », *Annals of Behavioral Medicine*, 21, p. 159-170.
- Glasgow, R.E., T.M. Vogt et S.M. Boles (1999b).
« Evaluating the public health impact of health promotion interventions: The RE-AIM framework », *American Journal of Public Health*, 89, p. 1322-1327.
- Godin, G., et G. Kok (1996).
« The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors », *American Journal of Health Promotion*, 11(2), p. 87-98.
- Godin, G., et al. (1995).
« Combining behavioral and motivational dimensions to identify and characterize the stages in the process of adherence to exercise », *Psychology and Health*, 10, p. 333-344.
- Godin, G., P. Valois et R. Desharnais (2001).
« A typology of stages of adherence to exercise: A cluster analysis », *Journal of Applied Social Psychology*, 31, p. 1979-1994.
- Godin, G., et al. (sous presse).
« Stages of motivation readiness for physical activity: A comparison of different algorithms of classification », *British Journal of Health Psychology*.
- Green, L.W., L. Richard et L. Potvin (1996).
« Ecological foundations of health promotion », *American Journal of Health Promotion*, 10, p. 270-81.
- Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (1996).
Physical Activity and the Renewal of the Health Care System, Ottawa.
- Jefferey, R.W. (1989).
« Risk behaviors and health: Contrasting individual and population perspectives », *American Psychologist*, 44, p. 1194-1202.
- Kahn, E., et al., (2002).
« The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review », *American Journal of Preventive Medicine*, 22 (4S), p. 73-107.
- Kesaniemi, Y.A., et al. (2001).
« Dose-responses issues concerning physical activity and health: An evidence-based symposium », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, (6, suppl.), p. S351-S358.
- Kickbush, I. (1986).
« Health promotion: A global perspective », *Canadian Journal of Public Health*, 77, p. 321-326.
- King, A.C., et al. (1995).
« Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through physical activity: Issues and opportunities », *Health Education Quarterly*, 22, p. 499-511.
- King, A.C., W.J. Rejeski et D.M. Buchner (1998).
« Physical activity interventions targeting older adults: A critical review and recommendation », *American Journal of Preventive Medicine*, 15, p. 316-333.
- Kino-Québec (2000).
Plan d'action 2000-2005 en matière de lutte à la sédentarité et de promotion de l'activité physique, Secrétariat au loisir et au sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 35 p.
- Kraemer, H.C., et al. (2001).
« How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors », *American Journal of Psychiatry*, 158(6), p. 848-56.
- Lévesque, L., et al. (2000).
« Vers une description et une évaluation du caractère écologique des interventions en promotion de la santé : Le cas de la Carélie du Nord [Towards a description and evaluation of the ecologicalness of health promotion interventions: The North Karelia Project] », *Ruptures*.
- Lichtenstein, E., et R.E. Glasgow (1992).
« Smoking cessation: What have we learned over the past decade? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, p. 518-517.
- Linenger, J.M., C.V. Chesson et D.S. Nice (1991).
« Physical fitness gains following simple environmental changes », *American Journal of Preventive Medicine*, 7, p. 298-310.
- Lutes, L.D., W.J. Rejeski et L. Gauvin (2000).
« Synergistic effects of leadership style and group dynamics on enjoyment of a new physical activity experience », *American Journal of Health Promotion*, 14, p. 277-283.
- Marcus, B.H., et al. (2000a).
« Physical activity behavior change: Issues in adoption and maintenance », *Health Psychology*, 19(1 Suppl), p. 32-41.
- Marcus, B.H., et al. (2000b).
« Interactive communication strategies: Implications for population-based physical-activity promotion », *American Journal of Preventive Medicine*, 19(2), p. 121-126.
- McAuley, E., H. Talbot et S. Martinez (1999).
« Manipulating self-efficacy in the exercise environment in women: Influences on affective responses », *Health psychology*, 18, p. 288-294.
- McAuley, E., et B. Blissmer (2000).
« Self-efficacy determinants and consequences of physical activity », *Exercise & Sport Sciences Reviews*, 28(2), p. 85-88.
- Milne, S.E., S. Orbell et P. Sheeran (2000).
« Combining motivational and volitional interventions to promote exercise participation: Protection motivation theory and implementation intentions », *Journal of Applied Social Psychology*, 30, p. 106-143.
- Nader, P.R., et al. (1989).
« A family approach to cardiovascular risk reduction: Results from the San Diego Family Health Project », *Health Education Quarterly*, 16, p. 229-244.
- Nolin, B., et al. (2002).
Enquête québécoise sur l'activité physique et la santé 1998, Québec, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec et Kino-Québec, Les Publications du Québec, 137 p.
- Orleans, C.T. (2000).
« Promoting the maintenance of health behavior change: Recommendations for the next generation of research and practice », *Health Psychology*, 19(1 Suppl S), p. 76-83.
- Pate, R.R. (1995).
« Recent statements and initiatives on physical activity and health », *Quest*, 47, p. 304-310.
- Pate, R.R., et al. (1995).
« Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine », *Journal of the American Medical Association*, 273, p. 402-407.

- Powell, K.E., M. Kreuter et T. Stephens (1991).
« The dimensions of health promotion applied to physical activity », *Journal of Public Health Policy*, hiver, p. 492-509.
- Prochaska, J.O., C.A. Redding et K.E. Evers (1997).
« The transtheoretical model and stages of change », dans K. Glanz, F.M. Lewis et B.K. Rimer (sous la dir. de), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 2e éd., San Francisco, Jossey-Bass.
- Prochaska, J.O. (2001).
« Treating entire populations for behavior risks for cancer », *Cancer Journal*, 7(5), p. 360-368.
- Rejeski, W.J., et E.A. Kenney (1988).
Fitness motivation : Preventing participant dropout, Champaign (Ill., É.-U.), Human Kinetics Publishers.
- Rose, G. (1992).
The Strategy of Preventive Medicine, New York, Oxford University Press.
- Rothman, A.J. (2000).
« Toward a theory-based analysis of behavioral maintenance », *Health Psychology*, 19, p. 64-69.
- Saelens, B., J.F. Sallis et L.D. Frank (2003).
« Environmental correlates of walking and cycling: Findings from the transportation, urban design, and planning literature », *Annals of Behavioral Medicine*, 25, p. 80-91.
- Sallis, J.F., A. Bauman et M. Pratt (1998).
« Environmental and policy interventions to promote physical activity », *American Journal of Preventive Medicine*, 15, p. 379-397.
- Sallis, J.F., et N. Owen (1997).
« Ecological models », dans K. Glanz, F.M. Lewis et B.K. Rimer (sous la dir. de), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 2e éd., San Francisco, Jossey-Bass, p. 403-424.
- Sallis, J.F., et N. Owen (1999).
Physical Activity and Behavioral Medicine, Thousand Oaks (Ca., É.-U.), Sage.
- Sallis, J.F., et K. Patrick (1994).
« Physical activity guidelines for adolescents : Consensus statement », dans J.F. Sallis (sous la dir. de), *Physical Activity Guidelines for Adolescents*, *Pediatric Exercise Science* 6(4), p. 302-314.
- Sherwood, N.E., et R.W. Jefferey (2000).
« The behavioural determinants of exercise: Implications for physical activity interventions », *Annual Review of Nutrition*, 20, p. 21-44.
- Simons-Morton, et al. (1988).
« Influencing personal and environmental conditions for community health: A multilevel intervention model », *Family and Community Health*, 11, p. 25-35.
- Smedley, B.D., et S.L. Syme (sous la dir. de) (2001).
Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, Washington, National Academy Press.
- Spence, J.C. et al., (2001).
Compilation of Evidence of Effective Active Living Interventions: A Case Study Approach, rapport soumis à Santé Canada au nom du Consortium canadien de recherche en promotion de la santé.
- Stokols, D. (1992).
« Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion », *American Psychologist*, 47, p. 6-22.
- Stokols, D. (1996).
« Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion », *American Journal of Health Promotion*, 10, p. 282-298.
- Stone, E.J., et al. (1998).
« Effects of physical activity interventions in youth review and synthesis », *American Journal of Preventive Medicine*, 15, p. 298-315.
- Susser, M. (1995).
« The tribulations of trials: Intervention in communities » [éditorial], *American Journal of Public Health*, 85, p. 156-158.
- Taylor, W., T. Baranowski et D. Rohm Young (1998).
« Physical activity interventions in low-income, ethnic minority, and populations with disability », *American Journal of Preventive Medicine*, 15, p. 334-343.
- The Writing Group for the Physical Activity Counseling Trial (2001).
« Effects of physical activity counselling in primary care », *Journal of the American Medical Association*, 286(6), p. 677-687.
- Torres, G.W., et al. (2001).
Active living through community design: A white paper prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Princeton (NJ, É.-U.), RWJ Foundation.
- Trost, S.G., et al. (2002).
« Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(12), p. 1996-2001.
- United States Department of Health and Human Services (1996).
Physical Activity and Health: A Report from the Surgeon General, Atlanta (GA, É.-U.), Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- United States Department of Health and Human Services (1999).
Promoting Physical Activity at the Community Level: A guide for Action, Champaign (Ill., É.-U.), Human Kinetics Publishers.
- van Bottenburg, M. (sous presse).
Le sport pour tous et le sport de haut niveau : L'un profite-t-il à l'autre? Congrès Mondial du Sport pour Tous (octobre 2002), Arnhem, Pays-Bas.
- Vandelanotte C., et I. De Bourdeaudhuij (2003).
« Acceptability and feasibility of a computer-tailored physical activity intervention using stages of change: Project FAITH », *Health Education Research*, 18(3), p. 304-317.
- Vogt, T.M. (1993).
« Paradigms and prevention », *American Journal of Public Health*, 83, p. 795-796.
- Wetter, A.C., et al. (2001).
« How and why do individuals make food and physical activity choices », *Nutrition Reviews*, 59 (3, 2e partie), p. 1-20.

