

SOMMAIRE // Contents

Précédent

Article

Suivant



Télécharger cet article



## Prévalences nationales et régionales de l'activité physique et de la sédentarité des adultes en France : résultats du Baromètre de Santé publique France 2021

// National and regional prevalence of physical activity and sedentary behaviour among adults in France: Results from the Santé publique France Health Barometer 2021

Charlotte Verdot<sup>1</sup> (charlotte.verdot@santepubliquefrance.fr), Benoît Salanave<sup>1</sup>, Hélène Escalon<sup>2</sup>, Valérie Deschamps<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen), Santé publique France, Université Paris 13, Bobigny  
<sup>2</sup> Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 21.02.2024 // Date of submission: 02.21.2024

Mots-clés : Activité physique | Sédentarité | Temps passé assis | Adultes | Recommandations de santé  
Keywords: Physical activity | Sedentary behaviour | Sitting time | Adults | Health recommendations

### Résumé

**Introduction** – Le manque d'activité physique (AP) et la sédentarité sont deux facteurs de risque de nombreuses maladies non transmissibles. Le suivi régulier de ces comportements au sein de la population générale est nécessaire pour évaluer leur impact sanitaire et adapter les politiques de prévention aux besoins de la population.

**Méthode** – Cet article présente les niveaux d'AP et de sédentarité de la population adulte en France en 2021, à partir des résultats du Baromètre de Santé publique France 2021 (France hexagonale et départements et régions d'outre-mer), ainsi que les facteurs sociodémographiques qui y sont associés. Le dimensionnement de ces enquêtes permet pour la première fois d'estimer ces prévalences au niveau régional.

**Résultats** – En 2021, 73% des hommes et 59% des femmes atteignaient les recommandations en matière d'AP. La prévalence d'atteinte des recommandations complémentaires de renforcement musculaire était de 31% chez les hommes et 20% chez les femmes. Plus d'un adulte sur cinq déclarait passer plus de sept heures par jour en position assise et la prévalence d'un temps écran de loisirs supérieur à trois heures quotidiennes atteignait 39%. Seule la recommandation de rupture de sédentarité semblait bien observée. L'atteinte des recommandations d'AP était associée au sexe, à l'âge, au niveau de diplôme et à la taille de l'agglomération, de même que la situation professionnelle pour les hommes et la structure du ménage pour les femmes. La sédentarité était associée à l'âge, au niveau de diplôme, à la taille de l'agglomération, à la structure du ménage et à la situation professionnelle. L'atteinte des recommandations d'AP variait de plus de 15 points selon les régions. La Bretagne et l'Occitanie se distinguaient par une prévalence significativement supérieure à la prévalence nationale contrairement à l'Île-de-France et au Nord-Est de l'Hexagone qui présentaient des prévalences significativement inférieures à la prévalence nationale.

**Conclusion** – Ces données permettent de dresser un état des lieux des niveaux d'AP et de sédentarité des adultes en France en 2021 et ciblent les populations et territoires à prioriser en matière de prévention.

### Abstract

**Introduction** – Physical inactivity and sedentary behaviour are risk factors for many non-communicable diseases. Monitoring these behaviours is necessary to assess their health impact and

### Résumé / Abstract

Introduction  
Méthode  
Résultats  
Discussion  
Limites  
Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article

## SOMMAIRE // Contents

Précédent

**Article**

Suivant



Télécharger cet article

L'activité physique (AP) est un facteur de protection de nombreuses maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, métaboliques ou certains cancers<sup>1,2</sup>. Elle est recommandée pour maintenir ou améliorer la santé physique et mentale à tous les âges de la vie et elle est même reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse à part entière pour de nombreuses pathologies<sup>3</sup>. En parallèle, la sédentarité est un facteur de risque distinct, influant sur les mêmes pathologies et la mortalité toutes causes<sup>4,5</sup>. L'AP et la sédentarité ne se compensent pas directement. Il faut une certaine « dose » d'AP (en termes de durée et d'intensité) pour compenser les effets délétères d'une sédentarité élevée<sup>6</sup>. Il est donc nécessaire, pour maintenir ou améliorer sa santé, de limiter sa sédentarité autant que possible, et d'augmenter conjointement son niveau d'AP.

Si ces constats sont partagés, les chiffres ne sont pas rassurants pour autant. D'une part le manque d'AP reste prégnant dans les pays développés<sup>7</sup>, et d'autre part la sédentarité ne cesse de gagner du terrain<sup>8</sup>. En France, les données de l'Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) faisaient état en 2014-2016 d'un niveau d'AP insuffisant (en-dessous des recommandations) pour trois hommes sur 10 et une femme sur deux et d'un niveau de sédentarité élevé (plus de sept heures d'activités sédentaires par jour) pour plus de 40% des adultes de 18-75 ans<sup>9</sup>. L'évolution de ces comportements depuis l'Étude nationale nutrition santé 2006-2007 (ENNS) n'était pas favorable puisqu'une diminution de l'AP des femmes et une augmentation de la sédentarité pour l'ensemble de la population étaient observées au cours des 10 années écoulées<sup>10</sup>.

Au regard de cette situation, il est important de développer des actions et stratégies visant à augmenter l'AP et diminuer la sédentarité de la population, mais il est également indispensable de pouvoir mesurer régulièrement ces indicateurs, afin d'en suivre l'évolution et d'adapter les politiques de santé publique au plus près des besoins. Si les grandes enquêtes de santé (ENNS, Esteban et prochainement l'enquête Alimentation, biosurveillance, santé, nutrition, environnement – Albane) permettent d'évaluer et de décrire en détail ces comportements au sein de la population, leur réalisation tous les 10 ans, du fait de la complexité de leur dispositif, ne permet pas un suivi fin des évolutions ou des tendances de ces indicateurs au cours du temps. L'inclusion de questions relatives aux comportements d'AP et de sédentarité dans le Baromètre de Santé publique France (BS) 2021 a permis d'obtenir des données représentatives, à mi-chemin des grandes enquêtes épidémiologiques en France hexagonale et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), et donne lieu pour la première fois à l'analyse de ces données à un niveau infranational, compte tenu de la taille de l'échantillon. Cet article présente les prévalences des niveaux d'AP et de sédentarité de la population adulte en France en 2021, les facteurs sociodémographiques qui y sont associés et l'estimation de ces prévalences par région.

## Méthode

### Méthodologie de l'enquête

Les données sont issues du BS 2021 (France hexagonale et DROM) de Santé publique France. La méthode d'enquête est identique à celle du BS 2020 qui a déjà été publiée par ailleurs<sup>11</sup>. Les BS sont des enquêtes périodiques, réalisées par téléphone, qui visent à décrire les connaissances, les attitudes, les opinions et les habitudes des Français en matière de santé. Le champ de l'enquête inclut les personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France et parlant le français. L'échantillonnage repose sur une génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile. Les participants sont sélectionnés selon un sondage à deux degrés sur ligne fixe (sélection d'un individu par ménage selon la méthode Kish<sup>12</sup>) et à un degré sur ligne mobile (sélection de la personne qui décroche). Dans l'édition 2021, la passation du questionnaire<sup>(1)</sup> durait en moyenne 36 minutes.

Le BS en France hexagonale a été réalisé du 11 février au 15 décembre 2021 (avec une trêve estivale du 19 juillet au 22 août). Au total, 24 514 personnes ont été interrogées. Le taux de participation s'est élevé à 44,3%.

Le BS DROM s'est déroulé du 7 avril au 12 octobre 2021 pour les Antilles et la Guyane, et du 20 avril au 13 juillet 2021 pour La Réunion. Du fait de l'existence d'une enquête spécifiquement dédiée, Mayotte n'a pas été incluse dans le BS DROM. Plus de 6 000 personnes ont été interrogées : 1 511 à la Guadeloupe, 1 526 à la Martinique, 1 478 en Guyane et 2 004 à La Réunion. Les taux de participation s'élevaient à 46% en Guadeloupe et en Martinique, 51% à La Réunion et 54% en Guyane.

Afin d'être représentatives de la population hexagonale et de chaque DROM, les estimations ont été

### Résumé / Abstract

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Limites

Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article

SOMMAIRE // Contents

Précédent

Article

Suivant



Télécharger cet article

devant les écrans. En l'absence de recommandation chiffrée (il est juste recommandé de « limiter le temps de sédentarité »)<sup>2</sup>, nous nous sommes basés sur des seuils généralement utilisés dans la littérature pour définir un niveau de sédentarité élevé<sup>13,14</sup> : passer plus de sept heures par jour en position assise ou passer plus de trois heures par jour devant un écran en dehors de toute activité professionnelle. Enfin, un dernier indicateur rend compte de la fréquence de rupture de sédentarité. En cas de position assise prolongée, la recommandation française datant de 2019 est de se lever pour marcher un peu au moins toutes les deux heures<sup>(2)</sup>.

Analyse des données

Les prévalences nationales de chaque indicateur sont présentées par sexe, avec les intervalles de confiance à 95% (IC95%). Les comparaisons par sexe ont été testées au moyen du Chi2 de Pearson avec correction de Rao-Scott pour tenir compte du plan de sondage.

Les facteurs sociodémographiques associés aux niveaux d'AP et de sédentarité (atteinte des recommandations d'AP et sédentarité élevée) ont été étudiés sur les données de France hexagonale par des régressions logistiques multivariées. Les variables d'intérêt étaient le sexe, l'âge (en 7 classes), le niveau de diplôme (en 3 classes : <baccalauréat, bac, >bac), la situation familiale (seul, famille monoparentale, couple sans enfant, couple avec enfant(s), autres), la situation professionnelle (travail, études, chômage, retraite, autres) et la région.

Enfin, les prévalences régionales et par DROM ont été standardisées sur la structure par sexe et âge de la population de France hexagonale afin de pouvoir comparer les régions et DROM à structure égale. Les prévalences de chaque région ou DROM ont été comparées aux prévalences nationales (France hexagonale) afin de tester au moyen du test du Chi2 de Pearson la significativité d'éventuelles différences.

L'ensemble des analyses a été réalisé sur des données pondérées et redressées à l'aide du logiciel Stata14®. Le plan de sondage de l'enquête a été pris en compte, en particulier dans l'estimation des variances et des intervalles de confiance à 95% en utilisant la fonction « svyset » sous Stata®.

Résultats

Niveaux d'activité physique et de sédentarité

En 2021, en France hexagonale, 72,9% des hommes et 59,3% des femmes (p<0,001) âgés de 18 à 85 ans atteignaient les recommandations de l'OMS en matière d'AP pour la santé (tableau 1). La prévalence d'atteinte des recommandations complémentaires de RM s'élevait à 31,1% chez les hommes et 20,2% chez les femmes (p<0,001). Les différences observées selon le sexe en matière d'AP ne se retrouvaient pas dans les comportements sédentaires. Plus d'un adulte sur cinq déclarait passer plus de sept heures par jour en position assise et la prévalence d'un temps d'écran de loisirs supérieur à trois heures quotidiennes atteignait 39%. Seule la recommandation de rupture de sédentarité semblait être bien observée avec plus de 9 adultes sur 10 déclarant se lever au moins toutes les deux heures en cas de position assise prolongée. Au total, 8,6% des hommes et 9,9% des femmes (p<0,01) cumulaient les deux facteurs de risque, à savoir une AP insuffisante et une sédentarité élevée (tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence des niveaux d'activité physique et de sédentarité des hommes et femmes de France hexagonale, Baromètre de Santé publique France, 2021

Indicateur	Hommes (%)	Femmes (%)	IC95% Hommes	IC95% Femmes
Atteinte des recommandations OMS d'AP	72,9	59,3	71,8-74,0	58,1-60,5
Atteinte des recommandations complémentaires de RM	31,1	20,2	29,5-32,7	19,0-21,4
Sédentarité	39,0	39,0	37,8-40,2	37,8-40,2
Temps d'écran de loisirs > 3 heures quotidiennes	39,0	39,0	37,8-40,2	37,8-40,2
Rupture de sédentarité (se lever au moins toutes les deux heures en cas de position assise prolongée)	90,4	90,4	89,2-91,6	89,2-91,6
Facteurs de risque cumulés (AP insuffisante et sédentarité élevée)	8,6	9,9	7,4-9,8	8,7-11,1

Agrandir l'image

Facteurs associés à l'atteinte des recommandations d'AP en France hexagonale

Résumé / Abstract

- Introduction
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Limites
- Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article

SOMMAIRE // Contents

Précédent

Article

Suivant



Télécharger cet article

Agrandir l'image

**Facteurs associés à un niveau de sédentarité élevée en France hexagonale**

Le niveau de sédentarité n'était pas associé au sexe. En revanche, un niveau de sédentarité élevée était associé à l'âge, les plus jeunes étant davantage sujets à passer plus de sept heures par jour en position assise, en comparaison des plus âgés chez qui cette probabilité était moindre (0,8 [0,7-1,0] pour les 55-64 ans et 0,6 [0,5-0,8] pour les 65-74 ans en référence aux 45-54 ans (tableau 3). Le niveau de sédentarité était également associé au niveau de diplôme des individus. Les titulaires d'un diplôme supérieur au baccalauréat avaient une plus grande probabilité de passer plus de sept heures par jour en position assise en comparaison de ceux de niveau bac (2 [1,8-2,3]). À l'inverse, les personnes sans diplôme ou de niveau inférieur au baccalauréat étaient moins nombreuses à avoir une sédentarité élevée (0,7 [0,6-0,8]). En comparaison des personnes déclarant travailler, les personnes inactives, au chômage ou retraitées avaient une moindre probabilité de passer plus de sept heures par jour en position assise (0,4 [0,3-0,5] ; 0,5 [0,4-0,6] et 0,3 [0,2-0,4] respectivement). Les étudiants avaient quant à eux une plus grande probabilité d'avoir un niveau de sédentarité élevée (2 [1,7-2,4]). Le temps quotidien passé assis était également associé au fait de vivre seul, les ménages regroupant plusieurs individus (famille monoparentale, couple avec ou sans enfant) étant moins nombreux à déclarer une sédentarité élevée (0,7 [0,6-0,8] ; 0,7 [0,7-0,8] et 0,8 [0,7-0,9] respectivement). Enfin, la prévalence d'une sédentarité élevée était plus importante dans les agglomérations à forte densité (à l'exception des agglomérations de 100 000 à 199 999 habitants) atteignant 33,2% dans l'agglomération parisienne (1,7 [1,5-1,9] en comparaison des agglomérations de moins de 20 000 habitants).

Tableau 3 : Facteurs sociodémographiques associés à une sédentarité élevée (temps assis supérieur à sept heures par jour) en France hexagonale, Baromètre de Santé publique France, 2021

Agrandir l'image

**Prévalences régionales d'atteinte des recommandations d'AP**

En 2021, la prévalence d'atteinte des recommandations d'AP variait de 65,0% à 78,9% chez les hommes selon les régions de France (France hexagonale et DROM). Quatre régions avaient une prévalence significativement moins élevée que la prévalence nationale (p<0,05 ; figure 1a) : la Guyane (65,0%), le Centre-Val de Loire (66,7%), l'Île-de-France (67,7%) et les Hauts-de-France (69,2%). En revanche, deux régions se démarquaient avec une prévalence significativement plus élevée que la prévalence nationale

Résumé / Abstract

- Introduction
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Limites
- Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article

SOMMAIRE // Contents

Précédent

Article

Suivant

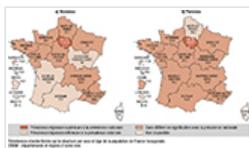


Télécharger cet article

et Nouvelle-Aquitaine), ainsi que chacun des DROM enquêtés (La Réunion, Martinique, Guadeloupe, Guyane), avaient une prévalence significativement inférieure.

Chez les femmes, la prévalence de la sédentarité élevée s'échelonnait de 15,6% à 29,2% selon les régions. Comme pour les hommes, on retrouvait une prévalence significativement plus élevée en Île-de-France (29,2% ; *figure 2b*) comparée à la prévalence nationale. À l'inverse, la prévalence était moindre dans les Hauts-de-France (16,3%) et dans les DROM à l'exception de la Guyane.

**Figure 2 : Prévalence de la sédentarité élevée (temps passé assis supérieur à sept heures par jour) par région chez les hommes et chez les femmes en France hexagonale et dans les DROM en 2021**



[Agrandir l'image](#)

Discussion

Cette étude présente les prévalences nationales et régionales de l'AP et de la sédentarité des adultes en France en 2021. Malgré des méthodologies différentes, l'estimation des niveaux d'AP de la population en 2021 diffère peu des niveaux relevés précédemment en 2016 dans l'étude Esteban<sup>10</sup>. Les données collectées ici pour la première fois dans les DROM ne se démarquent pas non plus des données de la France hexagonale. En effet, d'après le BS 2021, trois hommes et quatre femmes sur 10 n'atteignent pas les recommandations d'AP. La recommandation spécifique concernant la pratique d'activités de RM (préconisée à hauteur de deux séances par semaine<sup>2</sup>) est encore moins suivie, puisque sept hommes et huit femmes sur 10 déclarent ne pas réaliser de telles activités. Cette recommandation est certes plus récente et probablement moins connue de la population. Elle peut être par ailleurs difficile à appréhender et a pu être sous-évaluée par les personnes interrogées. De nombreuses AP permettent en effet de travailler à la fois l'endurance et le RM (ex. vélo, danse, natation). Le renforcement des muscles peut par ailleurs être réalisé lors d'AP de la vie quotidienne comme monter et descendre des escaliers, contexte de pratique peut-être moins connu de la population et donc moins pris en compte dans les déclarations. La recommandation sur le RM est diffusée sur le site [mangerbouger.fr](http://mangerbouger.fr). Une information spécifique avec une diffusion plus large est une piste à envisager pour en améliorer la connaissance, afin que le RM soit davantage intégré dans les comportements d'AP.

De manière générale, ces données mettent en évidence le manque d'AP dans le quotidien des Français (et notamment des Françaises) et la nécessité d'agir en faveur de la modification des modes de vie pour y inclure davantage de mouvement. Les constats observés il y a déjà plusieurs années, en France et dans l'ensemble des pays occidentaux, demeurent d'actualité<sup>2</sup> : le niveau d'AP des femmes, toujours inférieur à celui des hommes, en fait un public prioritaire, de même que les plus âgés et les moins diplômés<sup>15</sup>. L'absence d'évolution favorable du niveau d'AP, notamment chez les femmes, suggère de penser la prévention d'un mode de vie actif de manière plus systémique (dans une perspective socio-écologique), au-delà des seules actions destinées à modifier les comportements individuels, pour rendre notre environnement de vie davantage propice à l'adoption de comportements favorables à la santé. Cela peut notamment passer par un aménagement urbain repensé, à l'image du Plan d'action mondial de l'OMS pour l'AP et la santé 2018-2030<sup>16</sup> ou des projets de design actif<sup>17,18</sup>. De telles perspectives présentent l'avantage de s'adresser à toute la population, sans distinction, et de lutter de fait contre les inégalités de santé et d'accès à la pratique d'AP. Le niveau d'AP est en effet encore très lié au genre et à la position socio-économique avec une pratique plus développée chez les hommes et chez les plus diplômés. Or, il a été démontré par exemple qu'un environnement favorisant la marche était associé à une réduction de ces inégalités en matière d'AP<sup>19</sup>. En effet, la « marchabilité » augmente le niveau d'AP de tous (quels que soient la localisation géographique ou l'âge) et cette relation entre « marchabilité » et niveau d'AP profite davantage aux femmes<sup>19</sup>. Il a également été montré que la densité des transports publics et le nombre de parcs au sein des quartiers étaient associés à un niveau supérieur d'AP d'intensité modérée à élevée (telle que recommandée) et ce, dans tous les groupes sociodémographiques et quelles que soient les caractéristiques perçues du quartier<sup>20</sup>. Penser le développement de l'AP pour le plus grand nombre est ainsi possible en continuant à : 1) diversifier l'offre (au sein des clubs, des associations, des municipalités,

Résumé / Abstract

- Introduction
- Méthode
- Résultats
- Discussion
- Limites
- Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article

## SOMMAIRE // Contents

Précédent

**Article**

Suivant



Télécharger cet article

pour aller vers une AP d'intensité au moins modérée engagera les bénéfices sanitaires liés à la pratique physique <sup>2,5</sup>.

Ce changement doit se penser de manière globale et être décliné au sein de chaque territoire, au regard de la situation locale. En effet, l'analyse des données au niveau régional révèle que deux régions (la Bretagne et l'Occitanie) se distinguent par une prévalence d'AP supérieure à la prévalence nationale, tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, le nord du pays présente des prévalences plus faibles. Bien que cette étude ne permette pas d'avancer de facteurs explicatifs de ces différences, il est reconnu que l'AP est liée à certaines caractéristiques socio-économiques (comme les revenus ou l'accès aux diplômes et à l'emploi) <sup>22</sup>. Il existe un gradient social et un impact des inégalités sociales de santé sur les niveaux d'AP ce qui pourrait expliquer pour une part ces différences. Selon les données de l'Insee <sup>23</sup>, les Hauts-de-France rendent en effet compte des indicateurs sociaux les plus défavorables de l'Hexagone (taux de chômage le plus élevé, PIB par habitant et niveau de vie médian les plus faibles, mortalité plus élevée...) alors que la Bretagne présente à l'inverse des indicateurs très favorables (taux de chômage le plus faible, niveau de vie médian élevé, taux de pauvreté parmi les plus faibles). Ces différences se retrouvent également au niveau de l'engagement sportif, puisqu'en 2018 le nombre d'équipements sportifs par habitant et la pratique sportive fédérale étaient les plus développés en Bretagne alors que les Hauts-de-France tenaient le bas du tableau <sup>23</sup>. Une analyse plus fine des caractéristiques de ces populations régionales, de leur cadre de vie, des initiatives ou politiques développées au sein de ces territoires pourrait permettre de mettre en exergue des orientations à promouvoir ou des exemples à suivre dans les régions où la population est manifestement moins active, concentrée en Île-de-France et dans le Nord-Est de l'Hexagone.

**Limites**

La principale limite de cette étude concerne la concision et la nature déclarative des données ayant permis d'estimer les niveaux d'AP et de sédentarité de la population enquêtée. La majorité des études épidémiologiques évaluent l'AP par questionnaire, dont l'utilisation et le déploiement sont moins contraignants que les mesures objectives via le port de dispositifs du type accéléromètre par exemple. Les questionnaires apportent de nombreuses informations sur l'AP des individus, mais ils se heurtent à certains biais, comme les biais de mémoire ou de désirabilité sociale, ou encore la difficulté de pouvoir estimer la fréquence, la durée et l'intensité des AP rapportées. Cela est notamment vrai pour cette étude, où les questions posées nécessitaient que les répondants puissent déclarer leur AP selon des indicateurs de durée et d'intensité ressentie (modérée ou élevée). Par ailleurs, le nombre restreint de questions n'a pas permis de renseigner les domaines, types et modalités d'AP pratiquées, ce qu'il serait intéressant d'analyser dans le cadre notamment de l'étude des inégalités sociales et territoriales de santé. Cependant, le fait que les résultats obtenus soient cohérents avec ceux de l'étude Esteban utilisant un questionnaire beaucoup plus développé, couplé à la puissance et la robustesse de cette enquête, conforte les estimations et les conclusions avancées et apporte déjà de nombreuses informations.

**Conclusion**

Cette étude permet de dresser une cartographie des prévalences d'AP et de sédentarité en France en 2021. La puissance de cette étude nationale représentative permet d'estimer pour la première fois ces prévalences à un niveau infranational, DROM inclus. Cette étude dresse un état des lieux de la situation française et met en exergue les principaux facteurs liés à ces comportements de santé. Ce sont autant de pistes sur lesquelles il est possible d'agir pour espérer inverser la tendance, afin de lutter efficacement contre l'inactivité physique et la sédentarité.

La proclamation de la promotion de l'activité physique et sportive comme Grande Cause nationale en 2024 <sup>24</sup>, année des Jeux olympiques et paralympiques en France, devrait contribuer à impulser de nombreuses initiatives pour développer l'AP du plus grand nombre. Tout l'enjeu sera d'inclure l'ensemble des territoires et de la population et de faire perdurer cet élan dans le temps.

**Remerciements**

Les auteurs remercient toute l'équipe responsable de la réalisation des Baromètres de Santé publique

## Résumé / Abstract

Introduction  
Méthode  
Résultats  
Discussion  
Limites  
Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article

## SOMMAIRE // Contents

Précédent

Article

Suivant



Télécharger cet article

- <sup>7</sup> Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: A pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077-e86.
- <sup>8</sup> Yang L, Cao C, Kantor ED, Nguyen LH, Zheng X, Park Y, et al. Trends in sedentary behavior among the US population, 2001-2016. *JAMA*. 2019;321(16):1587-97.
- <sup>9</sup> Equipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), 2014-2016. Volet Nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. 2<sup>e</sup> édition. Saint-Maurice: Santé publique France; 2020. 58 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activite-physique-et-sedentarite>
- <sup>10</sup> Verdot C, Salanave B, Deschamps V. Activité physique et sédentarité dans la population française. Situation en 2014-2016 et évolution depuis 2006-2007. *Bull Épidémiol Hebd*. 2020;15:296-304. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/15/2020\\_15\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/15/2020_15_1.html)
- <sup>11</sup> Soullier N, Richard JB, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2020. Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021. 24 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2020.-methode>
- <sup>12</sup> Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc*. 1949;44(247):380-7.
- <sup>13</sup> Stamatakis E, Ekelund U, Ding D, Hamer M, Bauman AE, Lee IM. Is the time right for quantitative public health guidelines on sitting? A narrative review of sedentary behaviour research paradigms and findings. *Br J Sports Med*. 2019;53(6):377-82.
- <sup>14</sup> Chau J, Grunseit A, Chey T, Stamatakis E, Brown W, Matthews C, et al. Daily sitting time and all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(11):e80000.
- <sup>15</sup> Gerovasili V, Agaku IT, Vardavas CI, Filippidis FT. Levels of physical activity among adults 18-64 years old in 28 European countries. *Prev Med*. 2015;81:87-91.
- <sup>16</sup> World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: More active people for a healthier world. Geneva: WHO; 2018. 104 p. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>
- <sup>17</sup> WHO Regional Office for Europe. Urban design for health: Inspiration for the use of urban design to promote physical activity and healthy diets in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. 40 p. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5961-45726-65769>
- <sup>18</sup> Agence nationale de la cohésion des territoires. Guide du design actif. Paris: Agence nationale de la cohésion des territoires; 2021. 101 p. [https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/Guide\\_design\\_Actif-RVB\\_HD\\_version%20web.pdf](https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/Guide_design_Actif-RVB_HD_version%20web.pdf)
- <sup>19</sup> Althoff T, Sosis R, Hicks JL, King AC, Delp SL, Leskovec J. Large-scale physical activity data reveal worldwide activity inequality. *Nature*. 2017;547(7663):336-9.
- <sup>20</sup> Cerin E, Conway TL, Adams MA, Barnett A, Cain KL, Owen N, et al. Objectively-assessed neighbourhood destination accessibility and physical activity in adults from 10 countries: An analysis of moderators and perceptions as mediators. *Soc Sci Med*. 2018;211:282-93.
- <sup>21</sup> Champagne C, Pailhé A, Solaz A. Le temps domestique et parental des hommes et des femmes: quels facteurs d'évolutions en 25 ans ? *Économie et Statistique*. 2015;478-479-480:34. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1303232?sommaire=1303240>
- <sup>22</sup> Caillavet F, Castetbon K, César C, Chaix B, Charreire H, et al. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Paris: Inserm; 2014. 747 p. <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6515>
- <sup>23</sup> Institut national de la statistique et des études économiques. La France et ses territoires. Montrouge: Insee; 2021. 204 p. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5040030>
- <sup>24</sup> Ministère des Sports et des Jeux olympiques et paralympiques. Grande cause nationale 2024. Bouge 30 minutes chaque jour! Dossier de presse – Présentation de la grande cause nationale. Paris: Ministère des Sports; 2023. 16 p. [https://www.grandecause-sport.fr/sites/default/files/2024-01/t-l-charger-le-dossier-de-presse-grande-cause-nationale-8061%20%281%29\\_0.pdf](https://www.grandecause-sport.fr/sites/default/files/2024-01/t-l-charger-le-dossier-de-presse-grande-cause-nationale-8061%20%281%29_0.pdf)

Citer cet article

## Résumé / Abstract

Introduction  
Méthode  
Résultats  
Discussion  
Limites  
Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article

SOMMAIRE // Contents

Précédent

**Article**

Suivant



Télécharger cet article

Résumé / Abstract

Introduction

Méthode

Résultats

Discussion

Limites

Conclusion

Tableaux et figures

Références

Citer cet article