Sujet élaboré par une cellule pédagogique nationale

CONCOURS EXTERNE D'ÉDUCATEUR TERRITORIAL DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES PRINCIPAL DE 2e CLASSE

SESSION 2018

ÉPREUVE DE RAPPORT AVEC PROPOSITIONS OPÉRATIONNELLES

ÉPREUVE D'ADMISSIBILITÉ :

Rédaction d'un rapport, assorti de propositions opérationnelles, à partir des éléments d'un dossier portant sur l'organisation des activités physiques et sportives dans les collectivités territoriales, les règles d'hygiène et de sécurité, notamment en milieu aquatique, et les sciences biologiques et les sciences humaines.

Durée : 3 heures
Coefficient : 2

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET :

- Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie, ni votre nom ou un nom fictif, ni initiales, ni votre numéro de convocation, ni le nom de votre collectivité employeur, de la commune où vous résidez ou du lieu de la salle d'examen où vous composez, ni nom de collectivité fictif non indiqué dans le sujet, ni signature ou paraphe.
- Sauf consignes particulières figurant dans le sujet, vous devez impérativement utiliser une seule et même couleur non effaçable pour écrire et/ou souligner. Seule l'encre noire ou l'encre bleue est autorisée. L'utilisation de plus d'une couleur, d'une couleur non autorisée, d'un surligneur pourra être considérée comme un signe distinctif.
- Le non-respect des règles ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.
- Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Ce sujet comprend 24 pages.

Il appartient au candidat de vérifier que le document comprend le nombre de pages indiqué.
S'il est incomplet, en avertir le surveillant.

Vous êtes éducateur(trice) territorial(e) des activités physiques et sportives principal de 2e classe au sein de la Direction du Sport d'Activille (40 000 habitants).

Suite à une étude récente sur l'augmentation de la sédentarité de la population d'Activille, il apparait que les femmes, les enfants en situation de surpoids et les seniors sont les personnes les plus exposées. Dans un premier temps, l'Adjointe au Maire chargée des sports vous demande de rédiger, exclusivement à l'aide des documents joints, une note sur la sédentarité.

10 points

Dans un deuxième temps, elle vous demande d'établir, en concertation avec les usagers, un ensemble de propositions opérationnelles et innovantes visant à favoriser l'activité physique de ces publics les plus exposés.

Pour traiter cette seconde partie, vous mobiliserez également vos connaissances.

10 points

Liste des documents :

Document 1 : « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés » (extraits) - Professeur Daniel Rivière - rapport ministériel - Décembre 2013 - 4 pages

Document 2 : « Avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail relatif à l' "Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité" » (extraits) – *anses.fr* – Décembre 2015 – 6 pages

Document 3 : « Faciliter l'accès à l'activité physique des femmes et des jeunes filles » - *Le courrier des Maires* – 28 Juin 2017 – 1 page

Document 4 : « Plan obésité » - *sport.gouv.fr* - 2010-2013 – 2 pages

Document 5 : « De plus en plus de collectivités fédérées autour du programme « Vivons en forme » - Guillaume Garvanèse – *Gazette santé sociale.fr* – 23 novembre 2012 – 2 pages

Document 6 : « La parole est donnée à… Martine Duclos » (extrait) - ONAPS – Juin 2016 – 4 pages

Document 7 : « Vitaboucle, retrouvez la forme » - *strasbourg.eu* – Mars 2015 – 1 page

Document 8 : « Femmes ou hommes, qui bénéficie le plus des budgets publics ? » (extraits) – Laura Motet – *Le Monde* – Mis à jour le 27 juillet 2017 – 2 pages

Documents reproduits avec l'autorisation du C.F.C.

Certains documents peuvent comporter des renvois à des notes ou à des documents non fournis car non indispensables à la compréhension du sujet.

DOCUMENT 1

Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés (extraits)

Rapport remis aux ministres,
établi par le groupe de travail,
sous la présidence du Professeur Daniel Rivière.*

Décembre 2013

* Ce rapport a été commandé par la ministre des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, Valérie Fourneyron et par la ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie, Michèle Delaunay.
Le groupe a travaillé en toute indépendance et les propositions de ce rapport n'engagent que leurs rédacteurs.

La lutte contre la sédentarité, et la pratique des activités physiques pour les personnes avançant en âge, s'inscrivent au cœur des enjeux de santé publique. Elles ont pour but, de préserver la santé des aînés, d'éviter la surenchère des soins et de prévenir la perte d'autonomie.

Dans la droite ligne du rapport de J.-P. Aquino « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », la mise en place de ce groupe de travail interministériel « Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des personnes âgées », témoigne, par les logiques politiques et institutionnelles en présence, de l'engagement des pouvoirs publics à apporter des solutions concrètes pour cette population âgée de plus en plus nombreuse.

(…)

La pratique des APS fait l'objet de la fiche action 12 du rapport. Les activités physiques et sportives sont reconnues comme facteurs positifs de santé, et participent au renforcement des liens sociaux.

Cette fiche identifie 8 mesures qui s'adressent aux personnes de plus de 50 ans. Il est mentionné qu'elles ont pour objectif d'amener les personnes avançant en âge, à atteindre au moins les niveaux de pratique d'activité physique recommandés pour la santé, tout en veillant à réduire les inégalités sociales de santé. Elles visent à les soutenir dans cette démarche, et à créer un environnement propice à la pratique d'activités physiques et sportives.

▹▹ **Mesure 1** : Rendre accessible l'information concernant les bienfaits de l'activité physique sur la santé et les recommandations en la matière.

▹▹ **Mesure 2** : Promouvoir les activités physiques qui s'inscrivent au quotidien dans les espaces et temps de déplacement et dans les activités de la vie de tous les jours.

▹▹ **Mesure 3** : Promouvoir la pratique d'une activité physique ou sportive sur le lieu de travail.

▹▹ **Mesure 4** : Promouvoir, impulser et valoriser les offres d'activités physiques et sportives encadrées tenant compte de l'hétérogénéité du public de plus de 50 ans et visant à inciter ces personnes à pratiquer une APS régulière.

▹▹ **Mesure 5** : Promouvoir et développer les activités physiques et sportives pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

▹▹ **Mesure 6** : Développer et généraliser l'offre d'activités physiques et sportives dans les foyers ou résidences pour personnes âgées et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes âgées dépendantes (EHPA ou EHPA D).

▹▹ **Mesure 7** : Optimiser les programmes visant à prévenir les chutes et mettre en place une stratégie nationale bien identifiée.

▹▹ **Mesure 8** : Développer les programmes de recherche sur l'activité physique et la personne avançant en âge.

C'est à ces 8 mesures que le groupe de travail s'est attaché à répondre en termes de propositions pratiques.

(…)

IV. Recommandations et Propositions

En PRE-REQUIS de ce chapitre, il nous semble indispensable de souligner 3 points :
▹▹ L'ensemble de ces recommandations est valable pour TOUS, c'est-à-dire les personnes dites « valides » et celles en situation d'handicap, que ce handicap soit moteur et/ou sensoriel, ou mental et/ou psychique. Pour ces derniers publics, des adaptations précises sont à prévoir.

▹▹ L'ensemble de ces recommandations est valable pour toutes les catégories sociales, la lutte contre les inégalités sociales de santé devant être toujours en première ligne. De même, des adaptations spécifiques en fonction du mode d'habitat (zone urbaine et zone rurale) sont à mettre en place.

▹▹ La majorité de ces actions peuvent s'intégrer dans les Plans Sport-Santé Bien-Être, en s'appuyant sur les réseaux et associations locales, ce qui implique un recensement et une reconnaissance de ces structures en fonction d'indicateurs précis.

Recommandations pratiques à mettre en place « en urgence »

Pour l'ENSEMBLE des SENIORS

▹▹ Intégrer dans le cadre des actes de prévention des Contrats responsables des Complémentaires Santé la prise en charge d'une consultation préventive d'évaluation de la condition physique au même titre que le contrôle de l'audition pour les plus de 55 ans.

▹▹ Intégrer la prise en charge spécifique par les assurances maladies obligatoires et/ou les mutuelles des prescriptions et des pratiques d'APS pour les pathologies pouvant conduire à la dépendance chez toutes les personnes en Affection de Longue Durée.

▹▹ Mettre en place des campagnes d'information pour les seniors en précisant ce qu'est la lutte contre la sédentarité et en PROPOSANT des solutions pour les activités structurées, y compris avec des mesures permissives et/ou incitatives (chèques-activité, mise à disposition gratuite de vélos par les municipalités…).

Pour les ACTIFS sans risque de santé identifié

▹▹ Intégrer dans le cadre des actes de prévention des Contrats responsables collectifs une prise en charge d'une consultation préventive d'évaluation de la condition physique, en particulier dans le cadre des consultations de préretraite.

▹▹ Mettre en place des « ateliers » APS et Santé dans le milieu du travail, à discuter dans le cadre du « code du travail » avec possible « label » pour les entreprises impliquées.

▹▹ Mettre en place un carnet de suivi à partir de 50 ans pour seniors actifs, qui serait un véritable carnet de « santé sportive », débouchant sur un PARCOURS ÉVOLUTIF en fonction du suivi du senior. Il permettrait un accompagnement des éventuelles transitions, (actifs devenus fragiles, fragiles devenus dépendants) sous forme d'un LIVRET SPORT-SANTÉ intégrable dans le DMP.

▹▹ Sensibiliser à la promotion de l'activité physique et sportive, en créant un événement national qui serait une « Journée de la prévention en entreprise ».

▹▹ S'appuyer sur le monde sportif et sur les commissions Sport et Santé des fédérations afin de répondre de façon spécifique aux besoins de la personne et favoriser le développement d'une véritable LICENCE SPORT-SANTÉ qui pourrait être MULTI-FÉDÉRALE, afin de répondre aux différents types de pratique nécessaires aux personnes avançant en âge (basées sur des intentions éducatives comme endurance, souplesse, renforcement musculaire, mémoire, habileté motrice, équilibre).

▹▹ « Mutualiser » les équipements sportifs (locaux de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur, des collectivités locales, des clubs et associations recevant des subventions publiques) afin d'optimiser les créneaux horaires, en particulier les temps de non-occupation de ces locaux au profit des personnes avançant en âge ; de même, des partenariats de mises à disposition auprès des collectivités locales et de leurs composantes APS, de locaux partagés avec les établissements accueillant des personnes avancées en âge devraient être mis en place et développés.

Pour les PERSONNES FRAGILES

▹▹ Pour les personnes à domicile, reconnaître et valoriser les actions des aidants par des avantages professionnels et/ou pécuniaires (crédit d'impôts).

▹▹ Intégrer les APS dans le Plan Personnalisé de Santé (PPS), afin de lutter contre la sarcopénie, la dénutrition et l'isolement, pour favoriser l'insertion sociale et le bien-être psychologique et afin de prévenir les risques de perte d'autonomie.

▹▹ Intégrer les APS dans les Soins de Suite et Réadaptation en complémentarité avec les professionnels de la rééducation.

▹▹ Intégrer auprès des acteurs de proximité (médecin généraliste de premier recours, pharmacien…) la notion d'activité physique pour la santé dans le cadre du Parcours de Santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (Projet pilote PAERPA).

Pour les PERSONNES EN ÉTABLISSEMENT (dépendantes ou non)

▹▹ Promouvoir les actions de maintien de l'intégrité et de la santé des personnes âgées dépendantes, par l'intervention de professionnels du monde sportif spécifiquement formés, avec du matériel adapté et sécurisé.

▹▹ Généraliser l'accueil d'éducateurs sportifs qui travailleront en lien avec les équipes soignantes des établissements, en particulier le médecin coordonnateur et le cadre infirmier coordonnateur, en totale complémentarité avec les masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens, avec intégration des actes d'APS dans les actes de SOINS. Ceci implique de définir un profil prévention au sein de l'outil PATHOS, en cours de restructuration à la demande de la ministre des affaires sociales et de la santé. La mise en place d'indicateurs précis, pour lesquels une cotation adaptée sera fixée sera une avancée considérable, à savoir une véritable POLITIQUE DE PRÉVENTION par les APS au sein des maisons de retraite et EHPAD.

En synthèse pour les personnes en établissement, INTÉGRER les APS dans le PROJET d'ÉTABLISSEMENT en identifiant des actions prioritaires à inscrire dans les conventions tripartites des EHPAD, financées sur la dotation soins et donc en résumé affecter des moyens financiers pérennes et surtout humains (EMPLOIS). Cela revient à réinvestir dans l'emploi le bénéfice engendré par les APS en termes de santé publique.

(…)

DOCUMENT 2

Le directeur général

Maisons-Alfort, le 23 décembre 2015

AVIS
de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

relatif à l' « Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité »

(extraits)

L'Anses met en œuvre une expertise scientifique indépendante et pluraliste.
L'Anses contribue principalement à assurer la sécurité sanitaire dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation et à évaluer les risques sanitaires qu'ils peuvent comporter.
Elle contribue également à assurer d'une part la protection de la santé et du bien-être des animaux et de la santé des végétaux et d'autre part l'évaluation des propriétés nutritionnelles des aliments.

Elle fournit aux autorités compétentes toutes les informations sur ces risques ainsi que l'expertise et l'appui scientifique technique nécessaires à l'élaboration des dispositions législatives et réglementaires et à la mise en œuvre des mesures de gestion du risque (article L.1313-1 du code de la santé publique).

Ses avis sont rendus publics.

L'Anses a été saisie le 5 avril 2012 par la Direction générale de la santé (DGS) pour la réalisation de l'expertise suivante : Actualisation des repères du PNNS : Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité.

1. CONTEXTE ET CADRAGE DE LA SAISINE

■ Contexte

L'Agence française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a été saisie le 5 avril 2012 par la Direction générale de la santé (DGS) afin d'actualiser les repères nutritionnels du Programme national nutrition santé (PNNS). La saisine est ainsi libellée : « il est demandé à l'ANSES de proposer une nouvelle formulation des repères nutritionnels du PNNS, y compris ceux concernant l'activité physique […] »

(...)

Le PNNS est un programme national de santé publique qui vise à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur la nutrition, déterminant majeur de l'état de santé. S'agissant de l'importance de l'activité physique, objet de la saisine, la DGS précise dans son courrier : « Le Programme national de nutrition santé 2011-2015 formule divers principes. Ils mentionnent notamment « les repères nutritionnels du PNNS visant à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à un état nutritionnel et un état de santé optimaux. »

Cadrage de la saisine

Sur la base de la saisine de la DGS, l'Anses a considéré qu'il convenait de cadrer les questions auxquelles elle s'attacherait à répondre en prenant en considération :

- les pratiques d'AP et de sédentarité en fonction des caractéristiques de la population : âge, sexe, état de grossesse, limitations fonctionnelles ;
- les caractéristiques des différents types d'AP :
  - selon la nature de la sollicitation physiologique (cardio-respiratoire, renforcement musculaire, etc.) ;
  - selon le contexte (professionnel, transport, domestique et loisir) ;
  - selon l'environnement ;
- l'identification des facteurs pouvant influer positivement ou négativement sur la pratique d'AP et le comportement sédentaire ;
- les effets de l'AP et de l'inactivité physique sur certains facteurs de risque de pathologies chroniques ;
- les risques sanitaires liés à la pratique d'AP ;
- les risques sanitaires liés aux comportements sédentaires.

Des travaux scientifiques d'ampleur ont été précédemment réalisés par des organismes nationaux et internationaux sur les liens entre l'AP et l'état de santé, ainsi que sur les déterminants des comportements d'AP et de sédentarité. Parmi les travaux récents, une Expertise collective et pluridisciplinaire a été réalisée en 2008 par l'Inserm : *Activité physique - Contextes et effets sur la santé*. Par ailleurs, un rapport d'expertise de l'Inserm sur les inégalités sociales a considéré ces questions d'un point de vue socio-économique (Inserm, 2014).

(...)

3. ANALYSE ET CONCLUSIONS DU CES ET DU GT

Préambule

Définition de l'activité physique (AP)

L'AP est définie ici comme « tout mouvement corporel produit par contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique par rapport à la dépense énergétique de repos » (Caspersen et al., 1985). L'AP regroupe l'ensemble des activités qui peuvent être pratiquées dans différents contextes, en poursuivant des objectifs variés (utilitaires, sanitaires, sociaux, etc.). Les principaux contextes de pratique d'AP sont le travail, les transports, les activités domestiques et les loisirs. Ces derniers incluent l'exercice, le sport et l'AP de loisir non structurée.

Définition de l'inactivité physique et de la sédentarité

L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'AP d'intensité modérée à élevée. Il s'agit d'un niveau inférieur à un seuil d'AP recommandé. Dans le présent avis, les seuils retenus pour définir l'inactivité sont ceux définis par l'OMS (2010) soit 30 minutes d'AP d'intensité modérée au minimum 5 fois par semaine pour les adultes et 60 min/j pour les enfants et adolescents.

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET[1]) en position assise ou allongée. La sédentarité (ou comportement sédentaire) est donc définie et considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé.

- **Caractéristiques de l'activité physique**

Les différentes AP peuvent être classées en 5 grandes catégories en fonction de leur intensité, estimée en MET[1] :

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

La caractérisation de l'AP peut être complétée par des indications de durée (en minutes) et de fréquence (quotidienne ou pluri-hebdomadaire).

Les types d'activités correspondent aux fonctions physiologiques sollicitées : cardio-respiratoire, musculaire, souplesse et équilibre.

- **Définitions des populations considérées**

Quatre classes d'âge ont été retenues :

- les enfants, de la naissance à 10 ans ;
- les adolescents, de 11 à 17 ans ;
- les adultes, de 18 à 65 ans ;
- les personnes âgées de plus de 65 ans.

Certaines catégories de populations ont fait l'objet d'une attention particulière :

- parmi les enfants : la population des enfants avant l'école maternelle (avant 3 ans), les enfants scolarisés en école maternelle (de 3 à 5 ans) et en école primaire (de 6 à 10 ans).

- parmi les adultes : les femmes en âge de procréer, les femmes en période de grossesse, d'allaitement ou en post-partum et les femmes à partir de l'âge de la ménopause.

- les personnes déclarant une limitation fonctionnelle d'activité due à leur état de santé (LFA). Les personnes qui présentent des difficultés pour mobiliser des fonctions élémentaires physiques, sensorielles ou cognitives, désignées ci-après comme personnes LFA. La fréquence de ces limitations fonctionnelles augmente avec l'âge. Elles concernent moins de 5 % de la population avant 40 ans et atteignent 70 % des hommes et 80 % des femmes au-delà de 85 ans.

- **Outils de description de l'activité physique et de la sédentarité**

(...)

L'approche la plus précise et la plus juste de la pratique de l'activité physique repose sur une combinaison des méthodes objectives (utilisant des équipements et matériels dédiés) aux méthodes déclaratives. Ces stratégies augmentent cependant le coût des études. Elles représentent néanmoins un avantage en permettant de réduire les biais de déclaration.

Concernant la sédentarité, le temps passé assis devant un écran (télévision, vidéo, jeux vidéo et ordinateur) est actuellement l'indicateur le plus utilisé dans les études. Or, ce temps ne représente qu'une part du temps réel de sédentarité, qui inclut le temps passé assis ou allongé dans d'autres

[1] Equivalent métabolique (Metabolic Equivalent Task) : unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos

situations.

Pour répondre aux questions exposées lors du cadrage de la saisine, le groupe de travail a commencé par décrire les comportements de la population relatifs à l'AP et la sédentarité puis a identifié les facteurs associés à ces comportements. Les effets de l'AP et de la sédentarité sur la santé ont ensuite été étudiés ainsi que les relations entre l'AP, la sédentarité et le sommeil. Enfin, les risques liés à la pratique d'AP ont été caractérisés.

- **Etat des connaissances sur les comportements d'activité physique et de sédentarité de la population**

Les enquêtes réalisées à l'échelle nationale ont été considérées, notamment l'étude Individuelle Nationale des Consommations Alimentaires (INCA 2, Afssa, 2009), l'Enquête Nationale Nutrition Santé (ENNS, Invs, 2007) et le Baromètre santé (Inpes, 2008).

Activité physique :

Les études récentes se donnent pour objectif de rendre compte de la réalité des pratiques d'AP (incluant les temps de loisirs, de transport, l'activité en milieu de travail ou en milieu domestique) alors qu'antérieurement les enquêtes s'intéressaient principalement aux activités de loisir et sportives. Leur caractère récent et leur nombre restreint ne permettent pas néanmoins de mesurer les évolutions dans le temps et l'effet éventuel des recommandations.

Ces études montrent que, pour les adultes, moins de 37 % d'entre eux et moins de 32 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont suffisamment actifs[2]. Concernant l'AP des femmes en période de grossesse ou de post-partum, les données françaises sont insuffisantes pour conclure. Moins de 34 % des enfants âgés de moins de 11 ans pratiquent une AP quotidienne, et moins de 50 % des enfants pratiquent quotidiennement des jeux de plein air. Les adolescents de 11 à 14 ans sont 12 % à pratiquer quotidiennement 60 min d'AP d'intensité au moins modérée ; 43 % des adolescents de 15 à 17 ans pratiquent au moins 30 minutes d'AP d'intensité modérée à élevée.

En l'état des connaissances disponibles, quelles que soient les tranches d'âge, l'AP de la population est donc considérée insuffisante au regard des recommandations internationales (OMS, 2010).

Sédentarité :

Les études disponibles ne permettent pas de rendre compte du temps total de sédentarité car généralement seul est rapporté le temps passé assis devant un écran. Ces études ne précisent pas non plus la durée du temps consécutif passé dans des comportements sédentaires. Concernant le temps d'écran, hors temps de travail, les adultes y consacrent, selon les études, quotidiennement entre 3h20 et 4h40. Dans les études prenant aussi en compte le temps de travail, on estime que les adultes passent au moins 5 heures par jour dans des activités sédentaires ; il n'y a à notre connaissance aucune donnée française pour les femmes en période de grossesse ou de post-partum. Entre 3 et 17 ans, les jeunes passent plus de 2 heures quotidiennes assis face à un écran. Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, le temps passé assis dans des activités sédentaires, intégrant le temps passé devant un écran, se situe au-delà de 3 heures par jour.

Chez les personnes LFA, le peu de données disponibles permet d'estimer qu'elles pratiquent jusqu'à deux fois moins d'AP que les personnes sans limitation. Le temps passé assis est plus élevé, notamment du fait des activités de loisirs sédentaires plus nombreuses.

[2] En référence aux recommandations actuelles de l'OMS

■ Facteurs associés à la pratique d'activité physique et aux comportements sédentaires

La pratique d'AP et le comportement sédentaire sont influencés par de nombreux facteurs complexes qui interagissent entre eux. L'identification et la compréhension des facteurs associés à la pratique d'AP et à la sédentarité sont d'une importance majeure pour développer et améliorer les interventions de santé publique visant à promouvoir l'AP ou à réduire la sédentarité.

L'identification des facteurs associés à la pratique d'AP s'est appuyée sur une revue de la littérature de Bauman *et al.* (2012) (études transversales et longitudinales). Selon les auteurs de cette analyse, les principaux facteurs positivement associés à l'AP sont les suivants :

- démographiques : jeune âge (au sein de chaque population d'âge considérée), sexe masculin, bon état de santé et niveau d'éducation élevé ;

- psychosociaux : niveau élevé d'auto-efficacité et de compétence physique perçue, bonne image de soi et plaisir à pratiquer ;

- comportementaux : antécédents de pratique ;
- environnementaux :

  - liés à l'environnement physique : potentiel piétonnier du quartier élevé, connectivité des rues, proximité des destinations non résidentielles (commerces, lieux de loisirs), accessibilité des équipements de pratique sportive, densité de population élevée, sécurité du trafic, facilité d'utilisation des transports publics ;

  - liés à l'environnement social : soutien social.

Les principaux facteurs associés à l'inactivité physique sont le surpoids, le manque de temps et les obstacles à l'AP perçus. Pour les enfants, l'insécurité perçue dans le voisinage par les parents et les enfants, particulièrement par les filles, constitue également un facteur associé à l'inactivité physique.

Les principaux facteurs associés à la sédentarité sont l'avancée en âge et le surpoids. Pour les adultes, s'ajoutent le chômage, le faible niveau d'éducation et les symptômes dépressifs. Pour les enfants, s'ajoutent les facteurs liés au contexte familial (comme le niveau d'éducation de la mère et de revenu de la famille, le nombre d'écrans par ménage et la mise en place de règles associées) et à l'environnement (comme le fait que l'établissement scolaire soit situé dans une zone d'éducation prioritaire).

Au-delà de l'étude de Bauman et al. (2012), l'ensemble des relations entre les facteurs mentionnés précédemment et l'AP et la sédentarité n'a pas été analysé de façon exhaustive, notamment car la plupart des études a été réalisée dans des pays extérieurs au continent européen (Canada, Etats-Unis, Australie). Cela soulève la question de la transposabilité des conclusions au contexte français.
(...)

Il n'est actuellement pas possible de conclure quant à l'effet de la sédentarité sur la santé mentale et la qualité de vie.

■ Effets de l'activité physique et de la sédentarité pour certaines catégories de population

Enfants et adolescents : l'AP apparaît comme une composante essentielle de la santé. Quel que soit l'IMC, l'AP régulière a des effets favorables sur la condition physique, la composition corporelle et la santé osseuse. Elle est associée à une diminution des facteurs de risque cardio-vasculaire (hypertension artérielle, résistance à l'insuline, dyslipidémie, syndrome métabolique,

etc.). La pratique de l'AP contribue à améliorer la santé mentale, en renforçant la confiance et l'estime de soi, et en réduisant l'anxiété, le stress et les risques de dépression.

L'AP peut également être considérée comme un facteur favorable pour la réussite scolaire.

L'AP pratiquée pendant l'enfance et l'adolescence pourrait avoir un effet favorable sur la santé à l'âge adulte. Inversement, la sédentarité a des effets délétères sur différents facteurs de santé à l'âge adulte (condition physique, composition corporelle et développement osseux).

Femmes enceintes : l'AP régulière améliore la condition physique, le retour veineux, et diminue les lombalgies et la prise de poids pendant la grossesse, quel que soit l'IMC. La pratique d'AP n'augmente pas, et pourrait même diminuer le risque d'accouchement prématuré et de pré-éclampsie. L'AP semble présenter un intérêt pour réduire le risque de diabète gestationnel, si elle est débutée l'année précédant la grossesse ou en début de grossesse. La pratique régulière d'AP améliore le bien-être et la qualité de vie et diminue les symptômes dépressifs pendant la grossesse et en période de post-partum.

Personnes âgées de plus de 65 ans : une AP régulière et adaptée est associée à une diminution des risques de sarcopénie, une amélioration de l'équilibre et à une diminution du risque de chute.

L'AP régulière pourrait favoriser l'ostéogenèse, réduire le risque fracturaire et limiter le déclin cognitif. A terme, l'AP semble contribuer à maintenir l'autonomie des personnes âgées.

La sédentarité pourrait favoriser la déminéralisation osseuse, accroître le risque de fractures ostéoporotiques et accélérer le déclin cognitif.

(...)

- **Relations entre l'activité physique, la sédentarité et le sommeil**

Dès l'enfance, le temps de sommeil est insuffisant en France. A l'adolescence, les troubles du sommeil sont fréquents et ces troubles augmentent avec l'avancée en âge. Ces troubles du sommeil s'expliquent surtout par le non-respect des besoins individuels de sommeil.

L'AP agit directement sur le sommeil en augmentant sa quantité et sa qualité et améliore la qualité de l'éveil diurne. Inversement, l'inactivité physique et un temps de sédentarité élevé réduiraient la quantité et la qualité du sommeil, et, comme les troubles du sommeil, appauvriraient la qualité de la vigilance. Ces effets ont été documentés chez l'adulte, la femme ménopausée et la personne âgée de plus de 65 ans. Ces effets sont supposés chez l'enfant, l'adolescent et les personnes LFA. Quels que soient l'âge et le sexe, l'AP agit directement sur l'amplitude et la synchronisation de la rythmicité circadienne. Cette dernière permet la programmation des phases d'activité et de repos consécutives.

L'AP constitue un régulateur du sommeil et un facteur de modération des effets du stress psychologique sur la santé. Les perturbations du cycle circadien, ainsi que les ruptures et dettes de sommeil semblent augmenter le risque de nombreuses pathologies chroniques, parmi lesquelles les maladies métaboliques.

Le rôle protecteur de l'AP vis-à-vis de la survenue de pathologies chroniques (en particulier d'obésité et de diabète de type 2) pourrait donc résulter à la fois d'effets directs et indirects, par l'intermédiaire de la régulation du sommeil et des effets du stress psychologique sur la santé.

Les effets positifs de l'AP sur le sommeil apparaissent dès la mise en place d'une AP et deviennent pérennes lorsque la pratique devient régulière.

DOCUMENT 3

BORDEAUX 28 Juin 2017

246 600 hab. - Gironde - « Faciliter l'accès à l'activité physique des femmes et des jeunes filles »

Le courrier des Maires

« Le sport féminin, c'est un peu ma marotte », sourit Arielle Piazza, adjointe aux sports à Bordeaux depuis 2008. Un doux euphémisme… « Le prisme féminin est nécessaire pour faire avancer le sport. Cette sensibilité apporte une diversité et un autre regard sur les problématiques. Nous pourrons davantage féminiser les pratiques si nous avons une parité au niveau de la gouvernance. Mais pour l'heure, les clubs n'y arrivent pas. Ce n'est pas dans leur culture et les collectivités ont un rôle à jouer. » Sur le terrain, l'élue active notamment le levier de la subvention avec des grilles spécifiques de répartition des aides. Celles-ci sont ciblées, dans une optique de « sport pour tous ». Autrement dit, elles accompagnent les structures qui s'impliquent dans « la formation des jeunes, la prise en compte du handicap et/ou le sport féminin bien sûr ». L'enjeu est de « faciliter l'accès à l'activité physique » aux femmes et adolescentes qui ne franchissent pas la porte des clubs.

Dans les quartiers. Ainsi, le dispositif « Le sport prend ses quartiers », déployé de mai à octobre dans huit quartiers de la ville, est fréquenté par 97 % de femmes ! Au programme : gym suédoise, yoga, tai-chi, qi qong ou marche nordique. Mais aussi du « cardio » comme la zumba ou le running. « Les activités physiques, c'est comme les bibliothèques, conclut l'élue, lorsqu'elles sont gratuites et qu'elles se rapprochent des gens, ils se les approprient. » Sans compter que cela « compense aussi l'appropriation très masculine des sites en accès libre ».

DOCUMENT 4

www.sport.gouv.fr

Plan obésité 2010-2013

Plan obésité

En France, près de 15 % de la population adulte est obèse. La prévalence était de l'ordre de 8,5 % il y a douze ans. Un enfant sur six présente un excès de poids. L'augmentation de la prévalence de l'obésité au cours des dernières années a concerné particulièrement les populations défavorisées et les formes graves. Les conséquences sur la santé sont dominées par le diabète et l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, les atteintes articulaires sources de handicaps et certains cancers. L'obésité retentit également sur la qualité de vie, elle est à l'origine de stigmatisation et de discrimination. C'est une source d'inégalité sociale de santé.

Le Plan obésité comporte quatre axes prioritaires :

1. Améliorer l'offre de soins et promouvoir le dépistage chez l'enfant et l'adulte
L'ambition est de mettre en place sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) une organisation des soins lisible, accessible à tous afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins.

La cohérence de la gradation des soins sera confortée (du médecin traitant au spécialiste, à l'accueil en établissement de santé et de soins de suite et de réadaptation), incluant les dimensions préventives et sociales. C'est une condition sine qua non pour développer le dépistage qui, sans aval, n'aurait pas de pertinence.

2. Mobiliser les partenaires de la prévention, agir sur l'environnement et promouvoir l'activité physique
Une attention spécifique est portée à l'amélioration de l'alimentation en milieu scolaire, la restauration collective, la restauration solidaire, et à l'activité physique pour la santé. L'axe prévention sera conduit en étroite relation avec le Programme national nutrition santé (PNNS 2011 - 2015) et le Programme national pour l'alimentation, en particulier dans ses volets « Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité » et « Améliorer l'offre alimentaire » dont les objectifs rejoignent les préconisations de la commission de Danne. Le lien avec les

propositions du PNNS 2011 - 2015 sera assuré par une participation étroite des responsables du Plan obésité à sa conception et à sa mise en œuvre.

3. Prendre en compte les situations de vulnérabilité et lutter contre la discrimination
Il existe un important gradient social de l'obésité et de ses complications. Les différences régionales de prévalence pourraient être en partie expliquées par ces facteurs socio-économiques. Les facteurs économiques retentissent sur l'accès aux soins et le suivi de certaines prescriptions. Dans le domaine de la prévention, le gradient social intervient également dans l'impact des messages, en partie du fait d'obstacles pour les mettre en œuvre.

La discrimination, dont sont victimes les personnes obèses, est documentée par des études scientifiques. Elle se traduit par des difficultés à l'embauche, retentit sur les revenus à qualification égale. C'est une source d'altération de l'image de soi et parfois de désinsertion.

4. Investir dans la recherche
Il s'agit d'animer et d'intensifier l'effort de recherche en créant une fondation de coopération scientifique. L'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) sera chargée de développer ce projet avec les partenaires publics et privés. Les programmes devront favoriser les ponts entres sciences biologiques, imagerie et sciences humaines et sociales, et l'attraction de nouvelles équipes de recherche, en particulier en économie, sociologie et psychologie sociale. L'analyse des comportements de consommation et de l'impact de la communication et des messages de santé publique en sera une des priorités. La recherche translationnelle et l'innovation doivent être renforcées dans le domaine préventif et thérapeutique. Seront poursuivies les recherches épidémiologiques sur l'évolution de l'obésité chez les jeunes.

DOCUMENT 5

De plus en plus de collectivités fédérées autour du programme « Vivons en forme »

Publié le 23/11/2012 • Par Guillaume Garvanèse • Source : Gazette santé sociale.fr

Les résultats de la première évaluation de mise en oeuvre du programme « Vivons en forme » (VIF) ont été présentés le 15 novembre 2012. Ils révèlent une adhésion croissante des collectivités locales à cette initiative de santé publique de lutte contre l'obésité.

Avec près de 250 communes adhérentes au programme et autant de politiques locales de santé déployées, « nous étions soucieux de savoir quelle était l'impact des actions menées en matière de mobilisation des acteurs locaux, sur le comportement et l'indice de masse corporelle (IMC) des enfants » explique Christophe Roy, directeur du programme VIF.

Lancé en 2004 sous la conduite de l'association Fleurbaix – Laventie « Ville Sante » (FLVS) auprès de 10 villes pilotes, l'objectif du programme est d'aider les familles à modifier durablement leur mode de vie et leur comportement alimentaire et de santé grâce à la mobilisation des acteurs publics et privés locaux.

Structuration des politiques locales – L'évaluation menée par le cabinet Ernest&Young a permis de mettre au jour les effets directs du programme VIF sur les politiques locales dans le domaine de la prévention dans les champs de l'alimentation et de l'activité physique. Il en ressort que les collectivités se sont appropriées le programme en structurant leurs politiques publiques autour des méthodologies et des outils proposés par la coordination nationale.

L'enjeu de la réussite réside dans la capacité à fédérer les acteurs et « dépend d'une réelle volonté politique » insiste Monique Valaize, maire adjointe de Béziers en charge de la santé, qui se souvient d'une mise en place particulièrement difficile. Constituer le comité de pilotage a nécessité de rassembler les acteurs locaux autour de la table (élus, associations, Education nationale et conseil général) et d'organiser une réelle transversalité au niveau des services municipaux. Un poste de chef de projet rémunéré a également été voté.

Développement d'outils – L'étude révèle que l'attente principale des communes vis-à-vis de la coordination nationale réside dans la mise à disposition d'outils de sensibilisation à destination du grand public et d'un accompagnement opérationnel. Mais aussi de moyens concrets d'évaluer l'impact de leurs actions.

A partir de ce constat, la FLVS a entamé le développement de plusieurs outils :

- en premier lieu, la validation scientifique d'une grille d'évaluation de l'action locale menée en collaboration avec l'université et le centre de recherche en santé publique de Nancy. Cet outil sera mis à disposition des villes du réseau pour qu'elles puissent évaluer l'action locale.
- Deuxième outil en préparation, l'évaluation de l'impact du programme sur les changements des comportements des parents et des enfants élaboré avec les universités de Nancy et de Lille 2.

- Enfin, le développement d'un outil plus spécifique à l'étude des aliments et des repas des enfants en milieu scolaire est prévu en partenariat avec le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc).

Remise en cause des procédures locales – « Quand nous avons été approchés pour adhérer au réseau VIF, nous avons voulu avoir des garanties quant à la pertinence du programme, surtout à un moment où l'argent public se fait rare », se souvient Vincent Ledoux, maire de Roncq, vice-président de Lille métropole. « Mais nous nous sommes aperçus que ce n'était pas si coûteux ». En se penchant sur les systèmes établis, l'élu a ainsi réalisé 15.000 euros d'économie annuelle dans les transports scolaires en supprimant les trajets écoles-piscines qui pouvaient s'effectuer à pied.

« Non seulement nous réalisons des économies, mais cela profite aux enfants qui ne restent pas statiques », s'enthousiasme le maire.

Une réflexion autour de l'aménagement des cours de récréation a par ailleurs abouti à la mise en place de jeux type « cage à poule » et a des parcours tracés à même le sol. Ce type d'aménagement, suivi dans plusieurs villes a permis au programme de se voir allouer une subvention pour 2012 de la part de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances. L'appel à projet qui en a découlé a permis à 80 villes de voir leur cours d'écoles réaménagées pour favoriser l'activité physique des enfants.

Les villes mettent aussi en place le suivi du poids et de l'IMC des enfants à l'école primaire. Mais, faute de postes d'infirmières habilités en nombre suffisant, celles-ci se concentrent de plus en plus sur le secondaire. Ce qui a pour effet de compliquer la collecte de ces données.

Le programme VIF suscite des initiatives locales qui débordent parfois des thèmes liés à l'enfance, comme en témoigne Vincent Ledoux : « Avec la ligue d'athlétisme, nous avons mis en place un diagnostic forme pour évaluer les agents. En fonction des résultats, nous les orientons vers les activités sportives. » Ce type d'actions se retrouve auprès des personnes âgées avec la promotion de l'activité physique en partenariat avec les associations locales.

L'intérêt des ARS – Autres effets indirects de VIF révélés par l'étude, les communes bénéficient d'un positionnement beaucoup plus fort par rapport aux ARS et aux autres administrations. Ce qui leur permet de peser lors de la recherche de financements ou pour mettre en place des politiques plus fortes.

Intéressées, plusieurs agences régionales de santé (ARS) ont demandé à rencontrer les communes adhérentes pour se faire expliquer le programme, qui pourrait être intégré aux contrats locaux de santé (CLS).

« A Béziers, nous travaillons de concert entre ARS, agglomération et ville » souligne Monique Valaize. « Nous avons mis en avant 2 thèmes majeurs, la nutrition et l'éducation à la santé. L'ARS Languedoc-Roussillon s'est montrée très intéressée et nous a accompagné dans la constitution de notre CLS autour de ces thèmes, définis en clé de voûte ».

DOCUMENT 6

Numéro 1, juin 2016

La parole est donnée à … est une rubrique de la lettre électronique de l'Onaps. Retrouvez la lettre électronique dans son intégralité sur le site internet : http://www.onaps.fr/lettre-electronique/lettre-electronique/

LA PAROLE EST DONNÉE À… MARTINE DUCLOS (extrait)

Présidente du Comité scientifique de l'Onaps, médecin du sport et physiologiste, professeur des universités, praticien hospitalier, chef du service Médecine du sport et des explorations fonctionnelles au CHU de Clermont-Ferrand et conseillère scientifique auprès du ministère en charge des sports.

Ce mois-ci, rencontre avec **Martine Duclos**, présidente du Comité scientifique de l'**Onaps**, médecin du sport et physiologiste, professeur des Universités, Praticien Hospitalier, chef du service Médecine du Sport et des explorations fonctionnelles au CHU de Clermont-Ferrand et conseillère scientifique auprès du ministère Sport.

Pouvez-vous donner une définition de l'activité physique ?

La définition générale est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé : tout mouvement lié à l'activité des muscles et qui va induire une dépense énergétique supérieure à la dépense énergétique de repos. De façon simple, nous faisons de l'activité physique dès que nous sommes debout et que nous commençons à bouger. L'activité physique est caractérisée par une durée, une intensité et une fréquence. Par exemple, lorsqu'il est recommandé de pratiquer « 30 minutes d'activité physique à intensité modérée 5 fois par semaine », la durée est donc d'au moins 30 minutes à chaque fois, avec une intensité modérée et une fréquence d'au moins cinq jours par semaine.

Quand est-ce que nous bougeons ?

Nous faisons bouger nos muscles dès lors que nous sommes debout et que nous commençons à avoir un mouvement musculaire. Ainsi, nous pouvons bouger dans plusieurs cadres :

- dans le cadre de la **vie professionnelle** : du fait de l'évolution de la technologie, très peu de gens bougent au travail (moins de 10%). Nous sommes pour la plupart sédentaires car nous passons un temps important assis derrière un bureau. Néanmoins, certains métiers plus manuels comme ceux du bâtiment permettent d'avoir une activité physique professionnelle.

- dans le cadre des **déplacements** : nous avons une activité physique lorsque nous nous déplaçons de manière active, c'est-à-dire en marchant, en faisant du vélo ou encore du roller. Il peut s'agir de déplacements actifs pour se rendre au travail, pour amener les enfants à l'école ou pour aller faire quelques courses. Lorsque nous utilisons une voiture ou un deux-roues motorisés lors de nos déplacements, nous n'avons pas d'activité physique.

- dans le cadre des **loisirs** : nous pouvons évidemment pratiquer un sport mais celui-ci n'est qu'une des composantes de l'activité physique de loisirs. En effet, le jardinage ou le bricolage, par exemple, permettent également d'avoir une activité physique.

- dans le cadre de la **vie domestique** : le ménage, qui n'est pas, comme on le sait, une activité réservée au sexe féminin, constitue une activité physique d'intensité modérée. Réalisée à raison de

30 minutes presque tous les jours, le ménage est une activité physique non négligeable.

Il y a donc quatre catégories d'activité physique et lorsque nous faisons le point, la première chose à faire pour caractériser notre activité physique et/ou l'augmenter est de considérer notre environnement quotidien. Ainsi, nous pouvons augmenter notre activité physique quotidienne en préférant les déplacements actifs, en utilisant les escaliers systématiquement, en allant chercher des papiers à une photocopieuse située plus loin, etc. Différents moyens sont donc possibles pour augmenter progressivement notre activité physique quotidienne. Une fois que l'habitude est prise et que nous nous sommes reconditionnés à un mode de vie quotidien plus actif, il est possible d'envisager de pratiquer une activité physique un peu plus structurée qui nous plaise et qui soit vraiment consacrée à nous-même.

Est ce qu'il y a un moyen simple pour déterminer notre niveau d'activité physique ?

Il peut paraître difficile d'évaluer le temps lorsqu'il est recommandé de pratiquer « 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée », parce que ces 30 minutes peuvent être fractionnées en périodes de 10 minutes, voire moins, ou correspondre à 20 minutes d'activité physique intense. Monter les escaliers, par exemple, constitue une activité physique intense. Néanmoins il est difficile de savoir combien nous montons d'étages par jour (si on joue le jeu de remplacer systématiquement les ascenseurs par les escaliers quand on a un ou deux étages à monter). Ainsi, un moyen simple pour déterminer notre niveau d'activité physique est d'avoir un podomètre qui donne une idée du nombre de pas que nous faisons par jour.

Attention cependant de ne pas tenter à tout prix d'atteindre la recommandation des 10 000 pas par jour. En effet, cette valeur de 10 000 pas provient d'études menées au Japon lors des jeux Olympiques de 1964. Or, les caractéristiques des Japonais, leur régime alimentaire et leur mode de vie ne correspondent pas à ceux des pays occidentaux. Faire 10 000 pas correspond environ à une heure, une heure et demie de marche à rythme soutenu, en moyenne, et dépend fortement de la taille de l'individu.

Néanmoins, le podomètre reste un outil utile. En effet, s'il vous indique que vous faites 3 000 pas par jour, cela montre que vous êtes bien en-dessous des recommandations. Ainsi, vous voyez d'où vous partez et vous pouvez vous fixer un objectif atteignable et raisonnable. Par exemple si vous faites 3 000 pas par jour, vous pouvez essayer de passer à 5 000 pas la semaine suivante, et ainsi de suite au cours du temps. Le podomètre vous permet de savoir où vous en êtes, de vous fixer des objectifs et d'arriver à atteindre progressivement les recommandations.

Ensuite, vous pourrez augmenter votre niveau d'activité physique grâce à une activité un peu plus ludique : soit plus structurée au sein d'une association sportive ou dans un club, soit avec des amis pour aller faire de la marche, du vélo ou pratiquer un jeu d'équipe. Un grand nombre de possibilités nous sont offertes pour augmenter notre niveau d'activité physique.

Pouvez-vous me donner une définition de la sédentarité ?

Un individu est considéré comme **inactif physiquement** dès lors qu'il a un niveau d'activité physique inférieur aux recommandations d'activité physique, en termes de durée, d'intensité et de fréquence. C'est-à-dire qu'il fait moins de 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine, soit moins de 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée cinq fois par semaine ou moins de 30minutes d'activité physique de forte intensité trois fois par semaine, ou un mélange des deux.

La **sédentarité** quant à elle correspond au temps que nous passons assis pendant notre période d'éveil : lors des déplacements, au travail, chez nous, durant nos loisirs… En France, le temps moyen passé assis est supérieur à 10 heures les jours travaillés : 1,5 heure pour les déplacements + 6 heures au travail + 4 heures le soir devant des écrans (télévision, ordinateur, jeux vidéo y compris chez les adultes). Les jours non travaillés, le temps passé assis moyen s'élève à 5-6 heures, ce qui est beaucoup trop.

Ces chiffres importants nous poussent à nous intéresser à la sédentarité depuis 2010. **Les études montrent que la sédentarité, donc le temps passé assis, est un facteur de mortalité et de maladies (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, certains cancers) indépendamment de notre niveau d'activité physique.** Ainsi, même si nous avons un niveau d'activité physique qui suit les recommandations, plus nous passons de temps assis plus nous avons un risque de mortalité précoce et de développer ces maladies chroniques. Une des priorités actuelles est donc de trouver des solutions pour que les travailleurs de bureau, entre autres, soient moins sédentaires et respectent les recommandations pour être moins inactifs.

Est-ce qu'il y a des projets de recherche ou cohortes en ce moment qui vont dans ce sens ?

Il existe des cohortes qui étudient l'activité physique sur de grandes populations, en France et dans d'autres pays, comme la cohorte Whitehall en Angleterre qui suit les fonctionnaires ou la Nurse Health Study sur les infirmières américaines. Ce sont des cohortes qui ont plus de 30 ans de suivi. Il existe des cohortes en fonction de l'âge, du sexe, de la population, des facteurs de risques, etc.

Le facteur sédentarité commence seulement à apparaître depuis 2010 dans les études. En France, nous sommes en retard à ce sujet, très peu d'études incluent ce facteur sédentarité. L'étude Nutrinet aborde ce facteur mais le problème est qu'il s'agit de questionnaires : les participants rapportent ce qu'ils estiment être leur sédentarité, avec toutes les limites et les biais des questionnaires, mais cela reste des éléments intéressants. D'où l'intérêt pour l'Onaps de colliger à travers l'observatoire toutes les données qui ont pu être recueillies dans toutes les bases de données qui n'ont pas forcément été exploitées. Ainsi, nous pourrons avoir un maximum de données sur la sédentarité mais aussi sur l'activité physique ou l'absence d'activité physique en France et sur tous les paramètres de santé. Cela nous permettra d'étudier les effets délétères de la sédentarité, les effets protecteurs de l'activité physique et cela en fonction des populations et des facteurs de risques.

Peut-on néanmoins évaluer l'état de santé des Français par rapport à l'activité physique et la sédentarité ou manque-t-on trop de données ?

Nous avons beaucoup de données sur l'activité physique mais nous manquons de données médico-économiques, qui permettent de montrer l'impact sur les économies de santé de l'augmentation de l'activité physique. Même si nous avons peu d'études, principalement nord-américaines, qui montrent le lien avec les coûts de santé, les études de suivi montrent très clairement que l'activité physique diminue la mortalité précoce et la survenue de pathologies, et de fait les coûts de santé. C'est d'ailleurs pourquoi la nouvelle loi de santé en France est enfin orientée vers la prévention. En effet, notre mode de vie, qui associe alimentation trop riche en sucres raffinés et en graisses, inactivité physique et sédentarité, participe à l'émergence des maladies non transmissibles (obésité, diabète de type 2, maladies cardiovasculaires et certains cancers). Or, puisque nous avons les moyens de le faire, prévenir ces maladies plutôt que de les traiter – ce qui coûte extrêmement cher – apparaît comme la meilleure alternative.

En France, nous sommes très avancés sur la prévention par l'alimentation. Néanmoins, alors que nous sommes au courant des messages de prévention, nous subissons également une stimulation permanente, qu'elle soit visuelle (vitrine des magasins, publicité…) ou auditive. Il avait été chiffré qu'un Français au cours de sa journée recevait plus de 500 stimuli vis-à-vis de l'alimentation. Que ce soit en se promenant dans la rue, en passant devant les boulangeries ou devant des panneaux publicitaires, en regardant la télévision ou en écoutant la radio, il est impossible de ne pas penser à la nourriture.

Une bonne alimentation, est nécessaire mais ce n'est pas suffisant, et on en revient donc aux fondamentaux de l'activité physique, d'autant plus que lorsque nous nous bougeons nous nous intéressons un peu plus à ce que nous mangeons. En effet, quand nous sommes mieux dans notre corps nous avons plus envie de faire attention à notre alimentation, d'autant plus que l'activité physique ne fait pas perdre de poids. L'activité physique agit non pas sur la composante des dépenses énergétiques mais sur la composante métabolisme, sur l'effet vasculaire, l'effet de bien-être, la diminution du stress, la qualité du sommeil et l'augmentation de la masse musculaire- un acteur majeur de notre santé et totalement oublié.

Comment placer les activités physiques et sportives au cœur de la prévention ? Quels acteurs mobiliser ?

Il faut mobiliser tous les acteurs ! Les déterminants de l'activité physique sont multisectoriels. Il faut tenir compte de la génétique, du milieu culturel, du milieu social, de l'environnement familial, de l'urbanisme. On ne bouge pas de la même façon dans un quartier résidentiel avec espaces verts que dans un quartier où à partir de 17 heures on risque de se faire agresser, où il y a de la drogue, etc. Les composantes sont multiples, on sait maintenant que pour faire bouger les gens, la prise en charge doit passer par :

- **les professionnels de santé**, qui vont transmettre l'information, en particulier aux personnes malades, qu'avoir une activité physique est bon pour la santé, sans danger et qu'elle peut être adaptée à tous ;
- **l'éducation**, à la santé et à l'activité physique, qui devrait démarrer à l'école ;
- **l'urbanisme**, pour réaliser des villes où il est facile de marcher, avec des pistes cyclables, des trottoirs accessibles, des parcs, du petit habitat collectif relié aux transports et aux différents services et aménités de la ville;
- **les élus**, qui doivent favoriser cet accès, qui vont donner un accès aux infrastructures sportives en dehors des heures d'ouverture classiques…

(...)

VITABOUCLE

RETROUVEZ LA FORME

➡ 4 NOUVEAUX CIRCUITS AU CŒUR DE LA VILLE

POUR PLUS D'INFORMATION RENDEZ-VOUS SUR WWW.STRASBOURG.EU/VITABOUCLE

VITABOUCLE

RETROUVEZ LA FORME À CÔTÉ DE CHEZ VOUS !

Envie de courir, de marcher sans quitter la ville ?
C'est maintenant possible grâce à Vitaboucle, boucles d'activité physique urbaines qui vous feront découvrir la ville différemment. Ces circuits vous permettront d'emprunter des zones calmes, agréables et vertes comme les cours d'eau et les parcs naturels.

Ce dispositif a été conçu par la Ville et l'Eurométrope de Strasbourg pour faciliter à toutes et à tous la pratique d'une activité physique gratuite, en plein air et quand vous le souhaitez.
Actuellement au nombre de 4 et situées dans la ville de Strasbourg, ces boucles seront amenées à s'étendre sur l'ensemble du territoire de l'Eurométropole dans les années à venir.

Préservez votre santé en utilisant Vitaboucle !

COMMENT ÇA FONCTIONNE...

La boucle peut se débuter à n'importe quel endroit de l'itinéraire et vous pouvez passer de boucle en boucle.
Construisez votre parcours et adaptez son intensité en fonction de votre forme en choisissant une ou plusieurs mailles existantes. Vous pouvez également profiter des équipements et des aires d'agrès qui ponctuent le parcours.

Vous pouvez pratiquer au choix :
la course à pied, la marche rapide, la marche découverte, la musculation, les pratiques douces, les nouveaux sports émergeants tels que le work out, le street out, etc.

Les parcours sont signalés par un sigle unique comportant le numéro de la boucle et son niveau de difficulté.

Rendez-vous sur www.strasbourg.eu pour :
– télécharger les cartes de chaque boucle
– retrouver les conseils du coach
– vous informer sur le mode d'emploi des agrès

LES CONSEILS DU COACH

1 ÉCHAUFFEMENT

- Commencez à courir 10 à 15 minutes à une allure souple et progressive. À ce rythme, il est possible de maintenir une conversation.
- Pratiquez quelques étirements qui peuvent être réalisés à l'aide du mobilier urbain (escalier ou mur pour les mollets, arbres ou barrières pour les jambes, barrières pour le dos…).
- Finissez votre échauffement par quelques mouvements de préparation musculaire (talon fesses, genoux poitrine, saut écart et moulinets de bras).

2 MARCHE - COURSE LIBRE

Pour une course souple, adaptez vos foulées et leur fréquence à vos capacités sans forcer le rythme. La respiration doit rester fluide. Inspirez par le nez et soufflez par la bouche.
Utilisez les bras en balancier.
En cas d'essoufflement, réduisez votre allure.

3 RÉCUPÉRATION ET ÉTIREMENTS

À la fin de votre parcours, prenez le temps de procéder à un temps de récupération.
- Marchez en développant entièrement le pied du talon aux doigts de pieds.
- Reprenez votre respiration, faites des mouvements de rotation des bras.
- Étirez-vous en commençant par le bas du corps (mollets, jambes…) et en remontant progressivement jusqu'au haut du corps (dos, épaules et nuque).

Hydratez-vous le plus souvent possible !

MUSCULATION ET FITNESS : MODE D'EMPLOI DES AGRÈS

Les aires d'agrès réparties sur les parcours vous permettent d'effectuer un travail complet. Les conseils d'utilisation sont indiqués à chaque aire d'agrès.

- Appareils de musculation pour travailler différents groupes musculaires.
- Appareils de stretching pour garder une certaine souplesse articulaire et réduire les tensions musculaires.

UTILISATION DU MOBILIER URBAIN

Certains éléments de mobilier urbain peuvent être utilisés dans le cadre d'exercices de musculation, d'étirement ou d'assouplissement. Voici quelques exemples d'exercices possibles :

DOCUMENT 8

Femmes ou hommes, qui bénéficie le plus des budgets publics ?

La « budgétisation sensible au genre » permet d'analyser les bénéficiaires des politiques publiques et vise à promouvoir l'égalité réelle entre femmes et hommes.

LE MONDE | 08.03.2017 à 13h28 • Mis à jour le 27.07.2017 à 20h46 | Par Laura Motet

Peu connue du grand public, la « budgétisation sensible au genre » est aujourd'hui loin d'être circonscrite à d'obscures réflexions militantes. Son but ? Analyser la distribution des dépenses et des recettes publiques en termes de genre, pour objectiver les différences de traitement. Autrement dit, répondre à ces questions : quelle part du budget bénéficie, directement ou indirectement, à une majorité d'hommes ou de femmes ?

Le concept n'est pas nouveau. Porté par des économistes féministes à partir des années 1980, il est recommandé par l'ONU femmes depuis 1995 et le Conseil de l'Europe depuis 2009.

Sa mise en application reste cependant encore très timide. Depuis 2007, l'Autriche, la Belgique et l'Espagne ont inscrit dans la loi l'obligation de prendre en compte le genre dans le processus budgétaire. En France, une première étape a été franchie avec la loi du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre femmes et hommes. L'article 61 prévoit que les collectivités de plus de 20 000 habitants devront présenter avant le débat d'orientation budgétaire un rapport relatif à leurs actions en faveur de l'égalité. Un rapport qui n'est pas toujours public, pas toujours suivi d'effets et dont la qualité dépend fortement de la volonté politique et de la formation des collectivités concernées.

Quels sont les leviers du « gender budgeting » ?

Ces rapports doivent permettre aux collectivités de dresser un premier état des lieux, en établissant notamment des statistiques genrées concernant leurs actions. L'outil ne se borne pas à étudier les budgets alloués à l'égalité entre les femmes et les hommes. Il se veut être une aide à la décision politique concernant l'ensemble des ressources et des dépenses publiques.

- **Les dépenses publiques, un enjeu de redistribution**

Les subventions publiques

Il s'agit par exemple d'analyser la fréquentation genrée des différents clubs sportifs subventionnés, mais aussi le montant de la subvention par tête en fonction du genre.

« *Dans une ville de Haute-Garonne, les hommes représentent 60 % des licencié-e-s de clubs sportifs. Ils bénéficient [cependant] de 73 % des subventions. La municipalité accorde 22,70 euros par homme inscrit dans une association sportive contre 12,90 euros par femme »,* souligne le centre Hubertine Auclert, organisme francilien de ressources pour l'égalité femmes-hommes.

Les équipements publics

Bien que libres d'accès, la plupart des équipements publics ne sont pas fréquentés à égalité par les hommes et par les femmes.

« *Les collectivités publiques mettent en place des équipements, des projets, des politiques qui visent à ce que tout le monde ait accès aux droits fondamentaux, dont font notamment partie les loisirs. […] Mais de fait, on ne peut pas simplement décréter un "accès libre au sport" et aux équipements publics sportifs,* explique Edith Maruéjouls, experte sur les questions d'égalité dans l'espace urbain. *De*

manière générale, les premiers sports subventionnés sont ceux “des hommes”, où plus de 80 % des usagers sont masculins : les boulodromes, les skate parcs, les city stades. Inversement, les espaces sportifs de pratique majoritairement féminine, comme les centres d’équitation, sont rarement financés par la puissance publique. » (…)

- **La fiscalité, un enjeu d’égalité devant l’impôt**

La budgétisation genrée ne porte pas que sur les dépenses. Certaines collectivités ont mis en place un quotient familial local, pour lutter contre les inégalités liées au genre.

En l’absence de modification du quotient familial, le calcul du prix payé pour accéder aux prestations proposées par la collectivité (accueil des enfants pendant les vacances, centre de loisirs, restauration scolaire, conservatoire, etc.) est effectué à partir du nombre d’adultes par foyer fiscal. Chaque adulte correspond à une demi-part.

En 2012, le conseil municipal de Suresnes a décidé d’ajouter une demi-part aux chefs de familles monoparentales. *« Nous nous sommes aperçus qu’au même niveau de revenu, les familles monoparentales payaient plus cher [que les familles avec deux parents] pour les services proposés par la ville »*, explique Gunilla Westerberg-Dupuy, adjointe au maire de Suresnes, déléguée à la solidarité, à l’égalité des chances, aux droits des femmes.

Il s’agit bien d’une mesure visant à réduire les inégalités femmes-hommes. 85 % des familles monoparentales sont constituées de mères avec enfants. Selon l’Insee, plus de 39 % de ces familles vivent sous le seuil de pauvreté, contre 15,7 % en moyenne en France pour les moins de 65 ans.

Pourquoi la mise en application du « gender budgeting » est-elle lente ?

- **La budgétisation sensible au genre nécessite du temps et des moyens**

A Suresnes, la réflexion sur le quotient familial local a démarré en 2010. Votée pour la première fois en 2012, la mesure a été reconduite depuis chaque année. En 2015, elle a coûté plus de 30 000 euros à la mairie (tenue par le parti Les Républicains). « *Cette mesure allège la vie des familles monoparentales et donc de femmes souvent en situation de précarité. Elle traduit une volonté politique forte »*, explique Gunilla Westerberg-Dupuy. (…)

- **La budgétisation sensible au genre peine parfois à convaincre les décideurs**

Au lieu de s’assurer de financer autant les activités de pratique essentiellement féminine et les activités de pratique essentiellement masculines, ne faudrait-il pas plutôt favoriser la mixité au sein de toutes les activités ? Pour Edith Maruéjouls, spécialiste de l’égalité dans l’espace public, travail sur les stéréotypes et rééquilibrage des budgets sont loin de s’exclure :

« C’est un faux débat. Il y a une hiérarchie de fait entre les usagers des équipements publics. Quand bien même les femmes souhaiteraient pratiquer une activité sportive sur des équipements publics, elles sont perçues comme étant moins légitimes à en négocier l’accès. Cette différence de valeur s’exprime aussi dans les écarts de subvention entre pratique féminine et pratique masculine d’un même sport. »

Se prononcer pour l’égalité entre les femmes et les hommes est devenu un incontournable des programmes politiques. Cependant, si aucun des principaux candidats à l’élection présidentielle ne fait l’impasse sur le sujet, la portée et le niveau de détail des propositions restent très variables selon les candidats.