

éducation Santé

Un mensuel au service des intervenants francophones
en promotion de la santé - www.educationsante.be
N° 364 / MARS 2020



ISS et activité
physique

Sommaire



3

—
DONNÉES
Les inégalités sociales dans la pratique de l'activité physique au prisme de l'âge et du genre



12

—
STRATÉGIE
Premiers pas vers un **plan d'action belge de littératie en santé**



15

—
ACTEURS
Bruxelles Santé devient **Bxl Santé, de la revue à l'e-mag**

Sur notre site
www.educationsante.be

Retrouvez tous nos articles et bien plus encore sur notre site internet www.educationsante.be.

Dans les inédits web ce mois-ci, vous trouverez :

- › La majorité des adolescents du monde ne sont pas assez actifs physiquement, ce qui met en danger leur santé actuelle et future, OMS
- › Pouvez-vous améliorer votre santé et votre bien-être en dansant ? Pour la première fois, l'OMS étudie le lien entre les arts et la santé, OMS

Éducation Santé est aussi présente sur les réseaux sociaux. Retrouvez-nous sur Facebook : www.facebook.com/revueeducationsante

MENSUEL (11 numéros par an, ne paraît pas en août). **ABONNEMENT** : gratuit pour la Belgique. Pour l'étranger, nous contacter. **RÉALISATION ET DIFFUSION** : Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS. **ONT COLLABORÉ CE MOIS-CI** : Claude Renard, Carine Bourmorck, Helen Barthe-Batsalle, Centre d'Expertise Fédéral (KCE), Question Santé. **RÉDACTRICE EN CHEF** : France Gerard (education.sante@mc.be). **SECRETARIAT DE RÉDACTION ET JOURNALISTES** : Sarah Hassan et Juliette Vanderveken. **CONTACT ABONNÉS** : education.sante@mc.be. **COMITÉ STRATÉGIQUE** : Martine Bantuelle, Raffaele Bracci, Emmanuelle Caspers, Martin de Duve, Christel Depierreux, Dominique Doumont, Laurence Étienne, Damien Favresse, Gaëlle Fonteyne, Olivier Gillis, Emma Holmberg, Marie Lefebvre, Denis Mannaerts, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Chantal Vandoorne. **COMITÉ OPÉRATIONNEL** : Pierre Baldewyns, Dominique Doumont, Sarah Hassan, Anne-Sophie Poncelet, Caroline Saal, Juliette Vanderveken. **ÉDITEUR RESPONSABLE** : Jean Hermesse, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **MISE EN PAGE** : Émerance Cauchie. **ISSN** : 0776 - 2623. Les articles publiés par Éducation Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité. Les textes parus dans Éducation Santé peuvent être reproduits après accord de la revue et moyennant mention de la source. **POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES** : Éducation Santé ANMC, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. **INTERNET** : www.educationsante.be. **COURRIEL** : sante@mc.be. Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé : www.pipsa.be. Les textes de ce numéro sont disponibles sur notre site www.educationsante.be. Notre site adhère à la plate-forme www.promosante.net. Éducation Santé est membre des fédérations wallonne et bruxelloise de promotion de la santé. Bureau de dépôt : Bruxelles X – ISSN 0776-2623. Numéro d'agrégation : P401139. Crédit photos : AdobeStock.

Les inégalités sociales dans la pratique de l'activité physique au prisme de l'âge et du genre

Depuis plusieurs décennies, l'épidémie de surpoids et d'obésité s'amplifie dans les pays industrialisés. Cette épidémie est associée à de nombreuses comorbidités, pour certaines responsables d'une mortalité prématurée. La sédentarité et l'inactivité physique sont identifiées comme étant les principaux facteurs de risque en association avec une alimentation parfois peu équilibrée. Pour enrayer cette pandémie, l'OMS a émis des recommandations précises en matière de pratique de l'activité physique pour chaque tranche d'âge. La littérature scientifique souligne que ces recommandations sont loin d'être rencontrées par la majorité de la population et que de grandes variations existent selon les classes sociales.

► RENARD CLAUDE, BOURMORCK CARINE, BARTHE-BATSALLE HELEN

DONNÉES





Autrement dit, l'activité physique est socialement distribuée : la probabilité que les personnes plus favorisées (niveau d'éducation, revenus et statut professionnel plus élevés) soient plus régulièrement physiquement actives est évidente. À cette distribution sociale, s'ajoutent des inégalités dans la participation à l'activité physique selon d'autres caractéristiques de stratification sociale comme le genre (avec des femmes généralement moins actives que des hommes), l'âge ou l'incapacité.

Cet article a pour objectif de préciser les contours de cette complexité.

Activité physique ; inactivité physique et sédentarité

L'OMS définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par la contraction des muscles squelettiques générant une dépense énergétique supérieure à la dépense au repos (lors d'activités professionnelles, de déplacement, domestiques ou de loisirs). Elle est caractérisée par sa durée, sa fréquence et son intensité.

L'inactivité physique se définit quant à elle par la non-atteinte des recommandations de l'OMS en termes d'activité physique. Elle serait à ce titre la première cause de mortalité évitable.

La sédentarité est considérée comme le quatrième facteur de risque de décès dans le monde (6%). On estime par ailleurs qu'elle est la cause principale de 21 à 25% des cancers du sein ou du colon, de 27% des cas de diabète et d'environ 30% des cas de cardiopathie ischémique.

Il importe de préciser que sédentarité et inactivité physique ne sont pas synonymes. Si la sédentarité est la cause principale de l'inactivité physique, elle se définit par la durée pendant laquelle le corps ne dépense pas (beaucoup) plus d'énergie qu'en situation de repos (position assise ou allongée). Une personne peut donc être sédentaire au travail (travail devant écran par exemple) et avoir une activité physique intense ou modérée par ailleurs (jogging, salle de remise en forme, sport...)

L'OMS préconise une durée et une fréquence d'une heure par jour d'activité physique intense à modérée pour les enfants et les adolescents et 30 minutes par jour cinq fois par semaine d'intensité modérée chez les adultes. L'OMS précise également que la régularité (fréquence et durée) est plus importante que l'intensité pour un bénéfice santé.

Chez l'adulte, pratiquer une activité physique régulière et adaptée :

- ▶ réduit le risque d'hypertension, de cardiopathies coronariennes, d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de cancer du sein et du colon, de dépression et de chute;
- ▶ améliore l'état des os et la santé fonctionnelle;
- ▶ est un déterminant clé de la dépense énergétique et est donc fondamental pour l'équilibre énergétique et le contrôle du poids.

La distribution sociale de l'activité physique

Les études relatives à la pratique de l'activité physique montrent une répartition très différente dans la fréquence, la durée et l'intensité en fonction de l'âge et du statut socioéconomique.

Une publication récente de l'OMS¹ présente, pour la Belgique, une répartition par classe d'âge de la prévalence de la pratique de l'activité physique considérée comme suffisante au regard des recommandations. Seuls, 6 % des enfants de 6 à 9 ans, 23 % des enfants de 10 à 12 ans, 17 % des adolescents de 13 à 17 ans, 39 % des adultes de 18 à 64 ans et 30 % des seniors de 65 à 74 ans rencontrent ces recommandations.

Il existe de fortes variations dans la pratique de l'activité physique selon les classes sociales. Bauman et al.² (2012) revendiquent la nécessité d'une meilleure compréhension des facteurs et des déterminants, en particulier pour les populations défavorisées et à faible revenu, pour réduire l'effet des futures épidémies d'inactivité et contribuer à une prévention efficace des maladies non transmissibles.

Les études épidémiologiques soulignent le lien entre les habitudes de vie et la mortalité prématurée ou l'incidence de maladies cardiovasculaires. Parmi ces habitudes de vie, figurent le tabagisme, l'alimentation, la consommation d'alcool, l'inactivité physique, la durée et la qualité du sommeil ainsi que le temps passé devant un écran. Récemment, des chercheurs³ (Foster et al. 2018; Virtanen et al, 2018; Pool, 2019; Chan et al., 2019) ont mis en évidence que l'exposition à ces risques présentait des impacts différents en fonction de l'indice de déprivation sociale. Ainsi, l'exposition à un même facteur de risque ou à plusieurs facteurs de risques aura des conséquences différentes selon le positionnement de la personne sur le gradient social. Cela signifie que les personnes qui bénéficient d'un statut social moins favorisé doivent faire face à des conséquences proportionnellement plus importantes et plus nocives sur la santé. Les groupes défavorisés seraient donc plus vulnérables aux effets néfastes associés à certains modes de vie considérés comme dommageables pour la santé en dehors de leur prévalence plus élevée dans ce public.

Un statut socioéconomique plus défavorable est associé à un indice de masse corporelle plus élevé et à un risque plus élevé d'obésité chez les enfants et les adultes, avec une proportion plus importante chez les filles et les femmes comparativement aux garçons et aux hommes

(Howe et al.⁴, 2019). Ces auteurs ajoutent qu'un indice de masse corporelle plus élevé est associé à une stigmatisation, à la discrimination, à une plus faible estime de soi et à une santé physique et mentale moins bonne. Autant de facteurs qui constituent des barrières supplémentaires à la pratique de l'activité physique.

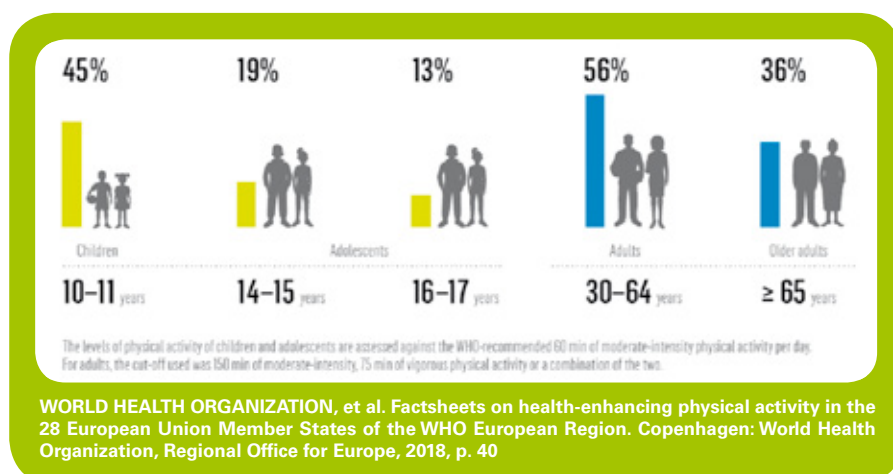
Dans leur étude longitudinale portant sur plus de 2 000 adultes néerlandais, Coenders et al.⁵ ont montré que les enfants issus de milieux socio-économiques défavorisés ont moins de chances de pratiquer un sport tout au long de leur vie. Une des raisons explicatives est la probabilité d'une continuité du faible statut socioéconomique tout au long de la vie et reproduit de génération en génération.

De plus, comme le précisent Elhakeem et al.⁶ (2015), le fait que la pratique de l'activité physique chez l'adulte présente également un gradient socioéconomique, les enfants issus de milieux moins favorisés sont susceptibles d'avoir des parents moins physiquement actifs qui peuvent à leur tour influencer défavorablement la participation de leurs propres enfants. Ces résultats sont confirmés par l'étude de Juneau et al.⁷ (2015) qui démontrent l'association entre la position socioéconomique au début de la vie et l'activité physique à l'âge adulte.

La pratique de l'activité physique considérée comme suffisante au regard des recommandations. Seuls, 6 % des enfants de 6 à 9 ans, 23 % des enfants de 10 à 12 ans, 17 % des adolescents de 13 à 17 ans, 39 % des adultes de 18 à 64 ans et 30 % des seniors de 65 à 74 ans rencontrent ces recommandations.

Dans son étude relative à l'identification des obstacles que rencontrent les personnes défavorisées dans la pratique de l'activité physique, Cleland et al.⁸ (2014) précisent que ce public rencontre en plus des difficultés dans le développement de son sentiment d'auto-efficacité, dans l'acquisition d'attitudes, de compétences et d'accessibilité aux infrastructures.

Ces différents constats convergent vers la nécessité de développer des politiques sociales pour réduire la pauvreté parallèlement à des interventions de santé publique qui se concentrent davantage sur les facteurs liés aux habitudes de vie dans un contexte de déprivation sociale.



Des recommandations aux stratégies différenciées

Dans ses recommandations relatives à l'activité physique, l'Organisation Mondiale de la Santé préconise des niveaux, des durées et des intensités différentes en fonction du critère d'âge. Ces conseils ne précisent cependant pas les stratégies les plus appropriées pour permettre aux personnes concernées d'atteindre ces seuils. Or, divers facteurs de motivation et d'autres déterminants comme le genre, le statut socioéconomique, la situation familiale vont agir tantôt comme barrières, tantôt comme facilitateurs dans la pratique de l'activité physique.

Auprès des enfants et des jeunes

Si les enfants ont une tendance quasi automatique à être en mouvement lorsqu'ils sont en bas âge, leurs motivations évoluent au cours du temps. Comme le précise l'étude de Tannehil et al.⁹ (2015), « si nous voulons encourager les jeunes à opter pour des modes de vie actifs et leur en offrir les opportunités, il est important de tenir compte de ce qui affecte négativement ou positivement leur participation et ce dans différents contextes » (p 443). Pour ces auteurs, les jeunes gardent généralement une attitude positive à l'égard de l'activité physique en vieillissant, bien que la pratique de celle-ci diminue avec l'âge. C'est plutôt la concurrence avec d'autres activités qui viendrait entraver le maintien d'une activité physique tant dans sa régularité que dans son intensité.

Selon Kemp et al.¹⁰ (2020), la participation moyenne aux activités physiques non organisées a diminué de 87 min / jour entre 11 ans et 13 ans en Australie ces dix dernières années.

Les jeunes issus de milieux défavorisés interrogés par Jonsson et al.¹¹ (2017) précisent que leur participation à l'activité physique peut être une opportunité de développer et d'entretenir des relations sociales avec d'autres jeunes du quartier mais également de lutter contre l'ennui. Par contre, ils déplorent souvent que peu de crédit ne soit accordé à leurs paroles et à leurs sentiments partagés (McEvoy et al.¹², 2016). Les facteurs qui justifient la diminution de la pratique de l'activité physique sont la tentation liée aux écrans (notamment aux jeux vidéo), le manque de temps (qui peut traduire une priorisation différente dans les activités), l'absence de soutien social et la carence de soutien financier de la part de leurs parents.

Par ailleurs, la pratique de l'activité physique des garçons est supérieure à celle des filles, et ce, quel que soit le pays d'appartenance (De Looze et al.¹³). Ces auteurs précisent que les variations entre garçons et filles sont d'autant plus importantes que les inégalités sociales de genre existent



dans le pays de référence. Ces inégalités sociales de genre se reflètent dans les comportements de santé des adolescents : les jeunes agissent conformément aux attentes sociales normatives qui renforcent à leur tour les différences entre genres.

Un autre facteur explicatif est que l'inégalité sociale de genre au sein d'une société impacte le comportement des jeunes par le biais de restrictions ou d'opportunités différentes selon le fait d'être fille ou garçon. Ainsi, dans les pays où les différences de genre sont plus marquées, les filles ont généralement moins d'opportunités de choix pour façonner leur vie personnelle. Ces résultats suggèrent que les facteurs sociaux liés aux contextes de vie influencent à leur tour les comportements de santé des adolescents en renforçant et augmentant les inégalités sociales de santé.

De nombreuses filles sont découragées par certaines activités physiques à cause des inquiétudes liées aux stéréotypes, en raison de l'insécurité autour de l'image corporelle ou du sentiment de contraintes dictées par l'acceptabilité culturelle.

Les études révèlent également que les filles âgées de 3 à 11 ans déclarent éprouver moins de plaisir que les garçons à être physiquement actives et moins confiantes en leurs capacités sportives en vieillissant. L'exposition des enfants à des normes de genre relativement étroites concernant les activités différenciées des garçons et des filles et un échec à adapter les types de sports proposés peuvent amplifier ce manque de plaisir et de confiance corporelle, et à leur tour façonner les attitudes envers l'activité physique à l'âge adulte. En effet, de nombreuses filles sont découragées par certaines activités physiques à cause des inquiétudes liées aux stéréotypes, en raison de l'insécurité autour de l'image corporelle ou du sentiment de contraintes dictées par l'acceptabilité culturelle.

Il importe de souligner que les intérêts pour le type d'activité physique diffèrent également en fonction du genre. Lawler et al.¹⁴ (2017) ont mis en évidence que les activités physiques non structurées, prioritairement appréciées par les garçons, sont des activités d'équipe comme le football ou le basket-ball alors que les activités privilégiées par les filles sont la marche et le jogging pratiqué individuellement ou à deux. Cette différence n'est pas sans conséquence sur le processus de renforcement. Si le succès d'une activité d'équipe dépend de la performance de plusieurs membres de celle-ci, le succès dans une activité individuelle ne dépend que de la performance de la personne. En conséquence, les moins bons résultats peuvent être imputés à l'ensemble de l'équipe dans l'activité collective alors que



l'échec (ou l'insatisfaction) dans une activité individuelle ne peut être attribuée à personne d'autre qu'à la personne elle-même. Le soutien social qui favorise le maintien de la motivation dans une activité collective sera d'autant plus fort qu'il est partagé et que chacun est perçu comme nécessaire à l'atteinte de l'objectif que s'est fixé l'équipe.

Comme le soulignent Maldí et al.¹⁵ (2019), au cours de ces vingt dernières années, les inégalités de revenus ont eu pour corollaire une augmentation de l'inactivité physique particulièrement chez les hommes adultes et les seniors aux revenus les plus faibles.

Comme la participation aux activités collectives est souvent associée à des niveaux plus élevés d'activité physique, ce modèle d'activité devrait être encouragé chez les adolescents. Cependant, l'adoption d'une telle stratégie néglige par la suite les personnes qui n'aiment pas les activités physiques de groupe et de compétition. Une simple approche « taille unique » ne suffit pas pour promouvoir la participation des adolescents et, par conséquent, les interventions doivent être adaptées pour refléter différents sous-groupes d'adolescents.

Auprès des adultes et des seniors

Les inégalités sociales liées à l'activité physique se perpétuent également à l'âge adulte et se différencient en fonction du genre. Comme le soulignent Maldí et al.¹⁵ (2019), au cours de ces vingt dernières années, les inégalités de revenus ont eu pour corollaire une augmentation de l'inactivité physique particulièrement chez les hommes adultes et les seniors aux revenus les plus faibles.

Les résultats obtenus par Spiteri et al.¹⁶ (2019) indiquent que les obstacles sont comparables entre les deux groupes d'âge : les facteurs environnementaux et les ressources étant les obstacles les plus fréquemment identifiés.

Concernant les facteurs d'incitation à la pratique, les influences sociales, l'aide à la gestion et le renforcement du changement de comportement étaient les facteurs de motivation les plus identifiés pour les personnes âgées. Pour les adultes d'âge moyen, ces facteurs d'incitation étaient l'élaboration d'objectifs, la croyance dans les bénéfices attendus d'une activité et les influences sociales.

Plus récemment, Tsenkova et al. ont confirmé que les désavantages socioéconomiques de l'enfance et de l'âge adulte prédisent indépendamment une baisse de l'activité physique pendant les loisirs à l'âge adulte. Ce constat suggère un lien omniprésent entre le désavantage social et l'activité physique de loisir tout au long de la vie.

Quant aux activités physiques exercées dans le cadre professionnel, les études présentent des résultats contrastés sur le plan de la santé. Certaines d'entre elles soulignent une association positive avec l'obésité, la pression artérielle et la mortalité. D'autres recherches mettent en évidence que l'activité professionnelle peut présenter des risques sur le plan musculo-squelettique par le levage d'objets lourds, la position debout sur de longues périodes, la position corporelle inappropriée (position pliée en avant par exemple) ou encore la difficulté de bénéficier de temps de repos suffisants.

Holtermann et al.¹⁷ (2011) soulignent le paradoxe de santé associé à l'activité physique durant les temps de loisirs et lors de l'activité professionnelle. Dans une analyse dite « dose-réponse », l'activité physique professionnelle augmente le risque d'absence de longue durée pour cause de maladie alors que l'activité physique durant les temps de loisirs diminue le même risque.

Ces mêmes auteurs précisent dans une autre étude (Holtermann et al.¹⁸, 2018) que l'activité professionnelle constitue le cadre principal d'une activité physique pour une fraction considérable de la population adulte. Les travailleurs de nombreuses professions, comme la construction, le nettoyage, la collecte des ordures, les soins aux personnes, l'agriculture, sont physiquement actifs pendant la majeure partie de leurs journées de travail et durant une grande partie de l'année. Malgré cette activité physique au travail, ces travailleurs souvent manuels présentent une relative mauvaise santé en comparaison avec d'autres professions moins actives.

Le comportement sédentaire qui caractérise les professions qualifiées de tertiaire mais également les personnes sans emploi, présente également des conséquences sur le plan de la santé. Une méta-analyse, réalisée par Patterson et al.²⁰, identifie un risque accru de mortalité toutes causes confondues, ainsi qu'une augmentation des maladies cardiovasculaires et de l'incidence du diabète de type 2 avec des temps assis plus long (immobilité) ou des temps devant la télévision, indépendamment de la pratique ou non d'une activité physique. Plus important encore, l'analyse de l'association dose-réponse indique que ce risque est le plus élevé pour des volumes de temps assis supérieurs à six heures par jour. C'est pourtant la réalité quotidienne de nombreuses personnes adultes, que ce soit dans le cadre de leur activité professionnelle, du non emploi ou lors de la retraite. Une étude menée en 2013 par Bennie et al.²¹ précise que la durée moyenne de temps assis par adulte en Europe est de plus de cinq heures par jour.

Gardner et al.²² rappellent que le comportement sédentaire a traditionnellement été assimilé à l'inactivité physique. Bien que le temps consacré à un comportement sédentaire présente une corrélation négative avec le temps consacré à une activité modérée à vigoureuse, cette relation peut s'avérer faible à modérée. Cela démontre l'importance de traiter le comportement sédentaire comme indépendant



de l'activité physique lors de la conception d'interventions visant à réduire le temps sédentaire. Ces mêmes auteurs soulignent d'ailleurs que les interventions les plus efficaces et les plus prometteuses sont celles qui ciblent le comportement sédentaire plutôt que l'activité physique. Ainsi, l'auto-surveillance (le contrôle exercé par soi-même sur le temps resté assis), la recherche de solutions individualisées pour réduire ce temps et l'aménagement de l'environnement physique et social sont reconnues comme les stratégies les plus prometteuses.

Pour les personnes plus âgées, l'activité physique régulière présente des avantages pour la santé tant sur le plan du bien-être physique, que psychologique et cognitif.

Les personnes en bonne santé sont proportionnellement plus nombreuses à être susceptibles de participer et d'adhérer à des programmes d'activités à vocation préventives. Cependant, la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus connaissent des problèmes de santé ou des incapacités à long terme. Il est donc important non seulement de promouvoir les avantages préventifs de l'activité physique mais également les avantages potentiels d'une pratique régulière pour améliorer la qualité de vie des personnes qui souffrent d'une pathologie physique ou psychique. C'est d'autant plus important que ces problèmes constituent souvent un prétexte ou un obstacle majeur à la pratique de l'activité physique des seniors et plus particulièrement

des plus de 80 ans. Le cercle vicieux de l'abandon ou de la diminution de l'activité physique en raison des problèmes de santé doit être évité pour réduire le risque d'une détérioration accrue de leurs incapacités.

Toutes les études soulignent que la proportion de personnes âgées suffisamment actives pour bénéficier de ces avantages de santé diminue avec l'âge. Promouvoir l'activité physique dans une population vieillissante nécessite de savoir ce qui motive les personnes âgées à être actives ainsi que leurs préférences, afin d'optimiser l'attrait et l'engagement potentiels. Van Uffelen et al.²³ ont étudié les facteurs de motivation et les préférences contextuelles pour l'activité physique chez les adultes de 60 à 67 ans, ainsi que les différences entre les sexes. Les trois principaux facteurs de motivation communs aux hommes et aux femmes sont la prévention des problèmes de santé, l'accroissement du sentiment de bien-être et la gestion du poids corporel. Les femmes identifient avec une fréquence plus élevée d'autres sources de motivation comme le fait de partager et d'occuper son temps avec d'autres personnes et par ailleurs, de se faire de nouvelles amies. Les différences étaient plus significatives dans l'association de plusieurs de ces facteurs. Ainsi, après ajustement sur base de l'âge, du niveau d'éducation, du revenu, des conditions de vie, de l'indice de masse corporelle, du niveau de l'activité physique, les femmes précisent, à la différence des hommes, prioritairement le souci de leur apparence, le temps consacré aux autres et la perte de poids.

Concernant le type d'activités, les femmes, de manière plus fréquente que les hommes, recherchent des activités à proximité de leur domicile, des activités dépourvues d'un caractère de compétition, moins vigoureuses et plutôt en intérieur. Elles privilégient également, à la différence des hommes, des activités en compagnie de personnes du même sexe, des activités encadrées et des activités avec des personnes du même âge. Les hommes quant à eux vont privilégier des activités qui peuvent plus facilement se faire en étant seul, même s'ils ne négligent pas le fait de les partager avec d'autres.

L'écart dans la pratique de l'activité physique entre les hommes et les femmes reste important et commence très tôt.

En conclusion

Les inégalités sociales associées à la pratique de l'activité physique se perpétuent dans le temps et se reproduisent de génération en génération. Si les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé présentent un caractère universel en fonction des catégories d'âge, il importe de prendre conscience que la réalité de la pratique de l'activité physique est loin d'être homogène au sein de chacune d'elles. D'importantes variations existent en fonction du genre et du statut social. De plus, les motivations et les intérêts pour la pratique d'une activité physique diffèrent également sur base de ces critères. Ce n'est qu'en intégrant ces différences dans les stratégies à mettre en place que la promotion de l'activité physique atteindra une meilleure efficacité.

Si les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé présentent un caractère universel en fonction des catégories d'âge, il importe de prendre conscience que la réalité de la pratique de l'activité physique est loin d'être homogène au sein de chacune d'elles. D'importantes variations existent en fonction du genre et du statut social.





Bibliographie

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Factsheets on health-enhancing physical activity in the 28 European Union Member States of the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2018.
- 2 Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, F. J. F., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: Why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380, 258-271. doi:10.1016/S0140-6736(12)60735-1
- 3 FOSTER, Hamish ME, CELIS-MORALES, Carlos A., NICHOLL, Barbara I., et al. The effect of socioeconomic deprivation on the association between an extended measurement of unhealthy lifestyle factors and health outcomes: a prospective analysis of the UK Biobank cohort. *The Lancet Public Health*, 2018, vol. 3, no 12, p. e576-e585.
- 4 VIRTANEN, Marianna et KIVIMÄKI, Mika. Is an unhealthy lifestyle more harmful for poor people?. *The Lancet Public Health*, 2018, vol. 3, no 12, p. e558-e559.
- 5 POOL, Ursula. Socioeconomic inequalities in lifestyle-related health outcomes. *The Lancet Public Health*, 2019, vol. 4, no 2, p. e85.
- 6 CHAN, Mei Sum, VAN DEN HOUT, Ardo, PUJADES-RODRIGUEZ, Mar, et al. Socio-economic inequalities in life expectancy of older adults with and without multimorbidity: a record linkage study of 1.1 million people in England. *International journal of epidemiology*, 2019, vol. 48, no 4, p. 1340-1351.
- 7 O'KEEFFE, Linda M., SIMPKIN, Andrew J., TILLING, Kate, et al. Data on trajectories of measures of cardiovascular health in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). Data in brief, 2019, vol. 23, p. 103687.
- 8 COENDERS, Fabienne, VAN MENSVOORT, Carly, KRAAYKAMP, Gerbert, et al. Does sport-participation improve health? A panel analysis on the role of educational attainment, economic deprivation and work-family load. *European Journal for Sport and Society*, 2017, vol. 14, no 1, p. 45-59.
- 9 Elhakeem, A., Cooper, R., Bann, D. et al. Childhood socioeconomic position and adult leisure-time physical activity: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 12, 92 (2015) doi:10.1186/s12966-015-0250-0
- 10 JUNEAU, Carl-Etienne. Is socioeconomic position early in life associated with physical activity during adulthood following the accumulation of risk model with additive effects?. 2016.
- 11 CLELAND, Claire L., HUNTER, Ruth F., TULLY, Mark A., et al. Identifying solutions to increase participation in physical activity interventions within a socio-economically disadvantaged community: a qualitative study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2014, vol. 11, no 1, p. 68.
- 12 TANNEHILL, Deborah, MACPHAIL, Ann, WALSH, Julia, et al. What young people say about physical activity: the Children's Sport Participation and Physical Activity (CSPPA) study. *Sport, Education and Society*, 2015, vol. 20, no 4, p. 442-462.
- 13 Kemp, B.J., Parrish, A. & Cliff, D.P. 'Social screens' and 'the mainstream': longitudinal competitors of non-organized physical activity in the transition from childhood to adolescence. *Int J Behav Nutr Phys Act* 17, 5 (2020)
- 14 JONSSON, Linus, LARSSON, Christel, BERG, Christina, et al. What undermines healthy habits with regard to physical activity and food? Voices of adolescents in a disadvantaged community. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 2017, vol. 12, no sup2, p. 1333901.
- 15 MCEVOY, Eileen, MACPHAIL, Ann, et ENRIGHT, Eimear. Physical activity experiences of young people in an area of disadvantage: 'there's nothing there for big kids, like us'. *Sport, Education and Society*, 2016, vol. 21, no 8, p. 1161-1175.
- 16 DE LOOZE, Margaretha, ELGAR, Frank J., CURRIE, Candace, et al. Gender inequality and sex differences in physical fighting, physical activity, and injury among adolescents across 36 countries. *Journal of Adolescent Health*, 2019, vol. 64, no 5, p. 657-663.
- 17 LAWLER, Margaret, HEARY, Caroline, et NIXON, Elizabeth. Variations in adolescents' motivational characteristics across gender and physical activity patterns: a latent class analysis approach. *BMC public health*, 2017, vol. 17, no 1, p. 661.
- 18 MALDI, Kinza Degerlund, SAN SEBASTIAN, Miguel, GUSTAFSSON, Per E., et al. Widespread and widely widening? Examining absolute socioeconomic health inequalities in northern Sweden across twelve health indicators. *International Journal for Equity in Health*, 2019, vol. 18, no 1, p. 1-12.
- 19 Spiteri, K., Broom, D., Bekhet, A. H., de Caro, J. X., Laventure, B., & Grafton, K. (2019). Barriers and Motivators of Physical Activity Participation in Middle-Aged and Older Adults—A Systematic Review. *Journal of aging and physical activity*, 1(aop), 1-16.
- 20 Tsenkova VK, Lee C, Boylan JM. Childhood Socioeconomic Disadvantage, Occupational, Leisure-Time, and Household Physical Activity, and Diabetes in Adulthood. *Journal of Physical Activity & Health*. 2017 Oct;14(10):766-772. DOI: 10.1123/jpah.2016-0438
- 21 HOLTERMANN, Andreas, HANSEN, J. V., BURR, H., et al. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *Br J Sports Med*, 2012, vol. 46, no 4, p. 291-295.
- 22 HOLTERMANN, Andreas, KRAUSE, Niklas, VAN DER BEEK, Allard J., et al. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. 2018.
- 23 PATTERSON, Richard, MCNAMARA, Eoin, TAINIO, Marko, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: a systematic review and dose response meta-analysis. 2018.
- 24 Bennie, J. A., Chau, J. Y., van der Ploeg, H., Stamatakis, E., Do, A., & Bauman, A. (2013). The prevalence and correlates of sitting in European adults – A comparison of 32 Eurobarometer-participating countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 107
- 25 GARDNER, Benjamin, SMITH, Lee, LORENCATTO, Fabiana, et al. How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. *Health psychology review*, 2016, vol. 10, no 1, p. 89-112.
- 26 VAN UFFELEN, Jannique GZ, KHAN, Asaduzzaman, et BURTON, Nicola W. Gender differences in physical activity motivators and context preferences: a population-based study in people in their sixties. *BMC public health*, 2017, vol. 17, no 1, p. 624.



STRATÉGIE

Premiers pas vers un plan d'action belge de littératie en santé

Par « littératie en santé », on désigne la capacité d'une personne à comprendre les informations relatives à la santé de manière à pouvoir maintenir ou améliorer sa santé et sa qualité de vie. En Belgique, le niveau de littératie en santé semble problématique pour 30 à 45% de la population. De nombreux pays ont mis en œuvre des plans d'action destinés à améliorer la littératie en santé de leur population. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a été chargé de les analyser afin d'en tirer des enseignements pour un éventuel plan au niveau belge.

► CENTRE FÉDÉRAL D'EXPERTISE DES SOINS DE SANTÉ (KCE)

Idéalement, la mobilisation devrait concerner tous les secteurs de la société (enseignement, emploi...), mais certainement en premier lieu l'ensemble des professionnels et des organisations de santé. Nous disposons déjà de beaucoup d'expertise mais il est nécessaire de mieux coordonner ce qui se fait actuellement.

Un terme mystérieux pour une réalité bien connue

La littératie en santé est un terme que peu d'entre nous connaissent, mais qui recouvre une notion sans doute plus familière : la capacité d'une personne à comprendre et à assimiler les informations relatives à la santé, de manière à pouvoir ensuite poser des choix appropriés pour maintenir ou améliorer sa santé et sa qualité de vie. C'est un concept très important en santé publique, car une littératie en santé insuffisante – parfois qualifiée d'« analphabétisme en santé » – va de pair avec des maladies chroniques plus fréquentes, un moindre recours aux mesures de prévention et, en fin de compte, une qualité de vie moindre et une espérance de vie plus courte.

Entre 30 et 45% de la population belge

Les personnes qui ont un faible niveau de littératie en santé ont des difficultés à interagir correctement avec les professionnels de la santé, à comprendre le comment et le pourquoi d'une maladie, à discuter avec les professionnels des mesures à prendre, à comprendre les notices de médicaments ou à suivre correctement leurs traitements. La liste des exemples est longue. En Belgique, cela concernerait entre 30 et 45% de la population, ce qui est légèrement mieux que la moyenne européenne. Le niveau d'instruction, le statut socio-économique et l'environnement culturel et social y jouent assurément un rôle prépondérant.

Un partage des responsabilités

Ces dernières années, l'approche de la littératie en santé a évolué. Au départ, il s'agissait surtout d'améliorer les capacités des individus à comprendre l'information au sujet de leur santé et à en faire « bon usage ». Mais il est ensuite apparu que la façon dont l'information sur la santé est conçue et dont les soins de santé sont organisés devaient également être prises en compte. En effet, plus le système de santé est complexe, plus il est difficile pour ses utilisateurs d'interagir avec lui en tant que personnes « compétentes ». Un tournant s'est alors opéré dans les esprits, la littératie en santé devenant une responsabilité partagée entre les individus et le système de santé dans lequel ils évoluent.

Une étude portant sur six pays

De nombreux pays ont lancé des plans d'action visant à améliorer la littératie en santé au sein de leur population.

En Belgique, beaucoup d'initiatives isolées sont actives sur le terrain (associations locales, mutualités, ONG...) mais aucune politique générale n'est mise en place. C'est pourquoi il a été demandé au Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) d'analyser quelques plans d'actions étrangers, afin d'en tirer des enseignements en vue d'un éventuel plan au niveau belge.

Six pays ont été sélectionnés pour cette analyse. Dans quatre d'entre eux (Australie, Autriche, Portugal, Écosse), des plans d'action spécifiques ont été mis en place par les gouvernements. Dans les deux autres (Pays-Bas, Irlande), il n'y a pas de plan d'action à proprement parler, mais une activité intense émanant de la société civile (secteur associatif).

Agir au niveau des citoyens, mais aussi des professionnels de santé

Quelle que soit la politique menée, on peut distinguer trois niveaux d'action. Le premier correspond à l'interaction individuelle entre le citoyen/patient et les professionnels de santé. À ce niveau, l'effort vise classiquement à fournir des informations fiables, accessibles et de qualité, et à motiver tout un chacun à s'engager pleinement dans la prévention et l'(auto)gestion de sa santé. Pour être efficaces, ces actions doivent prendre en compte les particularités des publics auxquels elles s'adressent, et mettre l'accent sur les populations les plus vulnérables. Cela implique aussi, à notre époque digitale, de combler d'abord pour certains la « fracture numérique ».

Mais ce niveau suppose également des actions au niveau des professionnels de la santé, dont on attend qu'ils prennent conscience du rôle primordial qu'ils ont à tenir et qu'ils développent leurs capacités à communiquer. Certains pays font appel à un « principe de précaution universel » qui part de l'hypothèse que chaque interaction entre patient et soignant peut donner lieu à des difficultés de compréhension et à des malentendus. Des techniques de communication spécifiques existent à cet effet ; elles pourraient être intégrées dans la formation de tous les futurs professionnels.

Un système de soins plus « convivial »

Le niveau d'action intermédiaire vise les organisations liées à la santé (hôpitaux, mutualités...), qui doivent créer une culture interne favorable à la littératie en santé. La formation de l'ensemble du personnel (soignant et non soignant, comme p.ex. le personnel d'accueil) est d'une importance capitale à cet égard mais de nombreuses études montrent que l'évolution n'est possible que si le sommet de la pyramide de management est lui-même mobilisé et donne l'impulsion.

Il peut s'agir, par exemple, de faciliter l'emploi du système de rendez-vous, de revoir la signalisation d'orientation dans



les hôpitaux, de repenser l'intelligibilité du matériel d'information distribué, etc. L'implication des associations de patients est une garantie supplémentaire que les mesures mises en place correspondront aux besoins des usagers.

Une action politique qui transcende les secteurs et les niveaux de compétences

Enfin, le troisième niveau concerne les autorités politiques, dont on attend qu'elles mettent en place le cadre général pour que le système de soins – voire la société dans son ensemble – soit propice à l'amélioration de la littératie en santé. Idéalement, cette action devrait être transversale à tous les secteurs, bien au-delà des seuls soins de santé. On pense bien sûr à l'enseignement, mais aussi à l'emploi, aux affaires sociales, à la culture, aux sports, etc. En tous ces lieux, des actions sont possibles pour rendre la population plus compétente et proactive en ce qui concerne sa santé. C'est le principe désigné par l'Organisation Mondiale de la Santé par la formule « Santé dans toutes les politiques » (Health in All Policies).

Mais de façon plus pragmatique, il est également possible de prendre des mesures politiques limitées au système de santé, comme par exemple intégrer le souci de la littératie en santé dans les normes de qualité, les mécanismes de financement, ou encore l'accréditation des professionnels de santé. Le problème au niveau belge

est que, pour être efficace, une véritable politique de littératie en santé doit toucher différentes compétences aujourd'hui réparties à des niveaux différents à la suite des réformes de l'état. Le KCE recommande donc de préparer et de convoquer une conférence interministérielle sur le sujet.

Unir toutes les forces et les bonnes volontés!

La comparaison internationale menée par le KCE a montré que, si les plans d'action initiés par les gouvernements ont une portée symbolique indéniable, certains pays se débrouillent très bien sans. Quelle que soit l'option choisie, la condition essentielle semble être, dans tous les cas, de réussir à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés et d'assurer une coordination efficace du travail réalisé.

Notre pays peut déjà compter sur une grande expertise en matière de littératie en santé et sur beaucoup d'acteurs sensibilisés à la problématique, et ce à tous les niveaux et dans tous les secteurs. Recenser les forces vives, évaluer les actions en cours et réfléchir ensemble à optimiser les efforts à l'avenir, voilà en quelques mots l'essentiel des pistes proposées.

Retrouvez le dossier ici : www.kce.fgov.be

i

Bruxelles Santé devient Bxl Santé, de la revue à l'e-mag

2020 marque un tournant pour la revue Bruxelles Santé. Après 23 années et 96 numéros publiés, le papier cède sa place au numérique pour devenir l'e-Mag Bxl santé.

ACTEURS

► QUESTION SANTÉ ASBL

Publiée par l'asbl Question Santé depuis 1996, la revue trimestrielle Bruxelles Santé s'adresse aux professionnels de la promotion de la santé, du social (CPAS, assistants sociaux, éducateurs...), du secteur de l'ambulatoire (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, médiateurs de dettes, assistants sociaux, travailleurs en santé mentale, réduction des risques...) et aux politiques.

La forme change, les objectifs restent

L'e-Mag poursuit sous une autre forme les objectifs de la revue : analyser et décrypter les enjeux de santé de la population bruxelloise en s'appuyant sur des réflexions, productions et actions menées sur le terrain. Parmi les axes traités dans l'e-Mag Bxl santé, des apports méthodologiques, des éclairages politiques, des données scientifiques de santé, des focus sur des projets et outils.



Du numérique long format

L'e-Mag Bxl santé est un magazine web, envoyé directement dans la boîte mail des abonnés. Plus qu'une newsletter classique, le magazine propose un format hybride qui allie des articles longs à lire dans leur intégralité, des vidéos ainsi que des liens vers d'autres articles à découvrir sur le site de Question Santé.

Une périodicité adaptée

Le Bxl santé ne change pas seulement de forme mais adapte également sa périodicité et passe de quatre à cinq numéros par an. Un dossier thématique annuel de 40 pages viendra compléter l'offre du Bxl santé afin de répondre au mieux aux objectifs éditoriaux. Disponible en ligne et en papier sur commande, celui-ci explorera en profondeur un des enjeux de la promotion de la santé sur le territoire bruxellois.

Un dernier mot : abonnez-vous !

Vous souhaitez recevoir l'e-Mag Bxl santé ? Si vous êtes déjà inscrit à la newsletter Bruxelles Santé, vous recevrez l'e-Mag Bxl santé automatiquement. Pour vous abonner, rendez-vous sur www.questionsante.org/nos-publications-periodiques ou envoyez un email à info@questionsante.org.



- Vous voulez partager une expérience dans Éducation Santé ?
- Vous avez rédigé un texte que vous souhaitez voir publier ?
- Vous lancez une campagne en promotion de la santé que vous aimeriez mettre en évidence ?
- Vous avez travaillé sur un projet dont le processus de mise en place ou d'évaluation mérite d'être mis en évidence ?

► Contactez-nous : education.sante@mc.be

