



---

ÉTAT DES LIEUX  
DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE  
ET DE LA SÉDENTARITÉ EN FRANCE  
- ÉDITION 2018 -  
PERSONNES AVANÇANT EN ÂGE

---

Benjamin Larras

Sous la direction de Corinne Praznoczy





Crédit photo : Hervé Hamon

La population française vieillit. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 9% de la population et cette proportion devrait poursuivre sa progression pour atteindre 12% à l'horizon 2030 et 16% en 2050.

Si l'espérance de vie à la naissance progresse toujours, l'espérance de vie en bonne santé demeure stable depuis une dizaine d'années, ce qui implique que nous passons plus d'années à vivre avec une qualité de vie amoindrie.

Les effets d'une activité physique et sportive (APS) sont bénéfiques quel que soit l'âge à laquelle elle est commencée, même à 60 ou 70 ans. Pour ceux qui ceux déjà physiquement actifs voire sportifs, l'APS peut être aussi poursuivie sans limite d'âge.

Pourtant, si les bénéfices de l'APS ne sont plus à démontrer y compris chez les personnes avançant en âge (vieillir en bonne santé, réduire les complications des maladies chroniques, maintenir ou retarder la perte d'autonomie...), le niveau d'APS des seniors reste faible : seulement 2/3 d'entre eux atteignent les recommandations de l'OMS alors que 9 sur 10 connaissent ces recommandations, qui ont par ailleurs été rappelées récemment dans l'avis de l'Anses.

Les questions « Comment pratiquer l'APS ? Avec qui ? Où ? Comment maintenir une APS quand on vieillit ou comment reprendre/commencer une APS quand on avance en âge ? » doivent se poser en tenant compte d'autres déterminants (état de santé, niveau socio-économique, inégalités territoriales des offres...).

Le nombre de licenciés (à une fédération sportive) diminue avec l'avancée en âge. Le taux de licenciés chez les 65 ans et plus est de 9% en 2015, soit 15 points de moins que pour l'ensemble de la population, avec cependant une progression notable ces dernières années. Il faut reconnaître que l'offre ciblée sur ce public n'est pas très variée, même si certaines fédérations sportives multisports jouent un large rôle sur le terrain (Fédération Française de la Retraite Sportive, Fédération Française d'Éducation Physique et Gymnastique Volontaire, Fédération Française Sports pour Tous, Fédération Nationale du Sport en Milieu Rural,...). Le ministère des sports réfléchit à proposer un accès diversifié, avec les licences multi-activités, mais aussi à travers le sport pour tous, c'est-à-dire une activité sportive adaptée aux personnes avançant en âge au sein d'une fédération sportive tel que le tennis adapté, le football, le basket, par exemple.

Un des moments de vie à favoriser est le passage à la retraite qui représente un moment important de la biographie. Il faut la préparer. Notre mobilité - dans toute l'acceptation du terme - est un enjeu important. Pour cela, à tous les âges de la vie, et encore plus à partir de 65 ans, il est important de préserver sa masse musculaire, de renforcer ses os (lutte contre l'ostéoporose) pour maintenir le plus longtemps possible son autonomie physique, intellectuelle et sociale. Une pratique d'APS régulière fait partie des réponses à ces enjeux sociétaux et personnels majeurs.

Ce tableau de bord met en évidence les profils d'évolution de l'APS avec le vieillissement : ainsi, les femmes, qui tout au long de leur vie montrent l'exemple en se déplaçant plus à pied que les hommes, continuent cette

bonne pratique avec l'avancée en âge. À partir de 75 ans, elles utilisent la marche pour 50% de leurs déplacements contre 29% pour les hommes. Ces éléments sont à prendre en compte car avec l'avancée en âge, la part d'activité physique réalisée dans un contexte de loisirs de type sportifs diminue au profit de celle réalisée lors des activités quotidiennes (déplacements actifs, tâches ménagères, jardinage et bricolage,...).

En conclusion, ce tableau de bord, en faisant le point sur la situation des seniors, ouvre des pistes pour favoriser la mise en place d'une APS au cours du vieillissement, incluant les personnes en perte d'autonomie.

Je félicite l'Onaps et le Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être d'avoir organisé un colloque en janvier 2018 consacré à ce public et de permettre à tous les acteurs de travailler ensemble pour rendre l'activité physique et sportive accessible à tous tout au long de la vie.

**Laura Flessel**

Ministre des sports



Crédit photo : Daniel Rivière

C'est par des remerciements que je voudrais commencer cet avant-propos.

Merci d'abord pour me permettre d'introduire ce remarquable travail, merci ensuite pour m'avoir fait l'honneur de m'accepter au sein du comité scientifique de l'Onaps (en espérant que l'Onaps ne regrettera pas d'avoir introduit en son sein un « Cathare » Toulousain !) et merci enfin, pour la bonne surprise que j'ai eue en lisant dans le titre, « les personnes avançant en âge ». C'est à Dijon, lors du dernier Congrès de l'Onaps, aussi remarquable que le présent travail, que je m'étais permis de dire que je préférerais ce terme à ceux d'âgés, seniors, vétérans et bien sûr de vieux ! En termes d'activité physique, toutes ces dénominations ne me semblent plus d'actualité en 2018, quand on voit le Français Robert Marchand raccrocher le vélo à 106 ans après avoir établi le record de l'heure cycliste des licenciés de 105 ans (bon, d'accord, il est encore le seul dans cette catégorie d'âge) avec 22,5 km dans l'heure. Performance que beaucoup de nos ados adeptes des consoles ne sont pas capables de réaliser, je le crains.

Les personnes avançant en âge voient leur espérance de vie augmenter mais l'espérance de vie en bonne santé stagne ! En 1946, l'OMS a défini la santé comme « étant un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Les médecins qui souhaitent des concepts très (trop ?) concrets appliquent à la population, quel que soit son âge, une classification qui comportait d'abord deux groupes, personnes en bonne santé et malades. Depuis quelques années, un troisième groupe a vu le jour, celui des personnes fragiles. Il s'agit de personnes qui ont une perte plus ou moins importante des capacités d'interaction avec l'environnement et sont donc à risque de perte d'autonomie et d'évolution vers la dépendance. C'est bien sûr dans la population des personnes avançant en âge que l'on retrouve le plus de « fragiles », ainsi que de porteurs de pathologies chroniques.

Je ne parlerai pas ici des bienfaits démontrés à tout âge de la vie des activités physiques et sportives (APS). Là, encore, j'ai définitivement adopté ce terme d'une part pour sortir des querelles « intellectuelles » inutiles entre activité physique, exercice musculaire et sport, d'autre part pour que tout public y trouve son compte.

Aujourd'hui, les recommandations d'APS pour tous les âges de la vie sont régulièrement actualisées et, que cela soit en prévention primaire pour ceux qui sont en bonne santé ou fragiles, ou en prévention tertiaire et prise en charge thérapeutique chez ceux porteurs de pathologies chroniques, ces recommandations sont abondamment diffusées. Il faut réaliser des exercices de type cardio-respiratoire, des exercices de renforcement musculaire, travailler sa souplesse et son équilibre ! Et pour finir, penser à lutter contre la sédentarité.

Et là, je vais être à contre-courant car pour moi, c'est l'inverse ! Il faut d'abord lutter contre la sédentarité au quotidien pour modifier le comportement de la population et « ensuite » (en même temps, bien sûr !) mettre en place des programmes obéissant aux recommandations, sans fixer d'objectifs inaccessibles qui seraient contre-productifs !

Pour résumer, il faut que la population avançant en âge adopte un comportement actif. Et là nous retompons dans des problèmes de définitions et de sémantique, déjà souligné dans un précédent avant-propos par notre Présidente du comité scientifique, le Professeur Martine Duclos ! Je dois avouer, à ma grande honte, que je m'y

perds un peu entre ces sportifs à comportement sédentaire, ces inactifs sédentairo-actifs, ces temps d'écran, ces temps de sédentarité hors écran...

Alors, je me suis pris à imaginer une classification basée sur un principe d'*Évaluation du Développement Professionnel Continu en Médecine*. Avant la formation, on pose au médecin des questions sur son attitude devant un problème donné en lui proposant une solution et en lui demandant s'il l'applique : *Jamais, Parfois, Souvent, Toujours*. On repose les mêmes questions après et on voit si la formation a modifié de façon positive le comportement du médecin.

Pourquoi ne pas classer les gens en... *Jamais, Parfois, Souvent, Toujours... Actifs* ? Je suis sûr que l'on retrouvera les mêmes sous-groupes mais personnellement cela me gênera moins que de lire que tel professionnel de rugby (je suis Toulousain, je vous l'ai dit !) a un comportement sédentaire et surtout, ce n'est pas moi qui irai le lui dire !

Un peu iconoclaste d'accord, mais nous sommes à l'Onaps et je cite à nouveau Martine Duclos « La seule obligation que nous nous donnons est l'indépendance et l'objectivité ».

Donc TOUJOURS ACTIFS, c'est ce que disait Jacques Brel que je laisse conclure : « *Un homme, c'est fait pour être mobile, c'est pas fait pour s'arrêter, c'est fait pour mourir en mouvement, éventuellement... Un homme, c'est fait pour bouger et le malheur vient de l'immobilité, toujours* ».

### **Professeur Daniel Rivière**

Professeur des Universités, Responsable du Laboratoire de Physiologie et de l'Enseignement de la Physiologie de la Faculté de Médecine de Toulouse, Purpan

Praticien Hospitalier et Chef du Service d'Exploration de la Fonction Respiratoire et de Médecine du Sport, à l'hôpital Larrey, Centre Hospitalier Régional de Toulouse,

Membre de l'I2MR, Institut de Médecine Moléculaire de Rangueil, Unité INSERM 858, Département Métabolisme et Obésité

Vice-président de la Société Française de Médecine du Sport et de l'Exercice, chargé des affaires scientifiques

Membre du comité scientifique de l'Onaps

## REMERCIEMENTS

---

Nous remercions vivement toutes les personnes qui ont contribué à ce rapport. Et tout particulièrement :

### Le Comité de relecture :

**Martine Duclos**, Endocrinologue, physiologiste et médecin du sport, professeur des universités, chef du service Médecine du sport et des explorations fonctionnelles au CHU de Clermont-Ferrand, Conseillère scientifique auprès du Ministère des sports

**Marguerite Dupechot**, Médecin-conseiller, Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Auvergne Rhône Alpes

**Jean-Luc Grillon**, Médecin-conseiller, Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Bourgogne Franche-Comté

**Mehdi Menai**, Unité de Recherche Clinique, Hôpital Pitié Salpêtrière / Charles Foix

**Charlotte Pascal**, Assistante de direction, Onaps

**David Thivel**, Maître de Conférence, Habilité à Diriger les Recherches Laboratoire AME2P/ CRNUH Auvergne, Université Clermont Auvergne, Vice-Président European Childhood Obesity Group (ECOG)

### Les fournisseurs de données :

**Lise Trottet**, Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)

**Laurence Mandereau-Bruno**, Santé publique France

### Citation recommandée :

Larras B, Praznoczy C, dir. *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2018 - Personnes avançant en âge*. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, mai 2018. 100 pages. Disponible à partir de l'URL : [www.onaps.fr](http://www.onaps.fr)

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>ÉDITORIAL</b> .....	<b>3</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>7</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>8</b>
<b>DÉFINITIONS ESSENTIELLES</b> .....	<b>10</b>
<b>ENJEUX CHEZ LE SUJET ÂGÉ</b> .....	<b>14</b>
<b>BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES</b> .....	<b>14</b>
<b>RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES</b> .....	<b>14</b>
<b>ESPÉRANCE DE VIE</b> .....	<b>15</b>
<b>ÉVOLUTION DE LA POPULATION ÂGÉE</b> .....	<b>16</b>
<b>PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SÉDENTARITÉ CHEZ LE SUJET ÂGÉ</b> .....	<b>17</b>
Évolution de l'état de santé physique .....	17
Dépendance .....	20
Isolement.....	23
Accès croissant aux technologies de l'information .....	24
Bénévolat .....	25
<b>ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE</b> .....	<b>26</b>
<b>NIVEAUX D'ACTIVITÉ PHYSIQUE</b> .....	<b>27</b>
Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3) .....	27
Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) .....	28
Baromètre santé Nutrition .....	28
Eurobaromètre de la Commission Européenne .....	30
<b>CONTEXTES DE PRATIQUE</b> .....	<b>30</b>
<b>CONNAISSANCES DES RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE</b> .....	<b>33</b>
Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3) .....	33
<b>NOMBRE DE PAS RÉALISÉS AU QUOTIDIEN</b> .....	<b>33</b>
Baromètre Attitude Prévention .....	33
Enquête chez les adhérents de la Fédération Française de la Retraite Sportive .....	34
<b>CONDITION PHYSIQUE</b> .....	<b>35</b>
<b>ÉTAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE SPORTIVE</b> .....	<b>36</b>
<b>RECENSEMENT ANNUEL DES LICENCES ET CLUBS AU SEIN DES FÉDÉRATIONS SPORTIVES AGRÉÉES</b> .....	<b>36</b>
<b>RECENSEMENT ANNUEL DES ÉQUIPEMENTS SPORTIFS</b> .....	<b>37</b>
<b>ENQUÊTE PRATIQUE PHYSIQUE ET SPORTIVE</b> .....	<b>38</b>
<b>ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES ET INÉGALITÉS SOCIALES CHEZ LES SENIORS</b> .....	<b>40</b>
<b>ÉTAT DES LIEUX DE LA SÉDENTARITÉ</b> .....	<b>41</b>



ÉTUDE INDIVIDUELLE NATIONALE DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES (INCA3) .....	41
ÉTUDE DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT, LA BIOSURVEILLANCE, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA NUTRITION (ESTEBAN) .....	42
BAROMÈTRE SANTÉ NUTRITION .....	43
<b>PROFILS D'ACTIVITÉ.....</b>	<b>45</b>
<b>ÉVOLUTION DE LA SÉDENTARITÉ ET DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE LORS DU PASSAGE À LA RETRAITE ...</b>	<b>46</b>
<b>ÉTAT DES LIEUX CONCERNANT LES TRANSPORTS ACTIFS .....</b>	<b>48</b>
<b>UTILISATION DES TRANSPORTS ACTIFS .....</b>	<b>48</b>
Enquête nationale transports et déplacements.....	48
Déplacements chez les seniors ayant un emploi.....	50
<b>CONTEXTE DE DÉPLACEMENTS ACTIFS (NUTRINET-SANTÉ) .....</b>	<b>50</b>
<b>PATHOLOGIES ASSOCIÉES À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET À LA SÉDENTARITÉ.....</b>	<b>52</b>
<b>DIFFICULTÉS À LA MARCHÉ ET CHUTES .....</b>	<b>52</b>
Enquête permanente sur les accidents de la vie courante .....	53
Baromètre santé 2010.....	54
Cohorte Safes .....	54
<b>SURCHARGE PONDÉRALE ET OBÉSITÉ .....</b>	<b>54</b>
Enquêtes ObÉpi-Roche .....	55
Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3) .....	56
Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) .....	56
<b>SURCHARGE PONDÉRALE, OBÉSITÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES.....</b>	<b>57</b>
Étude Abena .....	57
<b>AUTRES PATHOLOGIES CHRONIQUES.....</b>	<b>58</b>
Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur les pathologies chroniques .....	58
Cardiopathies ischémiques .....	60
Maladies vasculaires cérébrales .....	64
Diabète de type 2 .....	66
Cancer du sein .....	68
Cancer colorectal.....	70
Maladie de Parkinson .....	73
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>76</b>
<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>83</b>
<b>TABLEAUX, FIGURES, CARTES ET ENCADRÉS .....</b>	<b>84</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>84</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>84</b>
<b>Liste des cartes.....</b>	<b>86</b>
<b>Liste des encadrés.....</b>	<b>86</b>
<b>SOURCES DES DONNÉES .....</b>	<b>87</b>

## DÉFINITIONS ESSENTIELLES

● Mouvement corporel produit par la contraction de muscles squelettiques en générant une DE (dépense énergétique) > DE au repos

● Non atteinte des recommandations en Activité Physique

● Comportement en période éveillée générant une DE proche de la DE au repos (= temps passé assis dans la journée : au travail, dans les transports, lors des loisirs, devant un écran)

**Recommandations d'AP (OMS) :** cumuler au moins 150 minutes d'AP modérée par semaine ou 25 minutes d'AP vigoureuse trois jours par semaine

ONAPS

### ACTIVITÉ PHYSIQUE

**L'activité physique** comprend tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques entraînant une augmentation de la dépense énergétique au-dessus de la dépense de repos. Elle inclut tous les mouvements de la vie quotidienne, y compris ceux effectués lors des activités de travail, de déplacement, domestiques ou de loisirs.

Les **activités physiques d'intensité élevée ou soutenue** sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque.

Les **activités physiques d'intensité modérée** sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.

Le niveau d'activité physique d'un individu se définit en fonction de l'intensité des différentes activités physiques pratiquées, leur fréquence et leur durée.

**Source :** Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), 2016.

### ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires.

**Source :** Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.

### INACTIVITÉ PHYSIQUE

**L'inactivité physique** caractérise un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée, ne permettant pas d'atteindre le seuil d'activité physique recommandé de 30 minutes d'AP d'intensité modérée, au moins 5 fois par semaine ou de 25 à 30 minutes d'AP intensité élevée au moins 3 jours par semaine pour les adultes.

**Source :** Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), 2016.

## MET OU ÉQUIVALENT MÉTABOLIQUE (METABOLIC EQUIVALENT TASK)

Unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos :

- 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.

**Source** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016.

## PATHOLOGIE CHRONIQUE

Les pathologies chroniques sont caractérisées par :

- la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
  - une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale,
  - une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle,
  - la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

**Source** : Haut Conseil de la santé publique, La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique, novembre 2009.

## PERSONNE ÂGÉE, PERSONNE AVANÇANT EN ÂGE, SENIOR...

Il n'y a pas de consensus sur l'âge associé à ces différents termes. Certaines personnes possèdent, à 80 ans, des capacités physiques et mentales comparables à nombre de personnes dans la vingtaine. D'autres les voient décliner fortement alors qu'ils sont bien plus jeunes. Une action de santé publique globale est nécessaire pour prendre en compte la grande diversité d'expériences et de besoins des personnes âgées.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), le réseau mondial villes amies des aînés et, en France, la loi de l'adaptation de la société au vieillissement et la Conférence des financeurs installée dans ce cadre, parlent de personnes âgées de 60 ans et plus. Eurostat (en charge de l'information statistique à l'échelle communautaire), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) situent la borne d'âge à 65 ans. L'enquête européenne Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) s'intéresse aux Européens âgés de 50 ans et plus. Plus récemment, l'OMS a défini la personne âgée comme étant une personne ayant dépassé l'espérance de vie attendue à sa naissance.

Le besoin « d'envisager les personnes âgées dans leur diversité » est évolutif selon les époques, les priorités et les acteurs (sociaux, médicaux). Le Professeur Daniel Rivière, dans le cadre de son rapport remis au gouvernement en décembre 2013<sup>1</sup> a ainsi proposé de parler de « personnes avançant en âge ».

Dans ce document, les données exploitées sont fonction des données qui sont disponibles dans les différentes études. Lorsque plusieurs catégories d'âge sont concernées, la notion de « seniors » sera employée.

**Sources** : Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève : OMS, 2016 : 296 p / Santé publique France. La Santé en action. Dossier Promouvoir la participation sociale des personnes âgées, N°43, 2018.

---

<sup>1</sup> Dispositif d'activités physiques et sportives en direction des âgés, Rapport remis aux ministres, établi par le groupe de travail, sous la présidence du professeur Daniel Rivière. Décembre 2013

## SANTÉ

État de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

**Source** : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, adopté par la Conférence internationale sur la Santé en 1946.

## SÉDENTARITÉ

À distinguer de l'inactivité physique, la sédentarité ou « comportement sédentaire » est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée (1,6 MET) : déplacements en véhicule automobile, position assise sans activité autre, ou à regarder la télévision, la lecture ou l'écriture en position assise, le travail de bureau sur ordinateur, toutes les activités réalisées au repos en position allongée (lire, écrire, converser par téléphone, etc.).

**Source** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, 2016.

## SPORT

Toutes formes d'activités physiques qui, à travers une participation organisée ou non, ont pour objectif l'expression ou l'amélioration de la condition physique et psychique, le développement des relations sociales ou l'obtention de résultats en compétition de tous niveaux.

**Source** : Charte européenne du sport révisée en 2001, Conseil de l'Europe, Comité des Ministres.

## SURPOIDS ET OBÉSITÉ

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. La surcharge pondérale comprend le surpoids et l'obésité.

L'IMC est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m<sup>2</sup>. Pour l'adulte, l'OMS définit le surpoids et l'obésité comme suit :

- surpoids : IMC égal ou supérieur à 25 ;
- obésité : IMC égal ou supérieur à 30 ;

Un IMC < 18,5 indique une situation de dénutrition.

**Source** : Organisation mondiale de la santé, 2016.

## TRANSPORTS (OU MODES) ACTIFS

Les transports actifs comprennent toutes les formes de transport pour lesquelles l'énergie est fournie par l'être humain : la marche, la bicyclette, les rollers, la trottinette, mais aussi l'utilisation d'un fauteuil roulant non motorisé, de raquettes à neige, etc.

## VIEILLISSEMENT ACTIF

Vieillir en restant actif est le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse, pour que les personnes âgées demeurent une ressource pour leurs familles, leurs communautés et l'économie.

Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin.

Six déterminants clés du vieillissement actif peuvent être identifiés :

- le déterminant économique ;
- le déterminant comportemental ;
- le déterminant personnel ;
- le déterminant social ;

- les services de santé et sociaux ;
- l'environnement.

**Source** : Organisation mondiale de la santé : Vieillir en restant actif – cadre d'orientation, 2002.

### **VEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ**

Vieillir « en bonne santé » est défini par l'OMS comme le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées d'accéder au bien-être.

**Source** : Organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, 2015.

### BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Viellir « en bonne santé » est défini par l'OMS comme le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permet aux personnes âgées d'accéder au bien-être [1]. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin<sup>2</sup>.

Selon de nombreux travaux repris entre autres par l'OMS [2], tout porte à croire que les personnes âgées plus actives sur le plan physique :

- ont un plus faible taux de mortalité toutes causes confondues, pour les cardiopathies ischémiques, l'hypertension artérielle, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète de type 2 et les cancers du côlon-rectum et du sein ;
- ont une plus grande capacité cardiorespiratoire et musculaire, un poids corporel plus bas et une meilleure composition corporelle (moins de masse grasse, en particulier viscérale et plus de masse musculaire, meilleure densité osseuse) ;
- ont des marqueurs biologiques indiquant un métabolisme du glucose et des lipides plus favorable, diminuant les risques de développer un diabète de type 2 et/ou une hyper cholestérolémie ;
- ont de meilleures capacités fonctionnelles, moins de risque de chuter, et ont de meilleures fonctions cognitives ;
- ont moins de risque d'avoir des limitations fonctionnelles modérées et sévères et de voir leur rôle social diminuer.

En plus de ses effets préventif et curatif sur les maladies cardio-vasculaires, l'obésité, le diabète de type 2, le cancer du côlon, du sein, de l'endomètre et la mortalité globale, la pratique régulière d'activités physiques permet également de retarder ou de ralentir certains processus délétères liés au vieillissement [3,4]. Elle contribue à maintenir la masse et la force musculaire [5,6], favorisant le maintien de la mobilité chez les personnes âgées. Elle a un rôle positif dans la préservation de l'équilibre et la prévention des chutes [7], ralentit la diminution de densité minérale osseuse associée à l'âge par son action sur le remodelage osseux [8], contribuant à réduire le risque de fracture ostéoporotique, et a un effet bénéfique sur la santé mentale [9], le bien-être et la qualité de vie [10].

La pratique régulière d'activités physiques est donc particulièrement importante pour les personnes avançant en âge, leur permettant de mener une vie active et ainsi de prévenir ou retarder la maladie, d'augmenter la sensation de bien-être et de prolonger l'autonomie [5].

### RECOMMANDATIONS D'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

Pour les personnes de 65 ans et plus, afin d'améliorer leur endurance cardio-respiratoire, leur état musculaire et osseux, et de réduire le risque de maladies non transmissibles, de dépression et de détérioration de la fonction cognitive, l'OMS recommande [2] de pratiquer, par périodes d'au moins 10 minutes :

- au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine (aquagym, vélo, jardinage, etc.) ;
- ou au moins 75 minutes d'activité physique d'intensité soutenue par semaine (marche rapide, marche avec sac à dos, jogging, nage rapide, etc.) ;
- ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue.

Pour pouvoir en retirer des bénéfices supplémentaires sur le plan de la santé, les personnes âgées devraient :

---

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé : Vieillir en restant actif – cadre d'orientation. Se référer au chapitre Définitions essentielles.

- augmenter la durée de leur activité d'endurance d'intensité modérée de façon à atteindre 300 minutes par semaine ;
- ou pratiquer 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité soutenue ;
- ou une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée et soutenue.

Les personnes âgées dont la mobilité est réduite devraient pratiquer une activité physique visant à améliorer l'équilibre et à prévenir les chutes au moins trois jours par semaine.

Des exercices de renforcement musculaire faisant intervenir les principaux groupes musculaires des jambes, des bras et du buste devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Lorsque des personnes âgées ne peuvent pratiquer la quantité recommandée d'activité physique en raison de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Ces recommandations s'appliquent à tous les adultes en bonne santé de 65 ans et plus. Elles concernent également les individus de cette classe d'âge atteints de maladies chroniques. Pour les personnes présentant des problèmes de santé particuliers, comme des maladies cardio-vasculaires ou du diabète les empêchant de pratiquer dans des conditions ordinaires, il pourra se révéler nécessaire de prendre des précautions supplémentaires et de demander un avis médical avant de chercher à atteindre les niveaux d'activité physique recommandés pour les personnes âgées<sup>3</sup>.

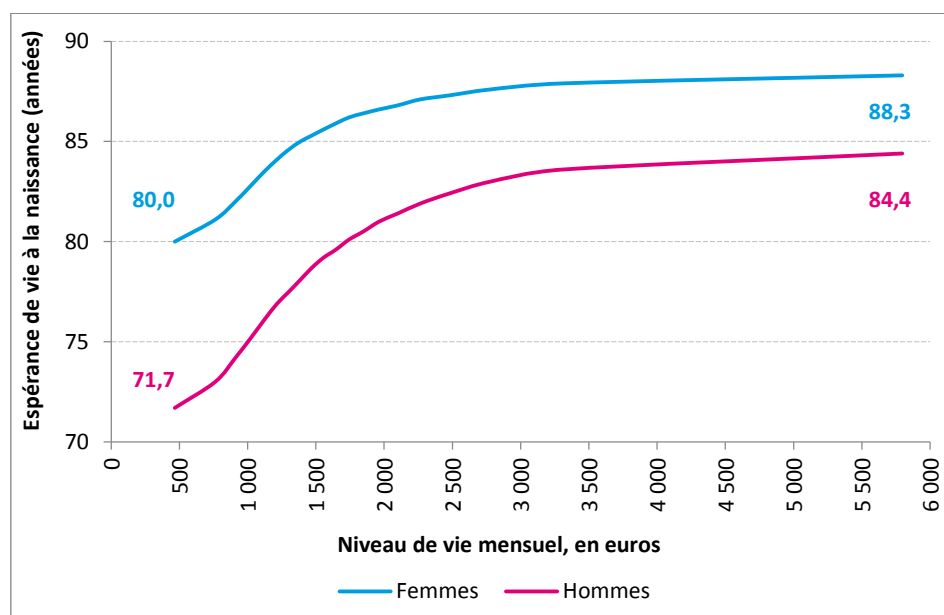
Elles peuvent s'appliquer également aux personnes âgées présentant des incapacités, sous réserve de procéder le cas échéant à des ajustements en fonction des capacités, risques ou limites de chacun.

Il s'agit de recommandations générales à adapter à chaque personne, en fonction de sa condition physique, de son niveau d'activité physique initial, de ses goûts et de ses motivations. L'important est de personnaliser, d'adapter, de favoriser la régularité et la progressivité de la pratique.

## ESPÉRANCE DE VIE

En France, l'espérance de vie à la naissance est passée de 74 à 79 ans entre 1996 et 2016 chez les hommes et de 82 à 85 ans chez les femmes. Cette espérance de vie est notamment dépendante du niveau de vie de la population : en 2012-2016, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5% d'individus les plus aisés et les 5% d'individus les moins aisés s'élève à 13 ans chez les hommes et à 8 ans chez les femmes (Figure 1) [11].

Figure 1 - Espérance de vie à la naissance en France, par sexe et par niveau de vie mensuel (en années)



Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent, France hors Mayotte

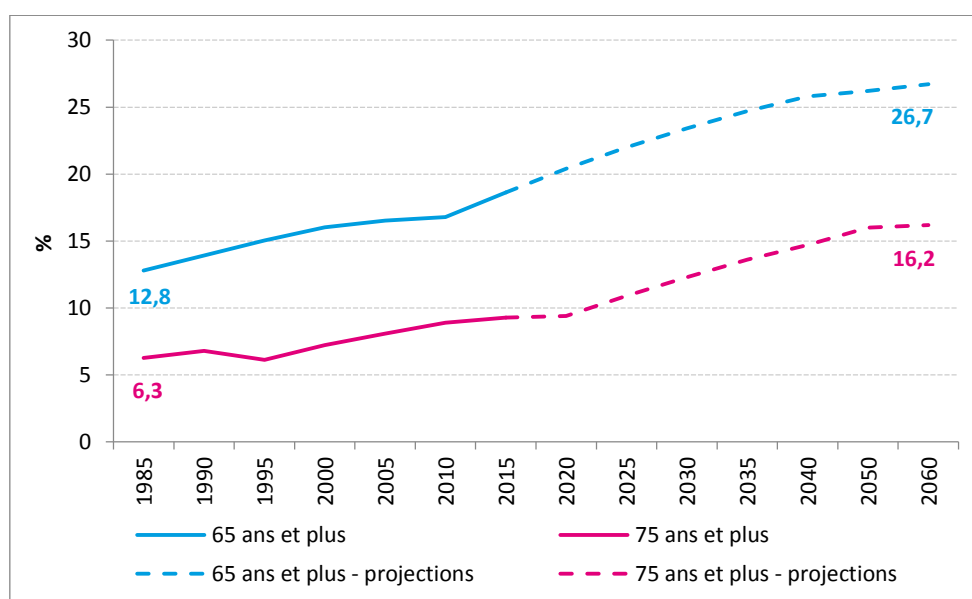
<sup>3</sup> Se référer au chapitre Définitions essentielles pour la définition de l'activité physique adaptée.

## ÉVOLUTION DE LA POPULATION ÂGÉE

La population âgée n'a cessé de s'accroître depuis 30 ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 2016<sup>4</sup>, selon l'Insee, 18,8% de la population française (métropolitaine et départements d'outre-mer) a 65 ans et plus, soit 12,5 millions de personnes, dont 57,3% de femmes. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 9,1% de la population (6,1 millions de personnes) [12].

Selon les projections de population de l'Insee, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se maintiennent, la proportion de personnes âgées de plus de 75 ans devrait poursuivre sa progression et représenter 12,3% de la population en 2030 et 16,0% en 2050. Les personnes âgées de 65 ans et plus devrait quant à elles représenter 23,4% de la population en 2030 et 26,2% en 2050<sup>5</sup> [13] (Figure 2).

**Figure 2 - Évolution de la population des 65 ans et plus et des 75 ans et plus en France métropolitaine (en % de la population tous âges)**



Sources : Insee, estimations de population en 2016 et projections de population 2007-2060

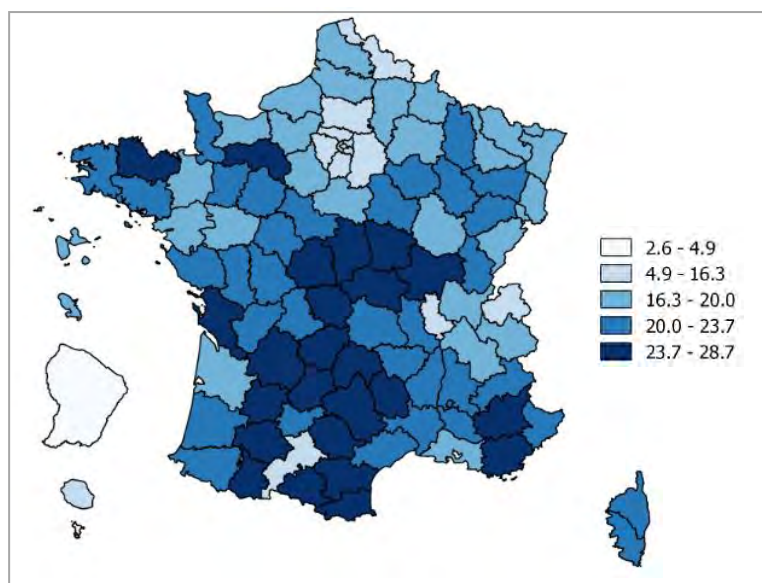
La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus présente de fortes disparités selon les départements (Carte 1). C'est en grande partie dans les régions du sud et du centre de la France que cette proportion est la plus élevée.

<sup>4</sup> Les estimations de population sont provisoires pour 2016.

<sup>5</sup> Insee, Tableaux de l'Économie Française, édition 2016 - scénario central des projections de population 2007-2060.



Carte 1 - Proportion de personnes de 65 ans et plus par département, en 2016 (en %)



Source : Insee, estimation de population en 2016 ; carte : Onaps

## PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA SÉDENTARITÉ CHEZ LE SUJET ÂGÉ

Avec l'avancée en âge, chaque individu peut être exposé à des déficiences sensorielles, motrices et cognitives ainsi qu'à des pathologies chroniques. Les changements d'ordre sensoriel et moteur liés au vieillissement altèrent l'équilibre, la posture et la marche [4]. L'altération de l'état de santé fragilise l'individu et peut ainsi induire une perte d'autonomie pour réaliser des activités du quotidien, et conduire à une situation de dépendance requérant une aide ou une assistance pour réaliser des tâches élémentaires ou à une entrée en institution. L'isolement social est un facteur accélérant la perte d'autonomie chez le sujet âgé [14].

### Évolution de l'état de santé physique

#### État de santé perçu

Selon l'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014, la part de la population française se déclarant en mauvais ou très mauvais état de santé s'élève à 9% pour les 60-74 ans et à 21% pour les 75 ans et plus. La part des personnes se déclarant limitées depuis au moins six mois dans leurs activités quotidiennes à cause d'un problème de santé s'élève quant à elle à 26% chez les 60-74 ans et à 53% chez les 75 ans et plus (Tableau 1) [15].

Tableau 1 - Perception de l'état de santé et des limitations dans les activités quotidiennes chez les personnes âgées (en %)

		Hommes	Femmes	Ensemble
Mauvais ou très mauvais état de santé déclaré	60-74 ans	9,3%	8,6%	8,9%
	75 ans et plus	20,0%	22,1%	21,3%
Limitations dans des activités quotidiennes déclarées	60-74 ans	25,8%	26,2%	26,0%
	75 ans et plus	48,9%	55,2%	52,7%

Source : Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014

Par ailleurs, selon l'enquête Handicap-Santé (2008-2009), au même âge, les personnes résidant dans un établissement pour personnes âgées ou dépendantes se déclarent en moins bonne santé que les personnes vivant à domicile, mais l'écart diminue avec l'âge. Ainsi, entre 60 et 64 ans, 64% des personnes vivant en établissement déclarent ne pas être en bonne ou très bonne santé, contre 40% des personnes vivant à domicile. Les proportions de personnes ne se déclarant pas en bonne santé sont cependant proches parmi les 75 à 79 ans (73% en établissement et 71% à domicile) [16].

### Espérance de vie en bonne santé

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en France, l'espérance de vie à la naissance progresse toujours. Elle atteint 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes en 2016. En revanche, l'espérance de vie en bonne santé<sup>6</sup> demeure stable depuis une dizaine d'années, s'élevant à 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes [17].

### Pathologies chroniques

Selon l'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014, près de la moitié (47%) des 60-74 ans et 62% des 75 ans et plus déclarent être touchés par une maladie ou un problème de santé chronique (Tableau 2) [15].

**Tableau 2 - Part de la population âgée déclarant des pathologies chroniques (en %)**

		Hommes	Femmes	Ensemble
Pathologie chronique	60-74 ans	49,1%	44,1%	46,5%
	75 ans et plus	63,5%	60,9%	62,0%

Source : Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014

Par ailleurs, d'après les données annuelles sur les patients du régime général de l'Assurance Maladie, 10,1 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2015, soit 17% de la population du régime général de l'Assurance Maladie<sup>7</sup>.

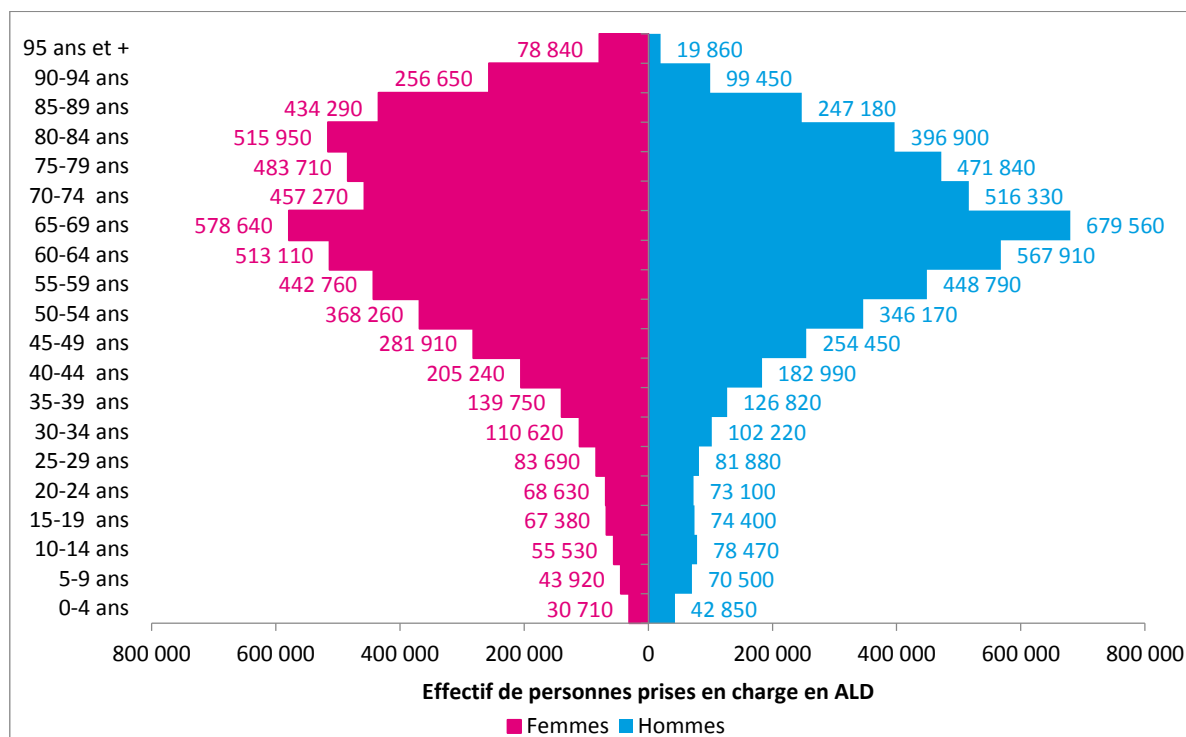
L'âge moyen des bénéficiaires du dispositif des ALD est de 62 ans et diffère selon les pathologies. La prévalence<sup>8</sup> des bénéficiaires dans la population assurée augmente fortement avec l'âge pour atteindre 75% chez les personnes de plus de 90 ans. De 60 à 75 ans, le nombre de personnes prises en charges pour une ALD est plus élevé chez l'homme que chez la femme (Figure 3).

<sup>6</sup> L'espérance de vie en bonne santé mesure le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne. Cette mesure s'appuie sur les réponses à la question posée dans l'enquête européenne European Union-Statistics on Income and Living Conditions (UE-SILC) : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ».

<sup>7</sup> Ce régime concerne environ 57 millions de bénéficiaires, soit 85 à 89% de la population selon diverses estimations.

<sup>8</sup> Nombre de bénéficiaires enregistrés en 2015, englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

Figure 3 - Pyramide des âges des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2015



Source : CNAMTS-DSES, régime général y compris sections locales mutualistes

Certains patients peuvent bénéficier du dispositif pour plusieurs pathologies. Le nombre moyen d'affections par personne bénéficiant du dispositif des affections sur liste est de 1,3. Ce nombre augmente avec l'âge : en 2014, parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 66% ont une exonération pour une seule affection, 25% pour deux affections et 9% pour trois affections ou plus.

### Difficultés dans les activités physiques du quotidien

L'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014 a mis en évidence des difficultés pour réaliser des activités quotidiennes pour les sujets âgés. En effet, 6 personnes de 75 ans et plus sur 10 ont des difficultés pour monter un étage d'escalier ou marcher 500 mètres (8% ne peuvent pas du tout). Elles sont près de 6/10 à éprouver des difficultés à se pencher en avant et ramasser un objet (5% n'y parviennent pas du tout), près de la moitié à avoir des difficultés à lever un bras et près du tiers à avoir des difficultés à sortir de leur logement (5% ne peuvent pas du tout) ainsi qu'à se servir de leurs mains et de leurs doigts (Tableau 3) [15].

Tableau 3 - Population âgée déclarant des difficultés dans les activités physiques au quotidien (en %)\*

	60-74 ans	75 ans et plus
Monter un étage d'escalier ou marcher sur 500 mètres	22,4%	61,0%
Lever le bras	16,5%	47,9%
Se servir de ses mains et ses doigts	10,8%	31,4%
Se pencher et ramasser un objet	26,5%	58,8%
Sortir de son logement	5,5%	32,0%

\*Comprenant les personnes n'y parvenant pas du tout

Source : Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014

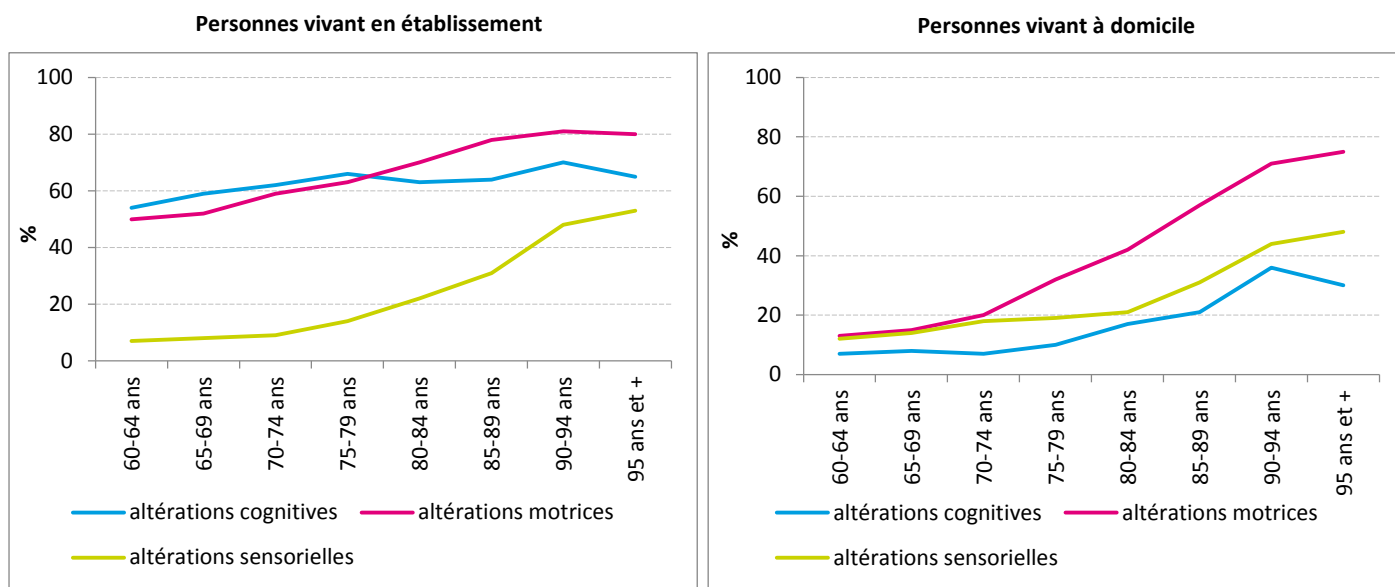
### Altérations fonctionnelles

Dans l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008-2009 auprès de personnes de 60 ans et plus, les altérations de l'état fonctionnel (motrices, sensorielles ou cognitives, recouvrant les altérations comportementales, psychiques et intellectuelles) ont été définies par la conjonction d'une déficience déclarée et d'une limitation associée. Ces altérations deviennent plus fréquentes avec l'âge, mais concernent encore assez peu les personnes de 60 à 80 ans vivant à domicile (Figure 4).

Les problèmes de santé sont plus fréquents parmi les pensionnaires des établissements pour personnes âgées ou dépendantes que parmi les personnes de plus de 60 ans vivant à domicile. En établissement, les altérations motrices et cognitives concernent, selon l'âge, entre la moitié et les deux tiers des personnes. Les altérations cognitives sont plus fréquentes qu'à domicile.

Globalement, les octogénaires vivant à domicile se déclarent en meilleure santé qu'en institution. Les écarts sont surtout marqués sur le fonctionnement cognitif : les personnes en établissement déclarent deux fois plus souvent des problèmes cognitifs que celles vivant à domicile. Les situations avec altérations multiples deviennent aussi plus fréquentes [16].

**Figure 4 - Fréquence des altérations cognitives, motrices et sensorielles en fonction de l'âge chez les 60 ans et plus, selon leur lieu de vie (en %)**



Source : Insee, Enquête Handicap-Santé 2008-2009

## Dépendance

### Allocation personnalisée d'autonomie [18-21]

D'après les données de la Drees, le nombre de personnes dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>9</sup> a doublé entre 2002 et 2015. En 2015<sup>10</sup>, en France métropolitaine, 1,23 million de personnes âgées sont bénéficiaires de l'APA, 58% à domicile et 42% en établissement. Ces personnes dépendantes représentent 7,5% des 60 ans et plus. Ce pourcentage augmente ensuite fortement pour atteindre 20,5% chez les 75 ans et plus. Parmi les personnes dépendantes, 8,4% sont classées au plus fort degré de dépendance (groupe iso-ressource (GIR) 1) (Encadré 1).

Près de 54% des bénéficiaires de l'APA ont 85 ans et plus (51% pour les APA à domicile et 68% pour les APA en établissement) et les trois quarts ont au moins 80 ans.

Sous l'effet du vieillissement de la population, la proportion de personnes dépendantes tend à augmenter dans le temps, mais les seniors sont dans l'ensemble autonomes jusqu'à un âge avancé. La part des bénéficiaires de l'APA augmente fortement à partir de 75 ans : d'environ 3% de la population des 70 à 74 ans, elle passe à 6% des 75 à 79 ans, près de 14% des 80 à 84 ans et à près de deux sur cinq des 85 ans et plus.

<sup>9</sup> En France, la prise en charge administrative de la dépendance des personnes âgées passe par une évaluation principalement établie au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources). Selon ses limitations de capacité, la personne dépendante est classée sur une échelle allant de GIR 1 (le plus fort degré de dépendance) à GIR 6 (le plus faible degré de dépendance). Pour bénéficier APA, les personnes âgées doivent être classées en GIR 1 à 4.

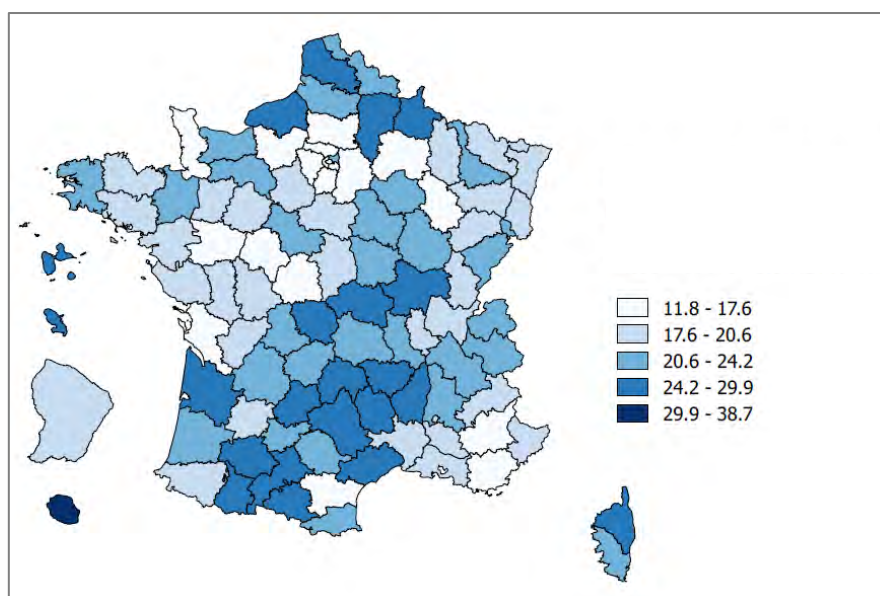
<sup>10</sup> Données au 31 décembre 2015.

Le taux de bénéficiaires de l'APA varie en fonction des départements, les proportions les plus importantes étant retrouvées dans les DOM (sauf en Guyane), dans plusieurs départements de la région Occitanie et de l'ex-région Auvergne, dans le nord de la France et en Corse du Nord (Carte 2).

#### Encadré 1 - Définitions des différents niveaux de dépendance inclus dans la grille AGGIR

- GIR 1 : personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- GIR 2 : personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
- GIR 3 : personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.
- GIR 4 : personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- GIR 5 : personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- GIR 6 : personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

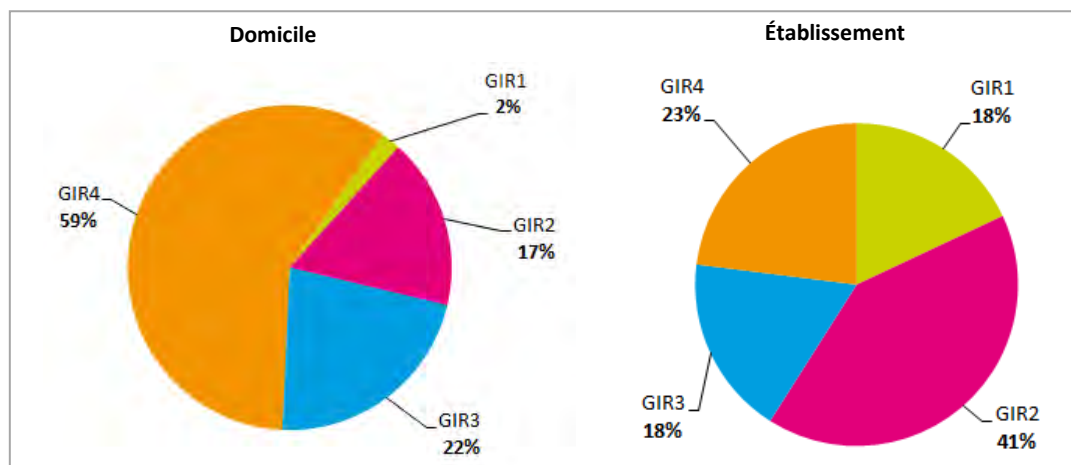
**Carte 2 - Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement, par département, chez les 75 ans et plus, en 2013 (en %)**



Sources : Drees, enquête Bénéficiaires de l'aide sociale départementale au 31 décembre 2013 ; Insee, estimations provisoires de population au 1<sup>er</sup> janvier 2014 ; carte : Onaps

Le passage du domicile à l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépend de principalement du niveau de dépendance, qui croît avec l'âge : plus il est élevé et plus le maintien à domicile est difficile. Ainsi, en décembre 2015, 83% des personnes percevant l'APA et évaluées en GIR 1 résident dans un établissement, contre 21% des personnes évaluées en GIR 4. Un certain nombre de personnes restent cependant maintenues à domicile en dépit d'une situation de dépendance particulièrement sévère : 19% des personnes vivant à domicile relèvent d'un GIR 1 ou 2. À l'inverse, 41% des personnes hébergées en établissement relèvent des GIR 3 et 4 (Figure 5).

Figure 5 - Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement, en 2015 (en %)



Source : Drees, Enquête Aide sociale auprès des conseillers départementaux, 2015

### Résidence en établissement d'hébergement pour personnes âgées

L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) est plurifactorielle (pathologie(s), incapacité à rester à domicile du fait de l'avancée en âge, de difficultés cognitives ou relationnelles, notamment avec la famille, etc.), même si l'altération de l'état de santé constitue le principal motif d'entrée.

Selon la Drees, en France, 728 000 personnes fréquentent un EHPA ou y vivent en 2015, soit 10% des personnes âgées de 75 ans et plus et un tiers de celles âgées de 90 ans et plus. Plus de 80% d'entre elles résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les résidents sont de plus en plus âgés (âge médian de 87 ans et 5 mois contre 86 ans et 5 mois en 2011) et l'entrée en institution est de plus en plus tardive (85 ans et 2 mois, soit 9 mois de plus qu'en 2011) [22,23]. L'hébergement en institution progresse avec l'âge à partir de 80 ans : à 95 ans, 26% des hommes et 42% des femmes y vivent contre respectivement 4% et 5% à 80 ans [18].

### Aide extérieure dans la vie quotidienne

Selon l'enquête Vie Quotidienne et Santé réalisée en 2014 par la Drees, 8% des 60-74 ans et près d'1/3 (32%) des 75 ans et plus vivant à domicile déclarent recevoir une aide de professionnels (infirmier/aide-ménagère, etc.) dans la vie quotidienne, en raison d'un problème de santé, d'un handicap ou de son âge. Une aide de proches (conjoint/famille/ami, etc.) dans la vie quotidienne est déclarée pour 10% des 60-74 ans et 41% des 75 ans et plus vivant à domicile. Par ailleurs, une aide technique régulière pour se déplacer (cane, déambulateur, fauteuil roulant) est déclarée par 6% des 60-74 ans et 27% des 75 ans et plus (Tableau 4) [15].

Tableau 4 - Part de la population âgée déclarant recevoir une aide extérieure dans la vie quotidienne (en %)

		Hommes	Femmes	Ensemble
Aide de professionnels dans la vie quotidienne	60-74 ans	6,7%	8,4%	7,6%
	75 ans et plus	23,0%	37,6%	31,8%
Aide de proches dans la vie quotidienne	60-74 ans	9,1%	11,5%	10,4%
	75 ans et plus	33,2%	46,7%	41,4%
Aide technique pour se déplacer	60-74 ans	5,7%	6,3%	6,0%
	75 ans et plus	21,8%	30,8%	27,3%

Source : Drees, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014

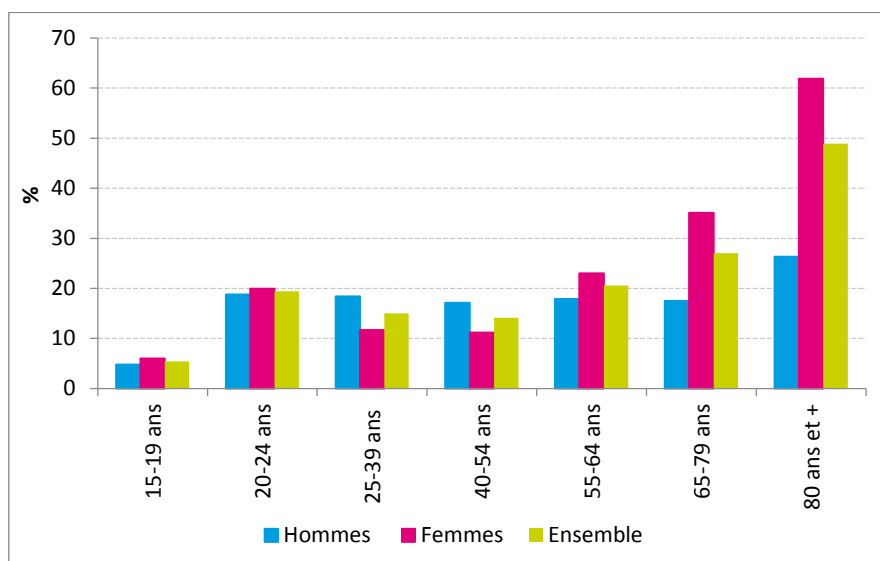
## Isolement

### Personnes âgées vivant seules

Si la majorité des personnes âgées vivent chez elles en France métropolitaine, l'avancée en âge est un facteur déterminant dans le maintien à domicile : d'après le recensement de population de l'Insee, en 2014, 95% des personnes âgées de 65 à 74 ans demeurent à domicile, contre 89% des 75-84 ans, 72% des 85-94 ans et 52% des 95 ans et plus.

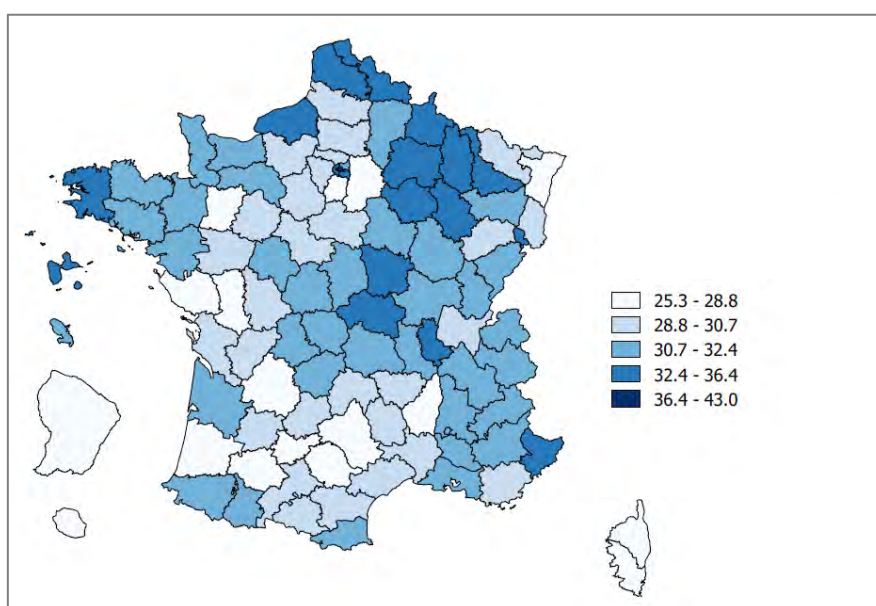
Par ailleurs, en 2014, 27% des 65-69 ans et 49% des 80 ans et plus vivent seuls à leur domicile. Cette proportion est nettement plus importante chez les femmes (62% des femmes et 26% des hommes chez les 80 ans et plus) (Figure 6). Ces proportions sont restées stables entre 2009 et 2014. La proportion de personnes de 65 ans et plus vivant seules varie selon les départements, la plus forte étant à Paris (Carte 3).

**Figure 6 - Personnes de 15 ans et plus vivant seules selon l'âge et le sexe en France métropolitaine, en 2013 (en %)**



Source : Insee, recensement de population 2014

**Carte 3 - Personnes de 65 ans et plus vivant seules, par département, en 2014 (en %)**



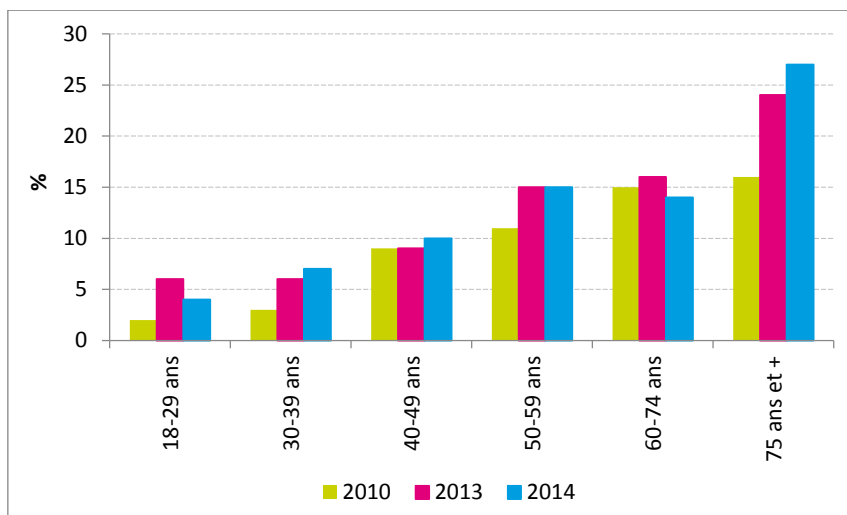
Source : Insee, recensement de population 2014 ; carte : Onaps



## Isolement relationnel

Selon l'enquête sur les solitudes [24] réalisée en 2014 par la Fondation de France sur un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, la classe d'âge des 75 ans et plus est la plus concernée par la solitude en France : 27% des personnes âgées de 75 ans et plus sont en situation d'isolement relationnel<sup>11</sup> (13% dans l'ensemble de la population), en nette progression par rapport à 2010 (16%) (Figure 7). Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent plus du quart (26%) de l'ensemble des personnes en situation d'isolement relationnel.

Figure 7 - Personnes en situation d'isolement relationnel selon l'âge (en %)



Source : Fondation de France, enquête sur les solitudes, 2014

Le rapport de la Fondation de France montre que le vieillissement s'accompagne d'une diminution des réseaux de sociabilité, que ce soit le réseau amical (50% des 75 ans et plus n'ont plus véritablement de réseau amical actif), familial (79% des 75 ans et plus n'ont pas ou peu de contacts avec leur fratrie, 41% avec leurs enfants et 52% avec leurs petits-enfants), de voisinage (52% des 75 ans et plus sont sans relation avec leurs voisins), affinitaire (64% des 75 ans et plus n'ont pas d'activité dans un club, une association, etc.) ou professionnel (plus d'activité). Les sociabilités des personnes âgées dépendent plus de la proximité des enfants et des relations de voisinage que pour les personnes plus jeunes.

Les personnes âgées se caractérisent par une tendance au repli et au retrait de la vie sociale. Elles ont moins d'appétence pour échanger et discuter avec les autres et tendent plus fréquemment à se recentrer sur elles-mêmes. La perte d'autonomie et la maladie influent par ailleurs négativement sur le maintien ou le développement de la vie sociale.

L'isolement relationnel est amplifié dans les grandes villes : 33% des personnes âgées résidant dans une ville de plus de 100 000 habitants sont en situation d'isolement contre 21% des personnes âgées résidant en milieu rural.

---

## Accès croissant aux technologies de l'information

---

L'accès croissant aux technologies de l'information pour les personnes âgées est susceptible d'augmenter leur temps passé à des comportements sédentaires. En effet, d'après l'enquête « Technologies de l'information et de la communication » de l'Insee, la part des individus de 75 ans et plus disposant d'un ordinateur à leur

---

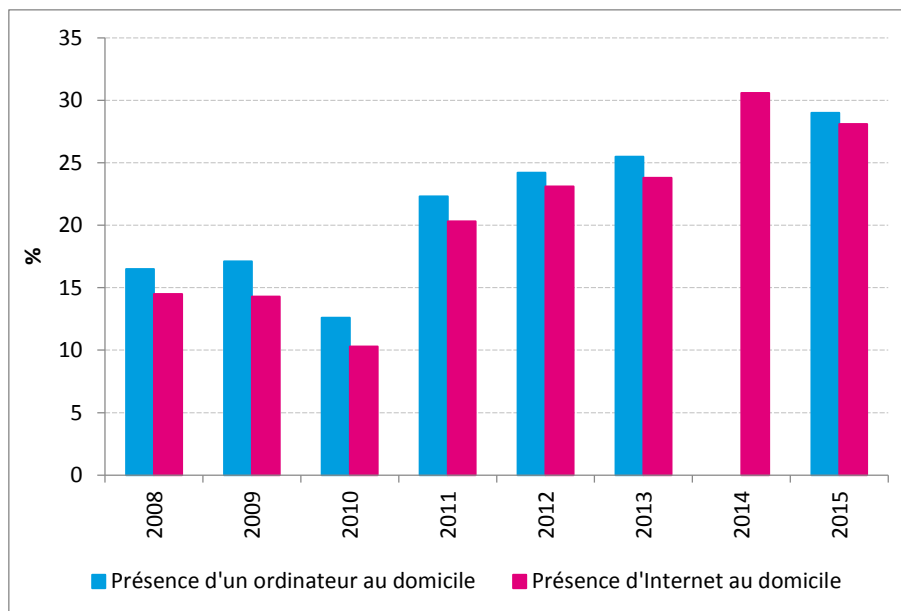
<sup>11</sup> Sont considérées comme étant en situation d'isolement relationnel les personnes qui n'ont pas ou peu de relations sociales au sein des cinq réseaux sociaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial. Le calcul de la part de la population en situation d'isolement relationnel ne prend pas en compte les relations au sein du ménage (relations entre conjoints et relations avec les enfants vivant au domicile), ni les relations informelles (commerçants, enseignants, aides à domicile, etc.).



domicile est passée de 17% en 2008 à 29% en 2015. La part des personnes de 75 ans et plus disposant d'internet à leur domicile a également évolué, passant de 15% en 2008 à 28% en 2015 (Figure 8) [25].

En revanche, ces technologies ont de nombreux effets positifs pour les personnes avançant en âge, notamment en termes de socialisation et de lien avec les enfants et petits-enfants. Elles sont également des outils d'information, permettant notamment de promouvoir les activités physiques et sportives, voire de télémédecine.

**Figure 8 - Évolution du taux d'équipement des technologies de l'information chez les personnes âgées de 75 ans et plus, entre 2008 et 2015 (en %)**



*Ordinateur : ordinateur fixe, portable, netbook ou tablette*

*Données relatives à la présence d'un ordinateur portable à domicile non disponible pour l'année 2014*

**Source :** Insee, enquêtes Technologies de l'information et de la communication

---

## Bénévolat

---

Les retraités peuvent remplacer leur activité professionnelle par des activités bénévoles, contribuant à les maintenir actifs. Selon la 13<sup>ème</sup> édition de « la France bénévole » réalisée par l'association Recherches et Solidarités, en 2016, en dehors de l'aide apportée au sein de la famille, 44% des français âgés de 65 ans et plus donnent de leur temps gratuitement pour les autres ou pour contribuer à une cause (bénévoles au sein d'une association mais également d'un autre type d'organisation : politique, religieuse, syndicale, municipale...), contre 39% pour la population tous âges. Ce pourcentage est cependant en diminution chez les 65 ans et plus (51% en 2010 et 49% en 2013).

Par ailleurs, en 2016, 35% des Français de 65 ans et plus sont bénévoles au sein d'une association (contre 25% pour la population tous âges). Ce pourcentage est en légère diminution (38% en 2010 et 37% en 2013) [26].

## ÉTAT DES LIEUX DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Les résultats issus de l'Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) [27] et de l'Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3) [28] sont basés sur les données recueillies par le questionnaire RPAQ (Recent Physical Activity Questionnaire), auto-administré aux adultes. Le Baromètre santé nutrition [29] utilise le questionnaire GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire), administré par téléphone, pour évaluer l'activité physique.

Ces questionnaires recueillent la fréquence et la durée des différentes activités physiques des quatre dernières semaines (pratiquées pendant le travail, lors des déplacements, des activités domestiques et de loisirs). L'ensemble de ces activités recueillies sont classées en AP modérée (3 à 5,9 METs (Metabolic equivalent task<sup>12</sup>)) ou intense ( $\geq 6$  METs), et permettent ainsi d'évaluer la fréquence et la durée des activités modérées et intenses, et ainsi le nombre total de METs dépensés au cours de ces activités. Trois niveaux d'activité physique sont ainsi définis (Tableau 5).

**Tableau 5 - Définition des niveaux d'activité physique pour les adultes selon les études INCA3, Esteban et le Baromètre santé nutrition**

	Études INCA3 et Esteban	Baromètre santé nutrition
<b>Niveau « élevé »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins 3 jours par semaine avec une AP intense<sup>1</sup>, permettant d'atteindre un minimum de 1 500 METs-minute par semaine ou ;</li> <li>- au moins 1 AP modérée<sup>2</sup> ou intense<sup>1</sup> chaque jour de la semaine, permettant d'atteindre un minimum de 3 000 METs-minute par semaine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins 3 jours par semaine avec une AP intense<sup>1</sup>, permettant d'atteindre un minimum de 1 500 METs-minute par semaine ou ;</li> <li>- au moins 7 jours par semaine de marche à pied et d'activité physique modérée<sup>2</sup> ou intense<sup>1</sup>, permettant d'atteindre un minimum de 3 000 METs-minutes par semaine.</li> </ul>
<b>Niveau « modéré »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins 3 jours par semaine avec une AP intense<sup>1</sup> pendant au moins 25 min/jour en moyenne ou ;</li> <li>- au moins 5 jours par semaine avec une AP modérée<sup>2</sup> pendant au moins 30 min/jour en moyenne ou ;</li> <li>- au moins 5 jours par semaine avec une AP modérée<sup>2</sup> ou intense<sup>1</sup>, permettant d'atteindre un minimum de 600 METs-minute/semaine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au moins 3 jours par semaine avec une AP intense<sup>1</sup> pendant au moins 20 min/jour ou ;</li> <li>- au moins 5 jours par semaine avec au moins 30 min/jour d'AP modérée<sup>2</sup> ou de marche à pied ;</li> <li>- au moins 5 jours par semaine de marche à pied et d'AP modérée<sup>2</sup> ou intense<sup>1</sup>, permettant d'atteindre un minimum de 600 METs-minute/semaine.</li> </ul>
<b>Niveau « bas » ou « faible »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- absence d'activité physique ou ;</li> <li>- toute autre situation intermédiaire.</li> </ul>	- toute autre situation.

*METs (Metabolic Equivalent Task ou équivalent métabolique) : unité indexant la dépense énergétique lors de la tâche considérée sur la dépense énergétique de repos.*

<sup>1</sup> *une activité physique intense accélère considérablement la fréquence cardiaque. Cela correspond à une activité physique d'intensité élevée ( $\geq 6$  METs).*

<sup>2</sup> *une activité physique modérée accélère sensiblement la fréquence cardiaque. Il s'agit d'une activité physique caractérisée par une dépense énergétique de 3,0 – 5,9 MET.*

<sup>12</sup> Se référer au paragraphe Définitions essentielles.

## NIVEAUX D'ACTIVITÉ PHYSIQUE

### À retenir

- Environ **2/3 des seniors atteignent les recommandations de l'OMS** en matière d'activité physique.
- Les **hommes sont plus nombreux que les femmes** à atteindre ces recommandations chez les seniors.
- Le pourcentage d'hommes et de femmes ayant un **niveau d'activité physique élevé diminue avec l'avancée en âge au profit d'un niveau d'activité physique modéré.**
- La part du temps consacrée à l'**activité physique de loisir** par rapport à l'activité physique totale **diminue** progressivement avec l'âge.
- **Une majorité de seniors (87%) connaissent les recommandations** en matière d'activité physique.
- **Les 55-64 ans réalisent en moyenne un peu moins de 7 500 pas par jour. Une forte diminution du nombre moyen de pas quotidiens est observée à partir de 65 ans.**

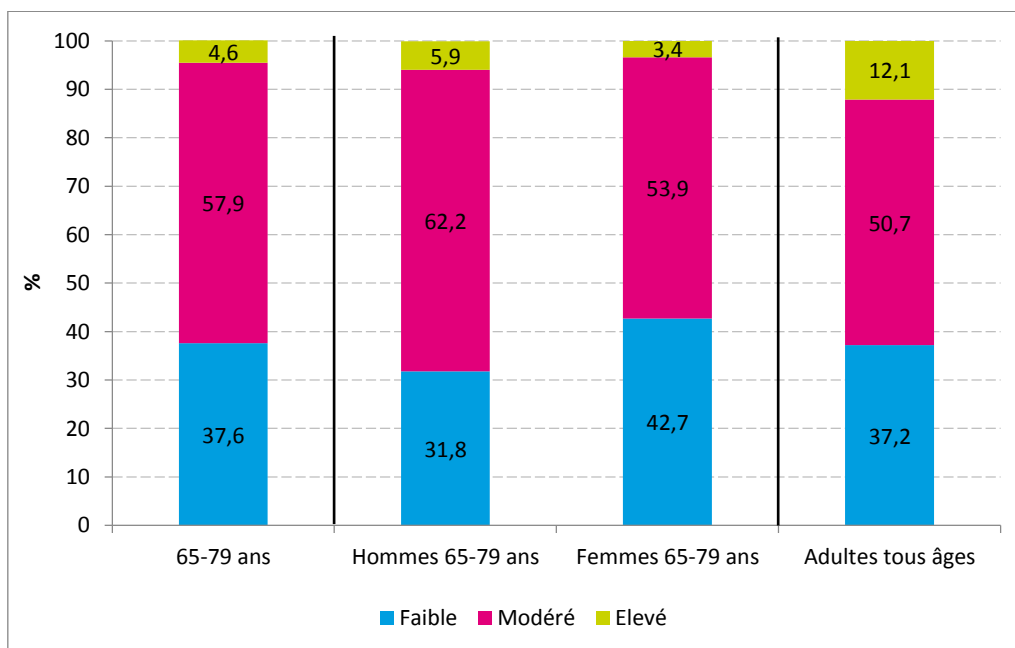
Sources : INCA3 2014-2015 ; Esteban 2015 ; Baromètre santé nutrition 2008 ; Baromètre Attitude Prévention

### Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3)

D'après l'étude INCA3, parmi les personnes âgées de 65 à 79 ans concernées par l'étude, près des 2/3 (63%) ont un niveau d'activité physique (NAP) modéré ou élevé, atteignant donc les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique. Ce même pourcentage est observé chez les adultes tous âges confondus (18-79 ans). Cependant, un glissement du NAP élevé vers le niveau modéré est observé avec l'avancée en âge : les adultes de 65 à 79 ans sont moins nombreux à avoir un NAP élevé (5% contre 12% chez les adultes tous âges) mais plus nombreux à avoir un NAP modéré (58% contre 51% chez les adultes tous âges).

Par ailleurs, la population âgée masculine présente globalement un NAP plus élevé que la population âgée féminine : les hommes de 65 à 79 ans sont plus nombreux que les femmes de la même tranche d'âge à atteindre les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique (68% contre 57%) (Figure 9) [28].

**Figure 9 - Répartition des adultes de 65-79 ans et des adultes tous âges confondus selon leur niveau d'activité physique (en %)**



Source : Étude INCA3, 2014-2015, traitement Anses

D'après l'étude Esteban, 71,7% des hommes et 57,8% des femmes de 55 à 74 ans ont un niveau d'activité physique modéré ou élevé en 2015, atteignant ainsi les recommandations de l'OMS concernant l'activité physique. Ce pourcentage est comparable aux classes d'âge les plus jeunes chez les hommes et légèrement supérieur chez les femmes.

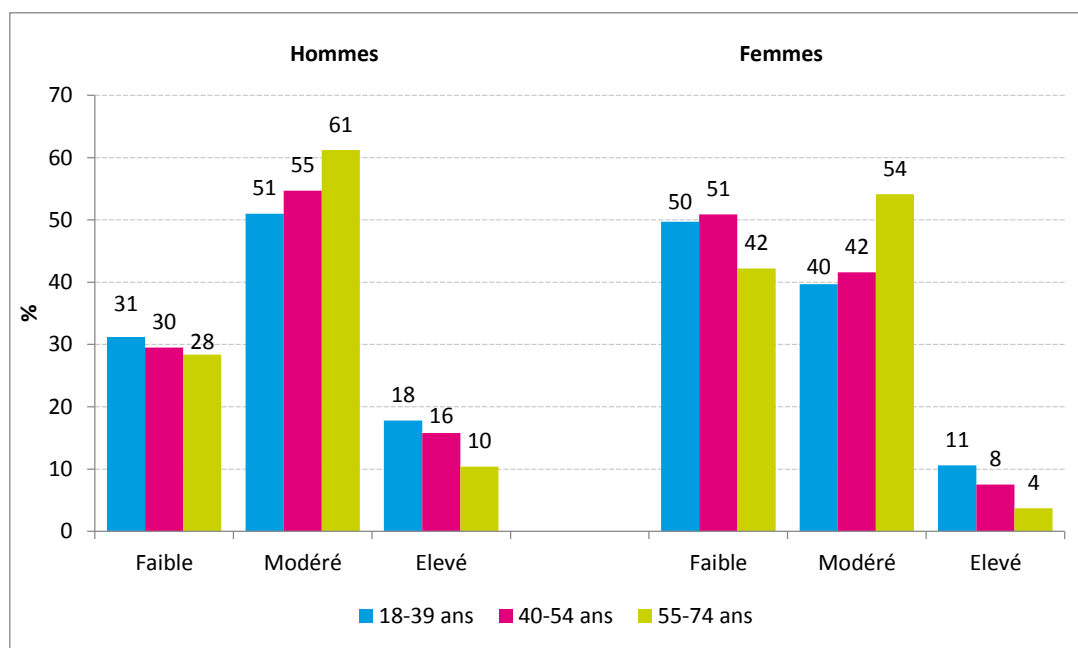
Le pourcentage d'hommes et de femmes ayant un niveau d'activité physique modéré augmente avec l'avancée en âge (respectivement 61,2% et 54,1% chez les hommes et les femmes de 55 à 74 ans, contre 51,0% et 39,7% pour les 18-39 ans).

En revanche, le pourcentage d'hommes et de femmes ayant un niveau d'activité physique élevé diminue progressivement avec l'âge (respectivement 10,4% et 3,7% chez les hommes et les femmes de 55 à 74 ans, contre 17,8% et 10,6% pour les 18-39 ans).

Comme pour les autres classes d'âge, la proportion de femmes de 55 à 74 ans atteignant un niveau d'activité physique élevé est plus faible que celle des hommes. Elles sont également plus nombreuses à avoir un niveau d'activité physique faible (42,2% contre 28,4% chez les hommes).

À noter que le pourcentage de femmes ayant un niveau d'activité physique faible diminue chez les 55-74 ans au profit d'une activité physique modérée, et ce de manière beaucoup plus marquée que chez les hommes (Figure 10) [27].

Figure 10 - Niveau d'activité physique chez l'adulte selon le sexe et l'âge en 2015 (en %)



Source : Étude Esteban, 2015, traitement Santé publique France

### Baromètre santé Nutrition

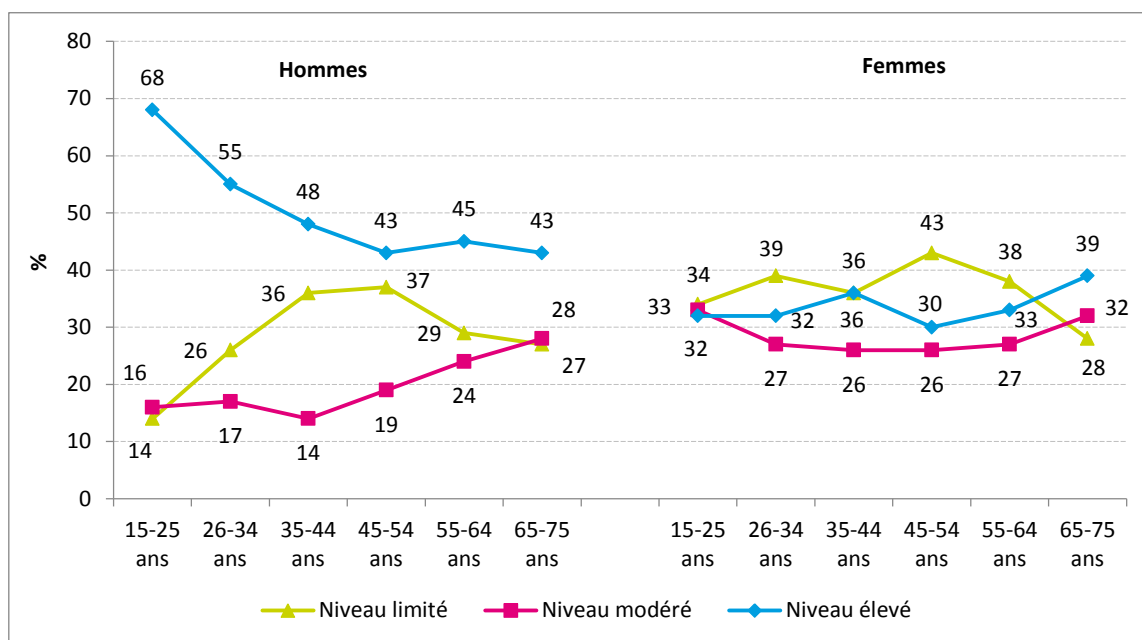
Selon le Baromètre santé Nutrition de 2008 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), 71% des 65-75 ans ont un niveau d'activité physique modéré ou élevé, atteignant ainsi les recommandations de l'OMS concernant l'activité physique, sans différence entre les sexes.

Pour cette classe d'âge, les hommes sont plus nombreux que les femmes à atteindre un niveau d'activité physique élevé (43% contre 39%). Cette différence entre sexes, observée pour l'ensemble des classes d'âge, est cependant moins marquée que pour les classes d'âge les plus jeunes. En revanche, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à atteindre un niveau d'activité physique modéré (32% contre 28%).

La proportion d'hommes âgés de 65 à 75 ans déclarant un niveau d'activité physique élevé reste stable avec l'avancée en âge à partir de 45 ans, mais celle déclarant un niveau d'activité physique modéré augmente.

Chez les femmes, l'avancée en âge s'accompagne d'un niveau d'activité physique plus élevé : chez les 65-75 ans, elles sont 28% à déclarer un niveau d'activité physique faible contre 38% parmi les 55-64 ans et 43% parmi les 45-54 ans (Figure 11) [29].

**Figure 11 - Adultes de 15 à 75 ans selon le niveau d'activité physique, le sexe et l'âge en 2008 (en %)**



Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Par ailleurs, dans les régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête, la proportion d'adultes de 55-75 ans ayant un niveau d'activité physique élevé varie de 35% à 46% pour les hommes et de 22% à 41% chez les femmes (respectivement 45% et 36% à l'échelle de la France métropolitaine). Cette proportion est la plus élevée en Languedoc-Roussillon pour les deux sexes. Quelle que soit la région, les hommes de 55-75 ans sont plus nombreux que les femmes de la même classe d'âge à atteindre un niveau d'activité physique élevé, comme observé pour l'ensemble des adultes tous âge confondus (Tableau 6) [30-37].

**Tableau 6 - Niveau d'activité physique élevé selon le sexe, l'âge et la région (en %)**

	Hommes		Femmes	
	55-75 ans	Adultes tous âges	55-75 ans	Adultes tous âges
<b>France métropolitaine 2008</b>	<b>44,8</b>	<b>50,8</b>	<b>36</b>	<b>33,6</b>
PACA* 2008	39,7	52,5	34,2	37,3
Île-de-France 2008	35,0	46,0	30,8	30,6
Languedoc-Roussillon 2008	45,8	55,4	41,4	43,4
Haute-Normandie 2008	37	49,2	33,9	31,9
Picardie 2008	39,6	52,3	32	32,2
Franche-Comté 2008	38,6	48,2	38,0	36,2
Champagne-Ardenne 2009	41,9	ND	22,2	ND
Nord-Pas-de-Calais 2009	35,2	48,7	27,9	33,3

\*PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ; ND : non disponible

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Les résultats de l'Eurobaromètre 2017 pour la France montrent que 64% des retraités ne font jamais de sport ou occasionnellement (3 fois par mois ou moins). Ce pourcentage est en diminution par rapport à 2013 (69%) et est inférieur à celui déclaré pour l'ensemble de l'Union européenne (72%). Concernant les 55 ans et plus, 63% des femmes et 65% des hommes font du sport occasionnellement ou jamais (respectivement 72% et 70% pour l'ensemble de l'UE).

Par ailleurs, 51% des retraités Français, 60% des femmes de 55 ans et plus et 43% des hommes de 55 ans et plus ne pratiquent pas ou peu d'activités physiques autres que sportives (activité de loisir, professionnelle, domestique ou liée aux déplacements) (respectivement 61%, 63% et 56% pour l'ensemble de l'UE) (Tableau 7) [38].

**Tableau 7 - Pratique de sport et d'activité physique non-sportive  
chez les retraités et les personnes de 55 ans et plus, en France et dans l'Union européenne (en %)**

	Pratique d'un sport occasionnelle* ou inexistante		Pratique d'une autre activité physique** occasionnelle* ou inexistante	
	France	UE	France	UE
<b>Retraités</b>	64%	72%	51%	61%
<b>Hommes âgés de 55 ans et plus</b>	65%	70%	43%	56%
<b>Femmes âgées de 55 ans et plus</b>	63%	72%	60%	63%

\* 3 fois par mois ou moins

\*\* activités physiques non sportives réalisées à des fins récréatives (AP de loisir, professionnelle, domestique ou liée aux déplacements)

Source : Eurobaromètre, 2017

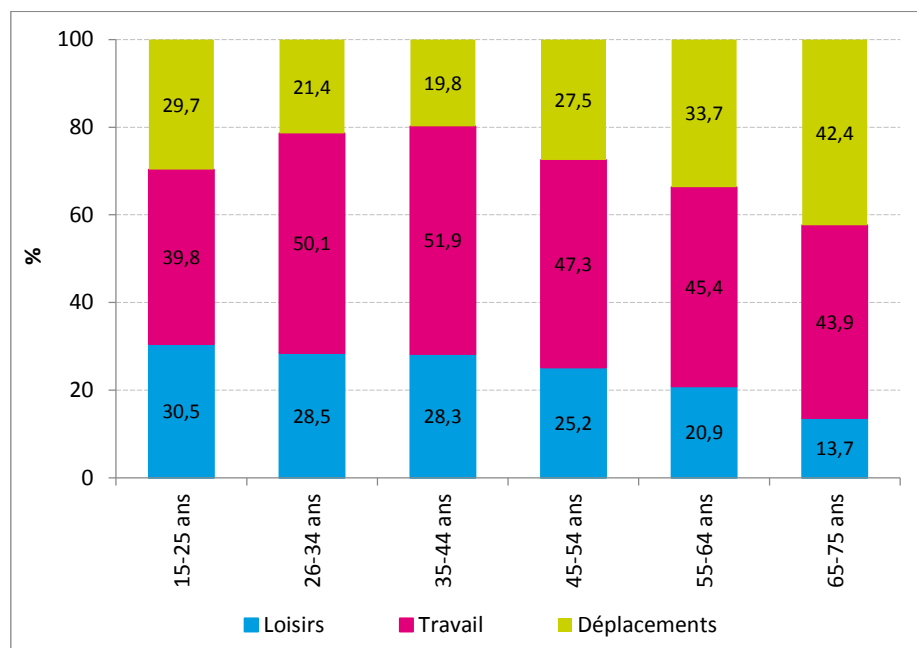
## CONTEXTES DE PRATIQUE

Selon le Baromètre santé Nutrition de 2008, la part du temps consacrée à l'activité physique de loisir (par rapport au temps global de l'activité physique totale) diminue progressivement avec l'âge, passant de 31% chez les 15-25 ans à 14% chez les 65-75 ans. Ces derniers affichent en revanche la part de temps d'activité physique liée aux déplacements utilitaires à pied ou à vélo la plus élevée (42%)<sup>13</sup>. La part du temps consacrée à l'activité physique dans un contexte de travail<sup>14</sup> diminue avec l'âge mais s'élève tout de même à 44% chez les 65-75 ans, en raison de la définition utilisée dans cette enquête (Figure 12) [29].

<sup>13</sup> Les déplacements à pied et à vélo dans un contexte de loisirs ne sont pas inclus dans les déplacements utilitaires.

<sup>14</sup> Dans cette enquête, la notion d'activité physique dans un contexte de travail intègre l'activité professionnelle rémunérée ou non (comprenant le bénévolat et la recherche d'emploi), mais aussi les tâches ménagères et l'entretien de la maison (ménage, jardinage, bricolage, etc.).

**Figure 12 - Proportion de chaque contexte de pratique d'activité physique, selon l'âge\* (en %)**



\* L'activité physique dans un contexte de travail intègre l'activité professionnelle rémunérée ou non (comprenant le bénévolat et la recherche d'emploi), mais aussi les tâches ménagères et l'entretien de la maison.

Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Le contexte de pratique de l'activité physique (tous niveaux confondus) varie selon le sexe et l'âge. Si le temps total d'activité physique journalier diminue avec l'âge (de 2h27 pour les 18-54 ans à 2h07 pour les 55-75 ans), des tendances opposées sont observées selon les contextes (Tableau 8).

La durée moyenne d'activité physique dans le cadre du travail<sup>14</sup> diminue nettement avec l'âge, cette tendance s'observant aussi bien pour les hommes que pour les femmes (1h18 pour les hommes et 1h08 pour les femmes contre respectivement 2h00 et 1h23 pour l'ensemble des personnes de 15 à 75 ans). En revanche, celle pratiquée dans le cadre des déplacements se révèle supérieure chez les seniors (35 minutes pour les hommes et 32 minutes pour les femmes contre respectivement 22 minutes et 18 minutes pour l'ensemble des personnes de 15 à 75 ans). Les temps d'activité physique liée aux loisirs est proche de l'ensemble des personnes de 15 à 75 ans.

L'écart entre les temps d'activité physique pratiqués dans chaque contexte se réduit pour les deux sexes chez les 65-75 ans [29].

**Tableau 8 - Durée moyenne d'activité physique par jour chez les personnes de 15 à 75 ans selon le contexte de pratique, le sexe et l'âge, en 2008 (en minutes)**

	15-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-75 ans	Ensemble
<b>Hommes</b>							
Déplacements	24	17	18	17	27	35	22
Loisirs	40	23	21	18	23	22	25
Travail	107	157	138	120	108	78	120
<b>Femmes</b>							
Déplacements	19	12	12	15	22	32	18
Loisirs	15	11	10	10	11	13	12
Travail	68	91	101	96	70	68	83

\* L'activité physique dans un contexte de travail intègre l'activité professionnelle rémunérée ou non (comprenant le bénévolat et la recherche d'emploi), mais aussi les tâches ménagères et l'entretien de la maison.

Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Tant au niveau national que pour l'ensemble des régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête, les hommes âgés de 55 à 75 ans sont plus nombreux à déclarer pratiquer une activité physique intense dans un contexte lié au travail que les femmes du même âge, de même qu'au niveau national (22% contre 13%) (Tableau 9) [30-37].

**Tableau 9 - Pratique d'activité physique intense au travail chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %)**

	Hommes		Femmes	
	55-75 ans	Adultes tous âges	55-75 ans	Adultes tous âges
<b>France métropolitaine 2008</b>	<b>21,8</b>	<b>34,6</b>	<b>13,2</b>	<b>18,8</b>
PACA* 2008	18,5	33,8	13,9	22,5
Île-de-France 2008	13,6	30,9	11,3	16,0
Languedoc-Roussillon 2008	25,6	40,7	20,7	22,2
Haute-Normandie 2008	24,8	36,8	19,2	22,5
Picardie 2008	24,8	40,9	16,4	19,9
Franche-Comté 2008	24,2	33,1	9,2	16,6
Champagne-Ardenne 2009	20,3	42,4	11,7	19,1
Nord-Pas-de-Calais 2009	15,6	36,7	15,4	24,1

\*PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

Les hommes âgés de 55 à 75 ans sont plus nombreux à déclarer pratiquer une activité physique intense dans le cadre des loisirs que les femmes du même âge, au niveau national (13% contre 6%) et dans l'ensemble des régions disposant d'une extension de l'enquête. Cette proportion, qui varie selon les régions de 8% à 15% pour les hommes et de 4% à 11% chez les femmes, est plus faible que pour les adultes tous âges confondus, quelle que soit la région ou l'ex-région administrative (Tableau 10).

**Tableau 10 - Pratique d'activité physique intense lors des loisirs chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %)**

	Hommes		Femmes	
	55-75 ans	Adultes tous âges	55-75 ans	Adultes tous âges
<b>France métropolitaine 2008</b>	<b>12,5</b>	<b>31,5</b>	<b>5,6</b>	<b>16,5</b>
PACA* 2008	14,6	27,9	10,6	17,9
Île-de-France 2008	12,7	35,4	7,3	21,8
Languedoc-Roussillon 2008	9,7	33,0	6,4	15,9
Haute-Normandie 2008	11,2	29,7	8,1	16,4
Picardie 2008	7,9	27,1	4,0	12,7
Franche-Comté 2008	9,8	29,5	3,9	14,8
Champagne-Ardenne 2009	12,7	29,5	6,7	14,6
Nord-Pas-de-Calais 2009	8,0	25,0	3,5	12,1

\*PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

La proportion d'adultes de 55-75 ans déclarant utiliser un mode actif de déplacement d'au moins 10 minutes au quotidien varie de 52% à 72% pour les hommes et de 56% à 81% chez les femmes dans les régions disposant d'une extension de l'enquête (respectivement 61% et 67% à l'échelle nationale). Cette proportion est plus élevée que pour les adultes tous âges confondus, notamment chez les femmes. L'Île-de-France est davantage



concernée que les autres régions par les trajets actifs pour cette classe d'âge, notamment chez les femmes, ces observations étant retrouvées également chez les adultes tous âges confondus) (Tableau 11) [30-37].

**Tableau 11 - Activité physique liée aux déplacements (trajets d'au moins 10 minutes) chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le sexe, l'âge et la région (en %)**

	Hommes		Femmes	
	55-75 ans	Adultes tous âges	55-75 ans	Adultes tous âges
<b>France métropolitaine 2008</b>	<b>60,7</b>	<b>58,5</b>	<b>66,6</b>	<b>58,5</b>
PACA* 2008	65,9	51,5	61,7	55,2
Île-de-France 2008	71,7	62,2	81,0	70,9
Languedoc-Roussillon 2008	71,4	53,5	68,6	59,2
Haute-Normandie 2008	59,7	53,2	65,1	54,3
Picardie 2008	55,2	47,5	65,4	55,7
Franche-Comté 2008	57,7	51,0	61,8	52,7
Champagne-Ardenne 2009	62,9	54,7	56,3	51,3
Nord-Pas-de-Calais 2009	52,4	51,3	58,2	61,2

\*PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

## CONNAISSANCES DES RECOMMANDATIONS SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

### Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3)

Selon l'étude INCA3, en 2014-2015, 87% des adultes âgés de 65 à 79 ans ont répondu qu'il fallait pratiquer au moins 30 minutes d'activité physique par jour pour être en bonne santé (recommandation du Programme national nutrition santé (PNNS)). Cette recommandation est mieux connue avec l'avancée en âge et ce, quel que soit le sexe. Contrairement aux autres classes d'âge, la connaissance du repère sur l'activité physique pour les 65-69 ans ne diffère pas selon le sexe (Tableau 12) [28].

**Tableau 12 - Connaissance des recommandations sur l'activité physique chez les adultes de 18 à 79 ans, selon le sexe et l'âge (en %)**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Tous sexes
18-44 ans	68,6	60,0	64,3
45-64 ans	77,0	66,2	71,5
65-79 ans	87,2	87,4	87,3
Tous âges	74,8	67,4	71,0

Source : Étude INCA3, 2014-2015, traitement Santé publique France

## NOMBRE DE PAS RÉALISÉS AU QUOTIDIEN

### Baromètre Attitude Prévention

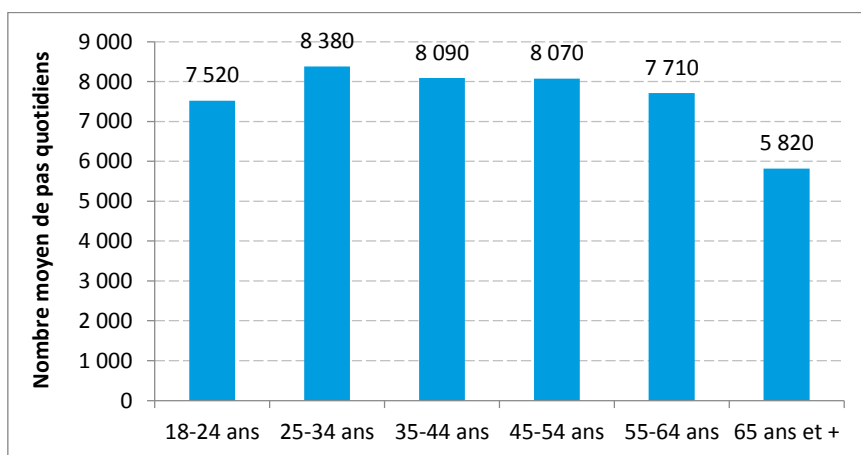
Selon le baromètre du niveau d'activité physique et sportive et de sédentarisation en France réalisé en 2016 par OpinionWay et l'Institut de Recherche bio-Médicale et d'Épidémiologie du Sport (Irmes) pour Attitude Prévention, utilisant les relevés de podomètres<sup>15</sup>, les 55-64 ans réalisent en moyenne un peu moins de

<sup>15</sup> Podomètres portés pendant 7 jours par les participants dans le cadre de l'étude.

7 500 pas par jour, ce qui est considéré comme une activité faible (5 000 à 7 499 pas) et inférieure au nombre moyen de pas pour les adultes tous âges confondus (environ 7 900 pas) (Figure 13) [39].

D'après les résultats du baromètre sur 5 années d'études (de 2012 à 2016), le nombre moyen de pas reste constant quel que soit l'âge jusqu'à 65 ans<sup>16</sup>, âge à partir duquel il chute ensuite significativement<sup>17</sup>.

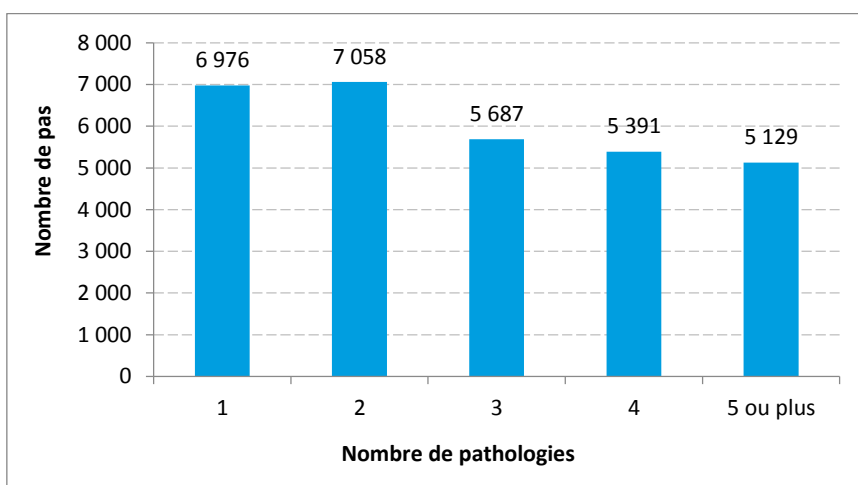
**Figure 13 - Nombre moyen de pas quotidien par catégorie d'âge, 2012-2016**



Source : Baromètre Attitude Prévention 2016

L'analyse des résultats concernant les individus atteints d'au moins une pathologie (près de 2 000 personnes de 2013 à 2016) a montré que la moyenne du nombre de pas quotidiens est associée à la présence d'une ou de plusieurs pathologies (Figure 14). Ainsi, pour les Français ayant au moins une pathologie, le nombre moyen de pas diminue à 7 000 environ. Ce nombre varie également en fonction du type de pathologie [40].

**Figure 14 - Nombre moyen de pas quotidien selon la présence de pathologies, 2012-2016**



Source : Baromètre Attitude Prévention 2012-2016

### Enquête chez les adhérents de la Fédération Française de la Retraite Sportive

La mesure du nombre de pas auprès de 318 individus (193 femmes et 125 hommes, âgés pour la majorité de 60 à 69 ans) adhérant à la Fédération Française de Retraite Sportive (FFRS) montre qu'en 2015, ces derniers marchent significativement plus que leurs homologues du même âge, issus de la population générale française : le nombre moyen de pas journalier mesuré pour ces individus est de 8 753, et seulement 13% d'entre eux effectuent moins de 5 000 pas/jour [42].

<sup>16</sup> En 2016, l'âge moyen de départ à la retraite s'élève à près de 62 ans [41].

<sup>17</sup> Attitude Prévention, Infographie « 5 idées reçues sur l'activité physique et sportive des Français », disponible à partir de l'URL : <https://www.attitude-prevention.fr/infographies-5-idees-recues-activite-physique-sportive-francais>

## CONDITION PHYSIQUE

Les indicateurs de condition physique disponibles *via* les Diagnoform<sup>®18</sup> montrent que l'endurance, la force des jambes et l'équilibre diminuent progressivement avec l'avancée en âge, pour les hommes comme pour les femmes. Cette diminution s'accroît à partir de 75 ans. En particulier, par rapport aux adultes tous âges confondus, les personnes de 65 ans et plus ont les caractéristiques suivantes :

- le nombre de mouvements réalisés en amenant chaque genou au niveau d'un point de repère situé à mi-distance entre le genou et le haut de la hanche (en marchant sur place sans sauter), pendant en 2 minutes, est moins important (en moyenne, 97 mouvements pour les 65 ans et plus et 85 mouvements pour les 75 ans et plus, contre 112 pour les adultes tous âges confondus) ;
- le temps passé dans une position le dos à plat contre le mur, les pieds écartés de la largeur du bassin, les jambes pliées à 90° et les bras le long du corps, est moins important (en moyenne, 82 secondes pour les 65 ans et plus et 67 secondes pour les 75 ans et plus, contre 102 pour les adultes tous âges confondus) ;
- le score obtenu à un test d'équilibre comprenant cinq positions à tenir pendant dix secondes est moins important (2,9/5 pour les 65 ans et plus et 2,3/5 pour les 75 ans et plus, contre 3,7/5 pour les adultes tous âges confondus).

Ces indicateurs d'endurance, de force des jambes et d'équilibre disponibles montrent également des inégalités entre les sexes chez les personnes de 65 ans et plus :

- pour l'indicateur d'endurance, cet écart est observé à partir de 65 ans, contrairement aux adultes plus jeunes (103 mouvements réalisés chez les hommes de 65-74 ans contre 94 chez les femmes du même âge ; 92 mouvements chez les hommes de 75 ans et plus contre 83 chez les femmes du même âge) ;
- pour l'indicateur de force des jambes, cet écart est observé chez les personnes de 65 ans et plus, comme pour l'ensemble des adultes (95 secondes chez les hommes de 65-74 ans contre 77 chez les femmes du même âge ; 74 secondes chez les hommes de 75 ans et plus contre 65 chez les femmes du même âge) ;
- les scores obtenus au test d'équilibre montrent que l'écart entre hommes et femmes n'est observé qu'à partir de 75 ans (2,7/5 contre 2,3/5), contrairement aux adultes plus jeunes.

---

<sup>18</sup> <http://www.diagnoform.com/>

Se référer au chapitre Sources de données pour plus d'informations.

### À retenir

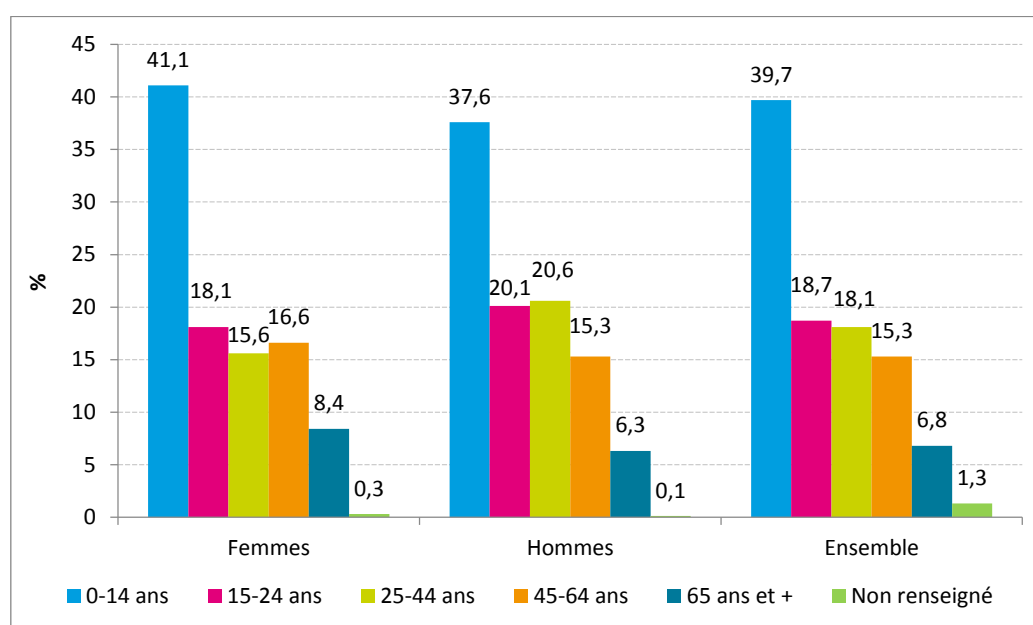
- **Moins de 7% des licences sportives** en France concernent des personnes de **65 ans et plus** alors que cette classe d'âge représente plus de 18% de la population.
- Chez les 65 ans et plus, comme pour l'ensemble de la population, **la part des licences féminines est plus faible que celle des licences masculines.**
- Le **taux de licenciés chez les 65 ans et plus** a augmenté de 2012 (8%) à 2015 (9%). Il reste **plus faible que pour la population tous âges** (24%).
- De 60 à 75 ans, la pratique d'activités physiques et sportives diminue fortement.

Sources : Recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées en 2015 ; recensement annuel des équipements sportifs en 2016 ; enquête pratique physique et sportive 2010

### RECENSEMENT ANNUEL DES LICENCES ET CLUBS AU SEIN DES FÉDÉRATIONS SPORTIVES AGRÉÉES

En France, parmi les 16,1 millions de licences sportives délivrées en 2015 par les fédérations sportives agréées par le Ministère des sports, 6,8% l'ont été pour des personnes de 65 ans et plus (8,4% des licenciées et 6,3% des licenciés), soit 1,1 million de licences, alors que cette classe d'âge représente 18,4% de l'ensemble de la population (Figure 15). Comme pour la population totale, la part des licences féminines reste moins élevée que celle des licences masculines (44,2% contre 55,8%), mais avec un écart plus faible pour cette catégorie d'âge [43].

Figure 15 - Répartition des licences sportives par âge en 2015 (en % de la population totale)

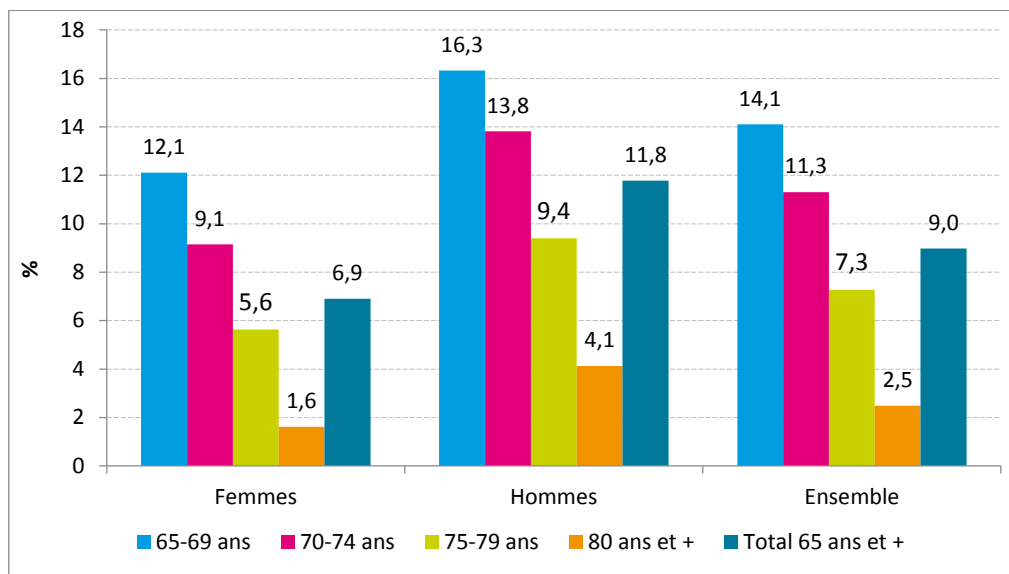


Sources : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative - Mission des études, de l'observation et des statistiques (DJEPVA-MEOS), recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées, données de l'année 2015 estimées au 4 juillet 2016

Entre 2012 et 2015, le nombre de licences délivrées aux personnes de 65 ans et plus a augmenté de 19,7% (22,7% chez les femmes et 17,8% chez les hommes), passant de 0,9 à 1,1 million. Dans le même temps et pour la même classe d'âge, la population française a augmenté de 8,6%. De ce fait, une augmentation de la pratique sportive est enregistrée : le pourcentage de licenciés chez les 65 ans et plus, rapporté à la population de cette classe d'âge, est passé de 7,9% à 9,0% (6,9% chez les femmes et 11,8% chez les hommes). Ce pourcentage diminue avec l'avancée en âge (Figure 16).

Le taux de licenciés pour les 65 ans et plus reste cependant plus faible que pour la population totale (24,2% soit 16,9% chez les femmes et 30,3% chez les hommes).

**Figure 16 - Taux de licenciés pour 100 habitants en 2015, par sous-classe d'âge chez les 65 ans et plus (en %)**



Sources : DJEPVA-MEOS, recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées, données de l'année 2015 estimées au 4 juillet 2016

En 2016, les fédérations françaises sportives agréées ayant délivré le plus de licences aux personnes de 65 ans et plus sont celles d'éducation physique et de gymnastique volontaire (14,5% de l'ensemble des licences délivrées pour cette population), de randonnée pédestre (11,5%), de golf (10,9%), de pétanque et jeu provençal (7,5%). La fédération française de retraite sportive arrive en cinquième position avec 4,7% de l'ensemble des licences délivrées pour cette population.

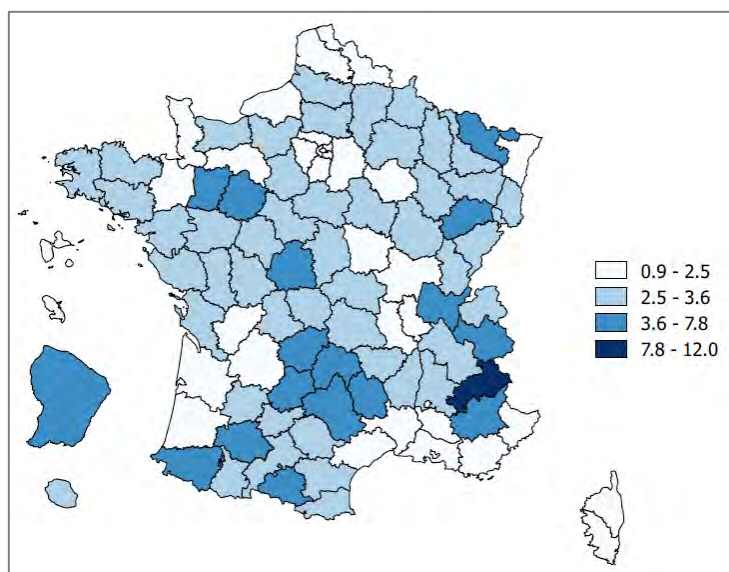
Chez les 80 ans et plus, les mêmes fédérations sont retrouvées dans un ordre différent : la fédération française d'éducation physique et de gymnastique volontaire arrive en tête des licences délivrées (17,4% de l'ensemble des licences délivrées pour cette population), suivie de la fédération française de pétanque et jeu provençal (10,7%), de celle de golf (9,3%), de celle de randonnée pédestre (7,6%) et de celle de retraite sportive (6,5%).

## RECENSEMENT ANNUEL DES ÉQUIPEMENTS SPORTIFS

Selon le recensement annuel des équipements sportifs réalisé par le Ministère en charge des sports, le taux d'équipements sportifs (hors sport de nature) s'élève à 2,6 pour 100 habitants de 65 ans et plus en France métropolitaine en 2016.

Les régions du nord de la France (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais-Picardie et Normandie), du sud-est de la France (PACA et Corse) ainsi que plusieurs régions d'outre-mer (Guadeloupe et Martinique) sont celles pour lesquelles ces taux sont les plus faibles (Carte 4) [44].

**Carte 4 - Taux d'équipements sportifs\* présents sur le département de résidence pour 100 habitants âgés de 65 ans et plus, par département, en 2016**



\* hors sports de nature

**Sources :** Ministère en charge des Sports, recensement des équipements sportifs, 2016 ; Insee, estimation de population en 2016 par département et par âge, Carte : Onaps

## ENQUÊTE PRATIQUE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Selon les données de l'enquête « pratique physique et sportive » menée en 2010 par le ministère en charge des Sports et l'Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance (Insep), l'âge est un facteur déterminant de la pratique d'activités physiques et sportives.

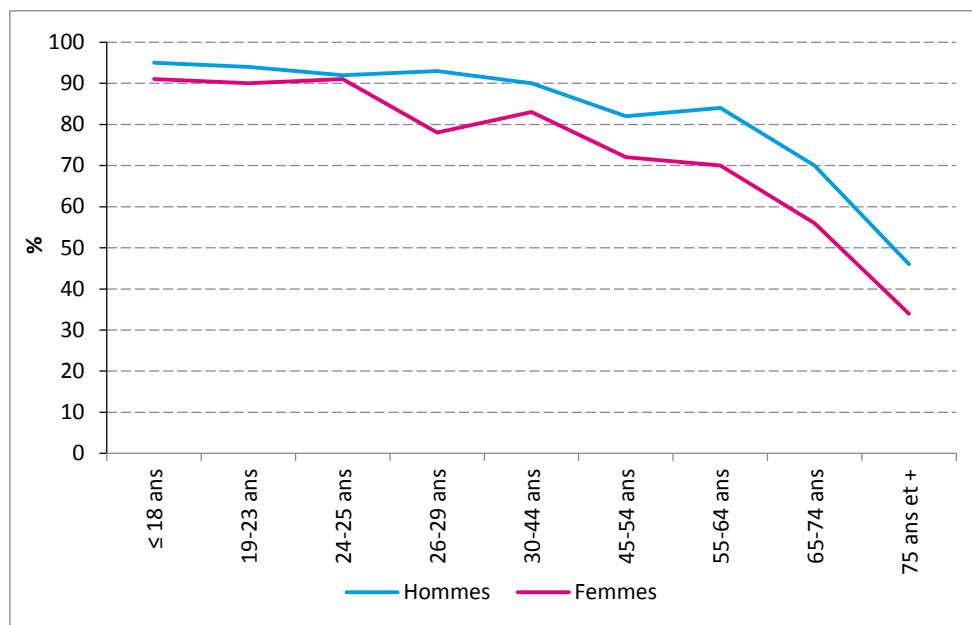
Parmi les 55-74 ans, un taux de pratique<sup>19</sup> comparable à celui de l'ensemble de la population est déclaré (89%). Ce taux ne s'élève plus qu'à 71% en excluant la marche non sportive. Après 75 ans, le taux de pratique physique et sportive s'élève à 71% en 2010, mais en excluant la marche utilitaire, de loisir ou les balades, ce taux chute à 39%.

Un écart de pratique entre hommes et femmes est observé chez l'adulte et se creuse considérablement après 55 ans (taux de pratique inférieurs de 15% pour les femmes dans les tranches 55-64 ans et 65-74 ans, et de 12% chez les 75 ans et plus). Parmi les 65-74 ans, sept hommes sur dix et un peu plus d'une femme sur deux déclarent pratiquer une activité physique ou sportive. Après 75 ans, moins d'un homme sur deux et environ une femme sur trois se déclarent pratiquants (Figure 17) [45].

<sup>19</sup> La question posée lors de l'enquête était : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait, même occasionnellement y compris pendant vos vacances, des activités physiques et sportives ? ».

Dans un premier temps, les personnes déclarant pratiquer une activité physique ou sportive devaient lister de manière ouverte l'ensemble des disciplines exercées. Dans un second temps, pour éviter les oublis, une liste de disciplines était proposée aux personnes qui déclaraient spontanément ne pas faire de sport ainsi qu'à celles qui en avaient déjà déclarées.

Figure 17 - Personnes déclarant pratiquer une activité physique et sportive\* selon l'âge et le sexe, en 2010 (en %)



\* hors marche utilitaire, marche de loisir et balade

**Champ :** Personnes résidant en France (métropole et départements d'outre-mer) et âgées de 15 ans et plus

**Source :** Enquête pratique physique et sportive 2010, Centre National pour le Développement du Sport (CNDS) / direction des sports, Insep, MEOS

## ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES ET INÉGALITÉS SOCIALES CHEZ LES SENIORS

Le niveau de vie des Français comme leur niveau scolaire influent sur leurs pratiques d'activités physiques et sportives, surtout pour les personnes les plus âgées.

En effet, 56% des 70-75 ans à faibles revenus ne déclarent aucune pratique contre seulement 28% des seniors les plus aisés. L'écart entre les deux catégories s'accroît avec l'âge (Tableau 13). De même, 43% des 70-75 ans ayant un niveau d'éducation inférieur au Baccalauréat ne déclarent aucune pratique contre seulement 10% des personnes du même âge ayant un niveau scolaire supérieur ou égal au Baccalauréat (Tableau 14) [46].

**Tableau 13 - Pratique d'activités physiques et sportives selon les revenus chez les 45 ans et plus (en %)**

Indicateur de richesse	Classe d'âge	Déclaration spontanée	Déclaration après relance	Non pratique d'activités
Niveau inférieur	45-49 ans	56%	28%	16%
	50-54 ans	37%	33%	30%
	55-59 ans	43%	32%	25%
	60-64 ans	30%	34%	36%
	65-69 ans	39%	30%	31%
	70-75 ans	18%	26%	56%
Niveau supérieur	45-49 ans	69%	20%	11%
	50-54 ans	65%	20%	15%
	55-59 ans	57%	25%	18%
	60-64 ans	60%	23%	17%
	65-69 ans	64%	21%	15%
	70-75 ans	44%	27%	28%

Source : Laboratoire de sociologie de l'Insep, 2009

**Tableau 14 - Pratique d'activités physiques et sportives selon le niveau d'éducation chez les 45 ans et plus (en %)**

Diplôme	Classe d'âge	Déclaration spontanée	Déclaration après relance	Non pratique d'activités
Inférieur au Bac	45-49 ans	55%	26%	19%
	50-54 ans	43%	32%	25%
	55-59 ans	49%	31%	20%
	60-64 ans	40%	32%	28%
	65-69 ans	49%	25%	26%
	70-75 ans	28%	29%	43%
Bac et plus	45-49 ans	81%	10%	9%
	50-54 ans	72%	11%	17%
	55-59 ans	59%	19%	22%
	60-64 ans	71%	15%	14%
	65-69 ans	69%	17%	14%
	70-75 ans	66%	24%	10%

Source : Laboratoire de sociologie de l'Insep, 2009



## ÉTAT DES LIEUX DE LA SÉDENTARITÉ

La sédentarité est définie comme une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique inférieure ou égale à la dépense de repos en position assise ou allongée.

Chez les adultes, les questionnaires utilisés dans les différentes études (RPAQ pour INCA3 et Esteban, GPAQ pour le Baromètre santé nutrition) permettent d'intégrer, en plus des temps d'écran, les temps de sédentarité dans les transports, pendant les loisirs (lire un livre, jouer à un jeu de société, etc.) et sur le lieu de travail. Un indicateur du niveau de sédentarité a été construit en fonction des activités sédentaires chez les adultes. Les méta-analyses disponibles sur la sédentarité montrent que le risque de mortalité chez les adultes augmente régulièrement avec un temps d'activité sédentaire supérieur à 3 h par jour [47], et de façon plus marquée lorsque ce temps dépasse 7 h par jour [48], et ceci indépendamment du niveau d'activité physique. Ces limites de 3 h et 7 h ont donc été retenues dans la construction de l'indicateur. Ainsi, l'indicateur du niveau de sédentarité est défini en 3 classes : faible (durée totale des activités sédentaires <3 h/j), modéré (3-7 h/j), élevé (>7 h/j).

### À retenir

- Le **temps passé assis ou allongé est moins important chez les seniors que chez les adultes tous âges**, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.
- La proportion de seniors ayant un **niveau de sédentarité élevé** ( $\geq 7$  h/j) est **inférieure à celle de la population adultes tous âges**.
- Cette proportion **diminue avec l'avancée en âge au profit d'un niveau de sédentarité modéré**.
- Il existe **peu de différences** du niveau de sédentarité **entre les hommes et les femmes** chez les seniors.
- La durée moyenne passée devant un écran par les seniors est comprise entre **4 et 5 heures par jour** selon les études.

Sources : INCA3 2014-2015 ; Esteban 2015 ; Baromètre santé nutrition 2008

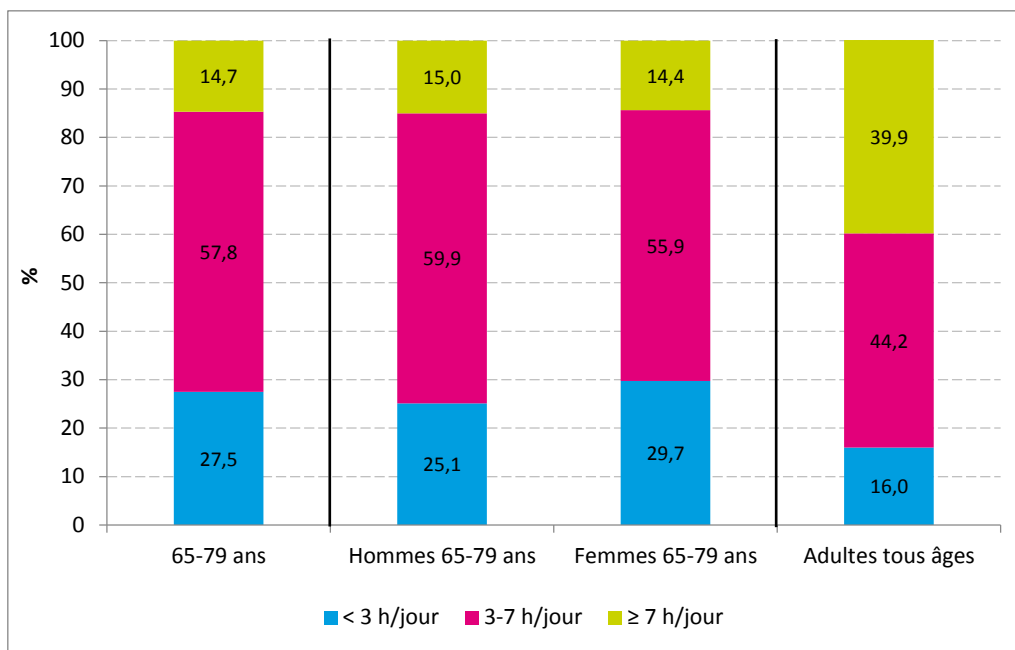
### ÉTUDE INDIVIDUELLE NATIONALE DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES (INCA3)

Selon l'étude INCA3, la proportion de personnes de 65 à 79 ans ayant un niveau modéré (entre 3 et 7 h/j) ou élevé ( $\geq 7$  h/j) de sédentarité est de 72,5% et est inférieure à celle de la population adultes tous âges (84,1%).

Il existe ainsi un glissement du niveau de sédentarité élevé vers le niveau modéré et du niveau modéré vers le niveau faible (<3 h/jour) avec l'avancée en âge : les adultes de 65 à 79 ans sont moins nombreux à être sédentaires plus de 7h par jour (15% contre 40% chez les adultes tous âges) et plus nombreux à être sédentaires moins de 3h par jour (28% contre 16% chez les adultes tous âges).

Il n'existe pas de différence significative du niveau de sédentarité entre les hommes et les femmes. Néanmoins, la proportion de femmes de 65 à 79 ans ayant un niveau modéré ou élevé de sédentarité (70%) est légèrement plus faible que celle des hommes (75%) (Figure 18).

**Figure 18 - Répartition des adultes de 65-79 ans et des adultes tous âges confondus selon leur niveau de sédentarité (en %)**



Source : Étude INCA3, 2014-2015, traitement Anses

Pour les adultes de 65 à 79 ans, la durée moyenne journalière passée devant un écran est de 4h13, sans différence entre les hommes et les femmes. Le temps d'écran diminue avec l'âge, chez les femmes comme chez les hommes (Tableau 15) [28].

**Tableau 15 - Durée totale par jour passée devant un écran selon l'âge et le sexe pour les adultes**

Âge	Hommes	Femmes	Ensemble
18-44 ans	5h41	5h13	5h26
45-64 ans	4h15	4h35	4h26
65-79 ans	4h11	4h14	4h13
Ensemble (18-79 ans)	4h55	4h49	4h52

Source : Étude INCA3, 2014-2015, traitement Anses

## ÉTUDE DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT, LA BIOSURVEILLANCE, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA NUTRITION (ESTEBAN)

En 2015, selon l'étude Esteban, le temps passé par jour à des activités sédentaires diminue avec l'avancée en âge (5h48 chez les 55-74 ans contre 6h35 chez les adultes tous âges).

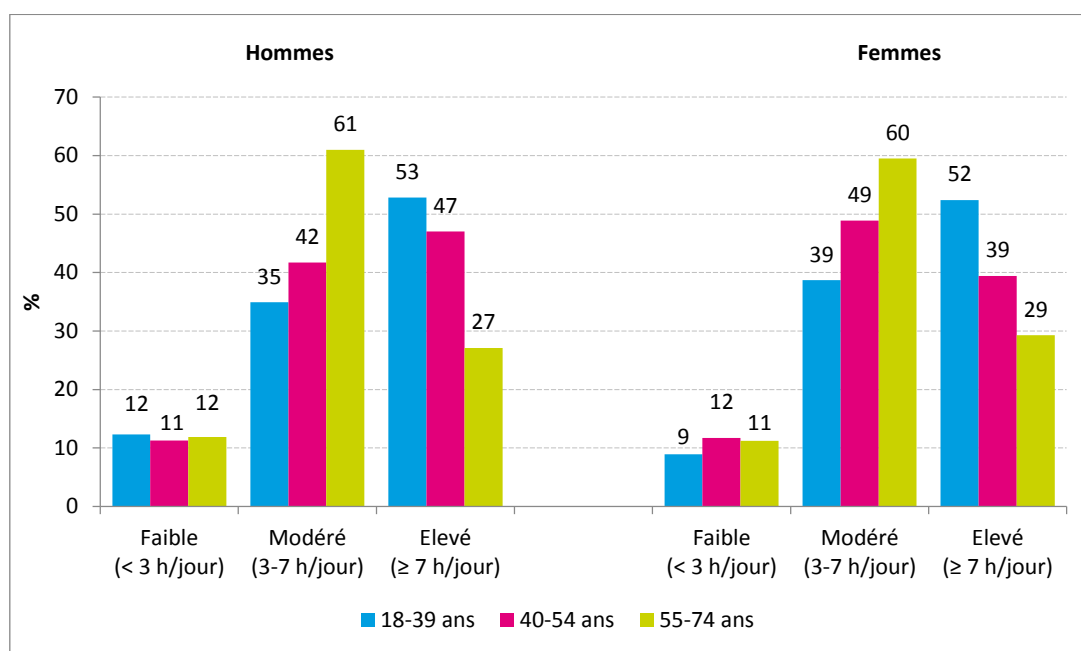
Par ailleurs, 61% des 55-74 ans ont un niveau de sédentarité modéré<sup>20</sup> (48% chez les adultes tous âges) et 28% atteignent un niveau de sédentarité élevé<sup>21</sup> (41% chez les adultes tous âges). Cette dernière proportion est équivalente chez les hommes (27%) et chez les femmes (29%).

La fréquence du niveau de sédentarité élevé diminue ainsi avec l'avancée en âge au profit d'un niveau de sédentarité modéré, tant chez les hommes que chez les femmes (Figure 19).

<sup>20</sup> 3-7h d'activités sédentaires par jour.

<sup>21</sup> ≥7h d'activités sédentaires quotidiennes.

**Figure 19 - Niveau de sédentarité chez les adultes selon le sexe et l'âge, en 2015 (en %)**



Source : Étude Esteban, 2015, traitement Santé publique France

Par ailleurs, 83% des 55-74 ans déclarent passer 3h ou plus devant un écran par jour en dehors de toute activité professionnelle (80% des adultes tous âges). Le temps moyen passé devant un écran par les seniors dans un contexte non-professionnel est de 5h03 par jour, comparable à celui des adultes tous âges (5h07).

Les personnes de 55-74 ans passent davantage de temps devant la télévision et moins de temps devant un ordinateur en comparaison des plus jeunes, quel que soit le sexe (Tableau 16) [27].

**Tableau 16 - Adultes passant 3h ou plus par jour devant la télévision et devant un ordinateur, selon le sexe et l'âge, en 2015 (en %)**

	18-39 ans		40-54 ans		55-74 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
<b>3h ou plus par jour devant la télévision</b>	40,5%	44,1%	52,3%	49,4%	63,7%	65,8%
<b>3h ou plus par jour devant un ordinateur</b>	26,7%	28,1%	12,0%	10,9%	11,2%	8,3%

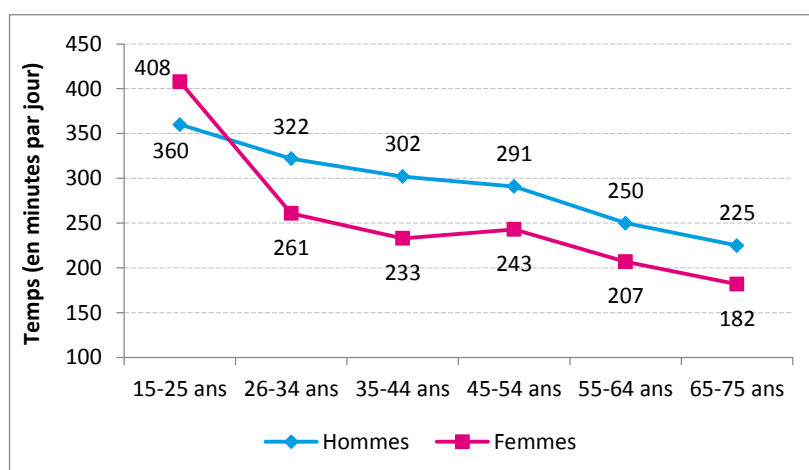
Source : Étude Esteban, 2015, traitement Santé publique France

## BAROMÈTRE SANTÉ NUTRITION

Selon l'enquête du Baromètre santé nutrition de l'Inpes de 2008, les femmes sont moins sédentaires pour la classe d'âge des 65-75 ans, comme pour les autres classes d'âge hormis chez les 15-25 ans.

Le temps passé assis ou allongé en dehors des heures de sommeil diminue avec l'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Pour les femmes, il passe de 6 heures 48 minutes par jour chez les 15-25 ans à 3 heures 2 minutes chez les 65-75 ans. L'écart selon l'âge est moins marqué chez les hommes : 6 heures par jour chez les 15-25 ans à 3 heures 45 minutes chez les 65-75 ans (Figure 20) [29].

**Figure 20 - Temps passé assis ou allongé chez les personnes de 15 à 75 ans, par catégorie d'âge selon le sexe et l'âge, en 2008 (minutes par jour)**



Source : Inpes, Baromètre santé nutrition 2008

Dans les régions ou ex-régions administratives disposant d'une extension de l'enquête, la proportion d'adultes de 55-75 ans passant plus de 4h par jour assis ou allongé varie de 25% à 41% pour les hommes et de 19% à 28% chez les femmes. En France métropolitaine, elle s'élève à 29% chez les hommes et 21% chez les femmes. Les hommes de 55-75 ans sont plus sédentaires que les femmes de cette même tranche d'âge dans l'ensemble des régions, comme observé pour l'ensemble des adultes tous âges d'une manière générale (hormis en Franche-Comté) (Tableau 17) [30-37].

**Tableau 17 - Proportion d'adultes passant plus de 4 heures assis ou allongé, selon le sexe, l'âge et la région (en %)**

	Hommes		Femmes	
	55-75 ans	Adultes tous âges	55-75 ans	Adultes tous âges
<b>France métropolitaine 2008</b>	<b>29,3</b>	<b>44,3</b>	<b>20,8</b>	<b>36,0</b>
PACA* 2008	25,2	40,9	22,2	36,7
Île-de-France 2008	41,2	51,8	28,0	49,4
Languedoc-Roussillon 2008	28,0	38,0	20,0	36,4
Haute-Normandie 2008	29,6	43,1	18,3	37,5
Picardie 2008	28,7	34,2	19,5	31,8
Franche-Comté 2008	24,8	33,6	21,1	36,2
Champagne-Ardenne 2009	39,9	ND	25,9	ND
Nord-Pas-de-Calais 2009	34,8	41,7	19,3	29,6

\*PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ; ND : non disponible

Source : Baromètre Santé nutrition 2008-2009 (ORS, Inpes) - Exploitation Fnors

### À retenir

- Plus du quart des adultes de 65-79 ans ont un **comportement associant l'inactivité physique et la sédentarité**.
- **Un niveau d'activité physique adapté aux recommandations voire élevé peut aussi être associé à un niveau de sédentarité élevé.**
- Près d'un adulte de 65-79 ans sur cinq est à la fois **actif et non-sédentaire**.

Source : INCA3 2014-2015

Les effets délétères de la sédentarité sur la santé sont observés indépendamment du niveau d'activité physique<sup>22</sup>. En d'autres termes, avoir un bon niveau d'activité physique ne protège pas des effets de la sédentarité. Quatre profils d'activité peuvent ainsi être distingués : comportement inactif et sédentaire, comportement inactif et non-sédentaire, comportement actif et sédentaire et comportement actif et non-sédentaire.

### Encadré 2 - Définition des profils d'activité chez l'adulte selon les critères de l'étude INCA3

**Comportement inactif et sédentaire** : niveau d'activité physique faible et niveau de sédentarité  $\geq 3$ h/j

**Comportement inactif et non-sédentaire** : NAP faible et niveau de sédentarité  $< 3$ h/j

**Comportement actif et sédentaire** : NAP modéré ou élevé et niveau de sédentarité  $\geq 3$ h/j

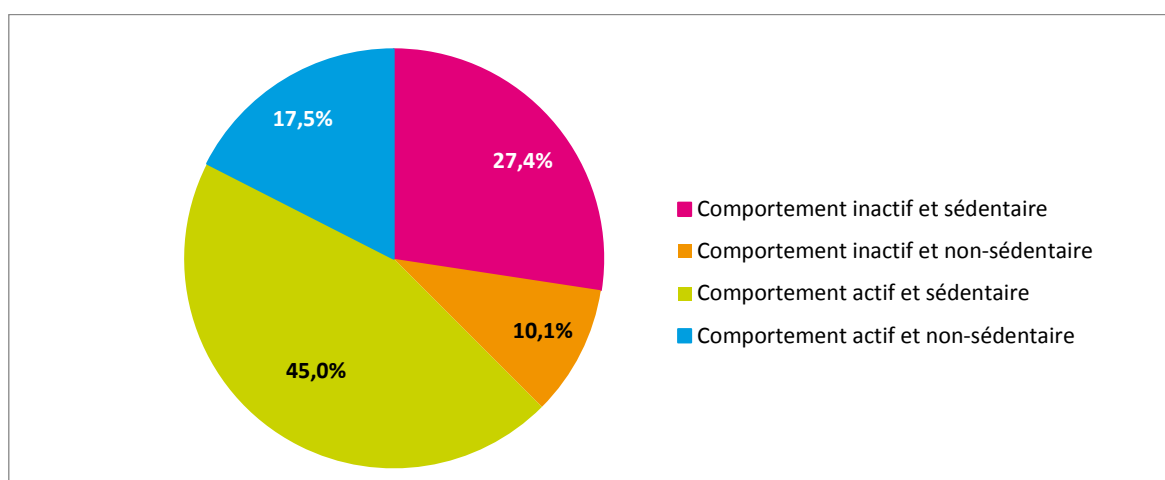
**Comportement actif et non-sédentaire** : NAP modéré ou élevé et niveau de sédentarité  $< 3$ h/j

Selon l'étude INCA3, parmi les adultes âgés de 65 à 79 ans physiquement actifs, 28% ont également un comportement non-sédentaire (contre 18% pour les adultes tous âges).

À l'inverse, la proportion d'adultes ayant un comportement sédentaire parmi les inactifs diminue quand l'âge augmente : elle s'élève à 73% chez les 65-79 ans, alors qu'elle est de 87% chez les adultes tous âges confondus.

Au final, plus du quart (27%) des adultes de 65 à 79 ans ont un comportement associant l'inactivité physique et la sédentarité (32% chez les adultes tous âges), alors que 18% ont un comportement à la fois actif et non-sédentaire pour cette classe d'âge (11% pour les adultes tous âges) (Figure 21) [28].

Figure 21 - Profil d'activité des adultes de 65 à 79 ans (en %)



Source : Étude INCA3, 2014-2015, traitement Anses

<sup>22</sup> Pour plus d'informations, se référer au bulletin [Debout l'info ! n°1, Onaps, Juin 2016](#).

## ÉVOLUTION DE LA SÉDENTARITÉ ET DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE LORS DU PASSAGE À LA RETRAITE

---

### **À retenir**

- Lors du passage à la retraite, le temps consacré aux activités physiques de loisir et domestique augmente, comme le temps consacré à des activités sédentaires.
- La diminution de l'activité physique professionnelle lors du passage à la retraite n'est pas compensée par l'activité physique de loisir, mais plutôt par des activités de loisir sédentaires.

Source : Étude SU.VI.MAX

Les données de cette partie sont issues de l'étude SU.VI.MAX (SUplémentation en Vitamines et Minéraux Anti-oXydants) [49]. La population a été divisée en trois catégories en fonction de leur statut vis-à-vis de la retraite :

- ceux qui ne sont pas retraités ni en 2001 ni en 2007 ;
- ceux qui ont pris leur retraite entre 2001 et 2007 (représentant 31,4% des sujets) ;
- ceux qui étaient déjà à la retraite en 2001.

Les participants déjà retraités au début de l'étude étaient ceux qui passaient initialement le plus de temps à des activités sédentaires mais également à des activités physiques de loisirs et domestiques (Tableau 18).

Le temps total de loisirs sédentaires, de télévision et d'ordinateur a augmenté dans les trois groupes entre 2001 et 2007. Les participants ayant pris leur retraite entre 2001 et 2007 ont vu augmenter à la fois leur activité physique de loisir et domestique. Pour les participants ayant déjà pris leur retraite en 2001, le temps passé dans les activités physiques de loisir (totales et modérées) a diminué.

Les temps totaux d'activités sédentaires de loisir, de télévision et d'ordinateur ont fortement augmenté chez les participants ayant pris leur retraite entre 2001 et 2007 en comparaison des deux autres groupes. Les activités physiques de loisir ont augmenté dans une plus grande mesure chez les participants ayant pris leur retraite entre 2001 et 2007 en comparaison des deux autres groupes.

Cependant, la diminution de l'activité physique professionnelle liée au passage à la retraite (-14,1 h/semaine) n'a pas été compensée par l'activité physique de loisir (+2,5 h/semaine) après le passage à la retraite, le déficit d'activité physique étant plutôt remplacé par des activités de loisir sédentaires (+8,4 h/semaine).

**Tableau 18 - Évolution des comportements sédentaires et des activités physiques chez les retraités, les non-retraités et les personnes ayant pris leur retraite (en heures par semaine)**

	Début de l'étude			Fin de l'étude		
	Travaille encore en 2007	Retraite entre 2001 et 2007	Déjà retraité en 2001	Travaille encore en 2007	Retraite entre 2001 et 2007	Déjà retraité en 2001
<b>Comportements sédentaires (h/sem)</b>						
<b>Loisirs sédentaires</b>	<b>21,8</b>	<b>23,3</b>	<b>28,9</b>	<b>4,7</b>	<b>8,4</b>	<b>4,2</b>
Télévision	12,8	13,9	17,9	1,5	3	0,9
Ordinateur	2,1	2,3	2,6	2,5	4,1	2,8
Lecture	7,1	7,1	8,5	0,6	1,3	0,4
<b>Assis au travail</b>	<b>16,9</b>	<b>14,2</b>	-	<b>-1,7</b>	<b>-14,2</b>	-
<b>Assis pendant les tâches utilitaires</b>	<b>1,8</b>	<b>2,3</b>	<b>4,8</b>	<b>0,3</b>	<b>1,81</b>	<b>-1,1</b>
<b>Activité physique (h/sem)</b>						
<b>Loisirs</b>	<b>3,4</b>	<b>3,6</b>	<b>6,7</b>	<b>0,7</b>	<b>2,5</b>	<b>-0,6</b>
Modérés	2,7	3	5,7	0,3	1,7	-0,7
Intenses	0,6	0,6	0,9	0,1	0,4	-0,1
<b>Travail</b>	<b>14,1</b>	<b>14,1</b>	-	<b>-3,4</b>	<b>-14,1</b>	-
<b>Utilitaire</b>	<b>7,6</b>	<b>6,6</b>	<b>9,1</b>	<b>-0,7</b>	<b>3,6</b>	<b>-0,1</b>
<b>Marche</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,6</b>	<b>0,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,1</b>
<b>Vélo</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,04</b>	<b>0,1</b>	<b>-0,05</b>
<b>Natation</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,01</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,03</b>
<b>Jardinage</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	<b>0,7</b>	<b>-0,1</b>

*Les valeurs dans le tableau sont des moyennes*

**Source** : Menai et al. Plos One, 2014

### À retenir

- La **voiture** est le **mode de transport le plus utilisé par les seniors** (62% des déplacements pour les 65-74 ans et 51% pour les 75 ans et plus).
- La part des déplacements à **ped** est **plus élevée chez les 65 ans et plus** que pour la population tous âges.
- La part des déplacements à **ped** chez les seniors est beaucoup **plus importante chez les femmes que chez les hommes**.
- Les **déplacements en modes actifs ont diminué entre 1994 et 2008** chez les personnes âgées.
- La **proportion de personnes ne quittant pas leur domicile un jour donné augmente avec l'avancée en âge**.
- **L'utilisation de la marche augmente avec l'avancée en âge** à la fois dans un contexte de loisirs et dans un but utilitaire.
- **La pratique du vélo diminue** nettement à partir de 70 ans.

Sources : ENT D 2008, ETC 1994, NutriNet-Santé

La diminution des facultés physiques chez les seniors les plus âgés (altération des facultés auditives et visuelles, réduction de la souplesse et de la coordination, etc.) ainsi qu'un isolement social grandissant sont de nature à réduire les capacités à se déplacer. Ainsi, 45% des personnes de plus de 75 ans déclarent être gênées physiquement ou limitées dans leurs déplacements [50].

Avec l'avancée en âge, le nombre moyen de déplacements tous modes confondus réalisés quotidiennement par un individu décroît progressivement : il est de 1,6 chez les retraités de 75 ans et plus, contre 3,2 pour l'ensemble de la population. Les durées quotidiennes de déplacements et les distances parcourues se réduisent également progressivement avec l'âge [50].

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont par ailleurs plus vulnérables aux accidents de la route. Elles représentent en particulier 52% des décès chez les piétons et 41% des décès chez les cyclistes accidentés. Le dernier bilan d'accidentalité routière de l'Observatoire national Interministériel de la sécurité routière (ONISR) en 2016 a mis en évidence que les personnes de 75 ans et plus ont enregistré une forte hausse de piétons décédés dans un accident routier (47 victimes en plus, soit +9% par rapport à 2015) [51].

## UTILISATION DES TRANSPORTS ACTIFS<sup>23</sup>

### Enquête nationale transports et déplacements

D'après les données de l'enquête nationale transports et déplacements (ENTD) de l'Insee en 2008, comme pour la population tous âges, le mode de déplacement le plus fréquent chez les 65-69 ans et les 75 ans et plus est la voiture (respectivement 62,1% et 51,3%), devant la marche (respectivement 30,3% et 39,7%), les transports collectifs (respectivement 4,2% et 6,2%) et le vélo (respectivement 3,2% et 2,3%) (Figure 22) [50,52].

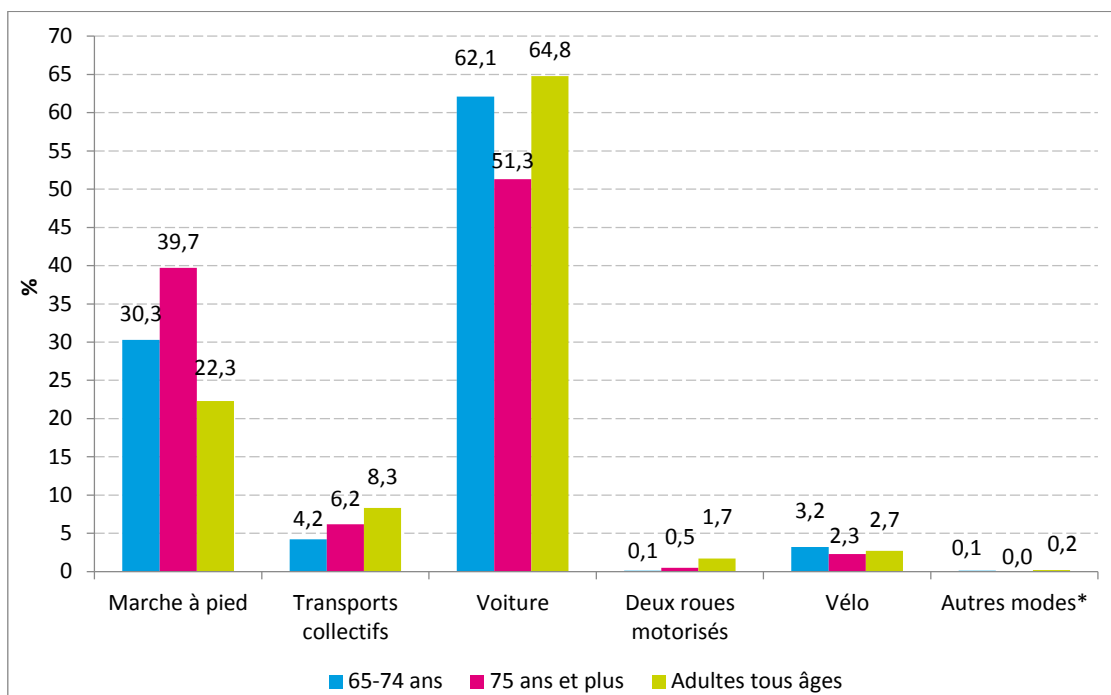
La part modale<sup>24</sup> de la marche pour les 65-74 ans et surtout pour les 75 ans et plus est plus élevée par rapport à la population tous âges (22,3%). L'utilisation du vélo est globalement équivalente et reste faible. L'utilisation des transports collectifs chez les personnes âgées est moins importante que pour la population tous âges. La part modale de la voiture est plus faible chez les 75 ans et plus.

<sup>23</sup> Se référer au chapitre Définitions essentielles.

<sup>24</sup> Pourcentage de déplacements effectués avec un mode de transport.



**Figure 22 - Part modale selon l'âge, en 2008 (en %)**



*Population tous âges : Déplacements effectués du lundi au vendredi à l'occasion d'activités située dans un rayon de 80 kilomètres autour du domicile - France hexagonale*

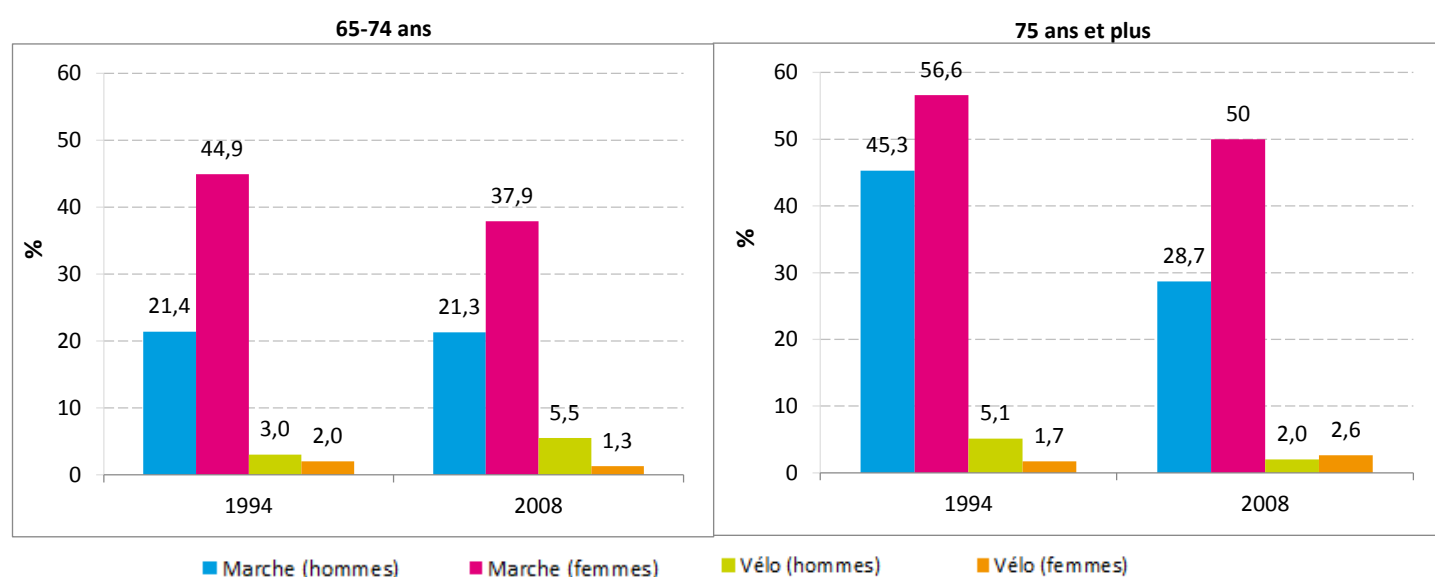
*\*Autres modes : taxi, ramassage scolaire, bateau, etc.*

**Sources :** SOeS (Service de l'Observation et des Statistiques) - Inrets (Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité) - Insee, Enquête nationale transport et déplacements 2008 - Exploitation IFSTTAR

Chez les hommes, la part modale de la marche pour les 65-74 ans est restée stable entre 1994 et 2008. En revanche, elle a fortement diminué chez les hommes de 75 ans et plus. La part modale du vélo a légèrement augmenté chez les 65-74 ans mais diminué chez les 75 ans et plus entre 1994 et 2008 (Figure 23).

Chez les femmes, la part modale de la marche est nettement plus importante que chez les hommes, pour les 65-74 ans comme pour les 75 ans et plus (respectivement 38% et 50% pour les femmes contre 21% et 29% pour les hommes en 2008). Cette part a cependant diminué entre 1994 et 2008 dans les deux catégories d'âge. L'utilisation du vélo est restée faible et globalement stable entre 1994 et 2008 pour les 65 ans et plus.

**Figure 23 - Évolution des parts modales de la marche et du vélo par sexe chez les séniors entre 1994 et 2008 (en %)**



**Sources :** Centre d'études sur les réseaux de transport et l'urbanisme (Certu), d'après l'enquête transports et communications (ETC) de 1994 et l'ENTD 2008

Après la retraite, le nombre moyen de déplacements réalisés quotidiennement par un individu décroît progressivement dès 65 ans (2,5 chez les 65-74 ans et 1,6 chez les 75 ans et plus). Cette diminution est en partie liée à une part importante, et croissante avec l'âge, de personnes âgées ne quittant pas leur domicile un jour donné (26% des 65-74 ans et 44% des 75 ans et plus, alors que cette proportion se situe aux alentours de 10% avant 55 ans). Par ailleurs, 14% des 74-85 ans et 30% des 85 ans et plus ne sortent pas de chez eux sur une semaine complète. Les durées quotidiennes de déplacements et les distances parcourues se réduisent également progressivement avec l'âge [50,53].

### Déplacements chez les seniors ayant un emploi

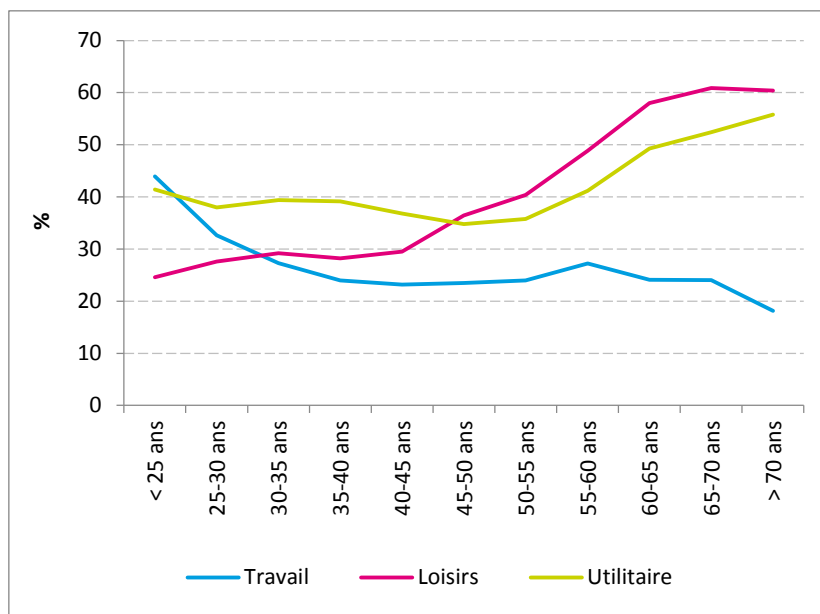
Selon le recensement de la population de l'Insee de 2015, les actifs de 65 à 75 ans ayant un emploi utilisent majoritairement la voiture pour aller travailler (58,9% contre 70,4% pour les actifs tous âges ayant un emploi). Les transports en commun sont utilisés par 14,4% d'entre eux (14,8% pour les travailleurs tous âges). Les modes actifs sont très minoritaires : seuls 8,6% vont travailler à pied (6,3% pour les travailleurs tous âges) et 1,4% à vélo (1,9% pour les travailleurs tous âges). L'utilisation d'un deux-roues motorisé est également minoritaire et comparable à l'utilisation du vélo. Enfin, 15,2% n'ont pas à se déplacer pour aller travailler (4,5% pour les travailleurs tous âges).

### CONTEXTE DE DÉPLACEMENTS ACTIFS (NUTRINET-SANTÉ)

D'après les résultats issus de l'étude NutriNet-Santé, l'utilisation de la marche pour les loisirs augmente de façon continue avec l'avancée en âge pour atteindre 60,9% chez les personnes de 65 à 70 ans, puis diminue ensuite légèrement chez les plus de 70 ans. L'utilisation de la marche dans un but utilitaire reste globalement stable jusqu'à l'âge de 50-55 ans puis augmente progressivement à partir de la catégorie d'âge des 55-60 ans (Figure 24).

L'utilisation du vélo pour se rendre au travail diminue progressivement avec l'âge, au contraire de sa pratique dans le cadre des loisirs. Pour les sujets de plus de 70 ans, la pratique du vélo diminue nettement pour l'ensemble des contextes d'utilisation (Figure 25) [54].

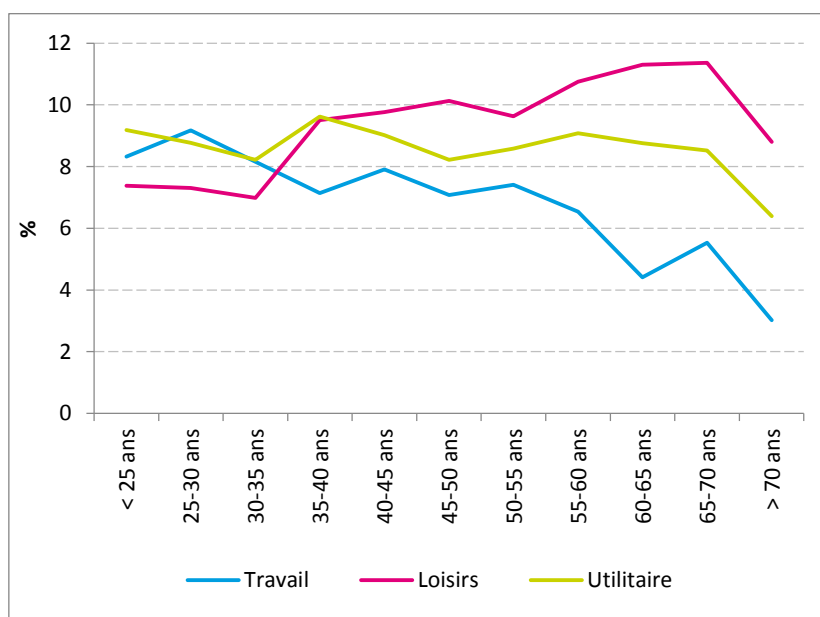
**Figure 24 - Pratique d'au moins 30 minutes par semaine de marche pour aller au travail\*, pour les loisirs ou pour les activités utilitaires, selon l'âge (en %)**



\* Seuls les travailleurs ont été analysés sur la marche pour aller au travail.

Source : Menai et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity (2015) 12:150

**Figure 25 - Pratique du vélo pour aller au travail\*, pour les loisirs ou pour les activités utilitaires, selon l'âge (en %)**



\* Seuls les travailleurs ont été analysés sur le vélo pour aller au travail.

Source : Menai et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity (2015) 12:150

# PATHOLOGIES ASSOCIÉES À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET À LA SÉDENTARITÉ

## Encadré 3 - Concepts épidémiologiques fondamentaux

- **Prévalence d'une pathologie**<sup>25</sup> : nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.
- **Taux de prévalence**<sup>25</sup> : nombre de personnes souffrant d'une maladie particulière à un moment donné, par population exposée au risque de cette maladie. Il est exprimé pour 1 000 personnes.
- **Incidence**<sup>25</sup> : nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population.
- **Taux d'incidence**<sup>25</sup> : nombre d'individus ayant contracté une maladie pour 1 000 personnes exposées au risque de cette maladie. Il se calcule en général pour une année.
- **Taux standardisé de mortalité (ou taux comparatif)**<sup>26</sup> : taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ou population-type). On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence.

## DIFFICULTÉS À LA MARCHÉ ET CHUTES

### À retenir

- L'activité physique est bénéfique pour la **souplesse**, l'**équilibre** et la **coordination**, et **réduit ainsi le risque de chutes**.
- L'**activité la plus fréquemment en cause lors d'un accident de la vie courante** au-delà de 65 ans est la **marche** (55%), cette proportion étant croissante en fonction de l'âge (près de 2/3 des accidents chez les plus de 80 ans).
- Les **chutes** représentent **85% des accidents de la vie courante** chez les 65 ans et plus, cette proportion étant croissante en fonction de l'âge.
- Les chutes sont plus **fréquentes chez les femmes que chez les hommes**.
- Plus de **20% des personnes de 55 à 85 ans sont tombés au cours des 12 derniers mois**.

Sources : Epac 2010 et Baromètre santé 2010

Les effets positifs de l'activité physique sur le plan neurologique, locomoteur et sur l'équilibre (plus particulièrement les exercices de renforcement musculaire des membres inférieurs), ont un rôle fondamental dans une possible prévention de la fragilité et surtout des chutes [21,23].

Plusieurs études épidémiologiques soulignent le lien entre un faible niveau d'activité physique et une augmentation du risque de chute à long terme [55]. Le paradoxe est que l'amélioration des facteurs de risque de chute (faibles performances motrices, manque d'équilibre, faiblesse musculaire) suppose une exposition au risque de chute en réalisant de l'activité physique [56]. Les mécanismes protecteurs impliqués sont l'amélioration de la force, de la coordination, de l'équilibre, facteurs qui réduisent le risque de chute et améliorent la qualité du tissu osseux [55].

Chez les personnes ayant fait une première chute, même en l'absence de gravité, la crainte de rechuter peut entraîner une appréhension à la marche, impliquant par conséquent une diminution du niveau d'activité physique, favorisant ainsi un risque de nouvelle chute. Ce cercle vicieux peut accélérer la perte progressive d'autonomie. Les chutes répétées, définies par la Haute autorité de santé (HAS) comme la survenue d'au moins deux chutes sur une période de 6 à 12 mois, concernent ainsi un Français sur deux âgé de 55 à 85 ans.

<sup>25</sup> Source : <https://www.ined.fr/>

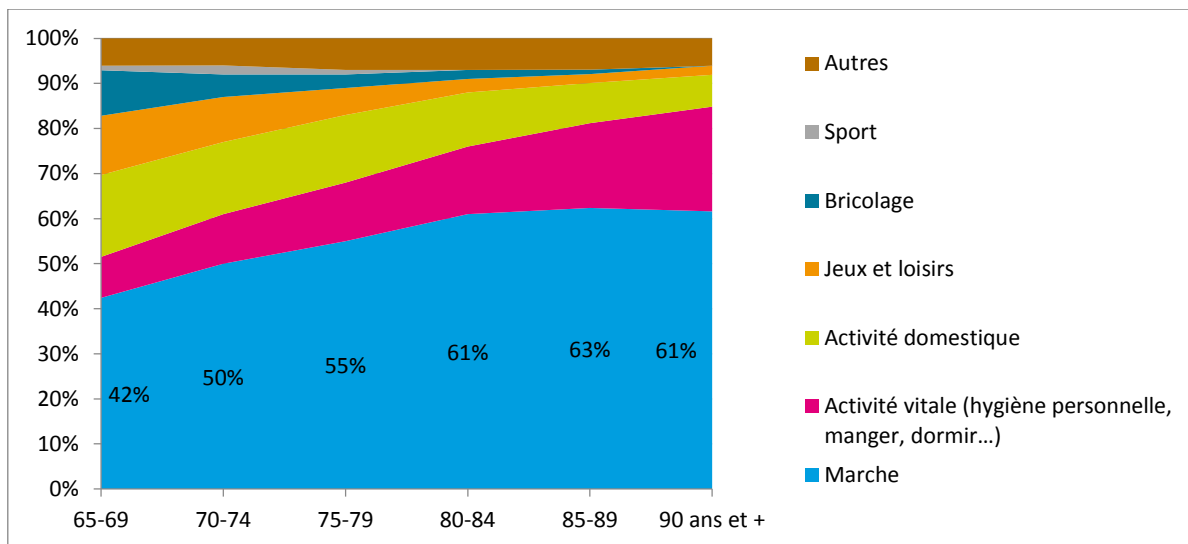
<sup>26</sup> Source : <http://www.cepidc.inserm.fr/>

## Enquête permanente sur les accidents de la vie courante

### Activité au moment de l'accident

Selon l'enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac) de Santé publique France, marcher constitue l'activité la plus fréquemment en cause lors de la survenue d'un accident de la vie courante (AcVC) au-delà de 65 ans (55% des accidents). Ces accidents dus à la marche sont plus fréquents chez les femmes (72% concernent les femmes et 28% les hommes). Cette proportion est croissante en fonction de l'âge : elle concerne 42% des AcVC chez les 65-69 ans et atteint presque 2/3 des AcVC chez les plus de 80 ans (Figure 26) [57].

**Figure 26 - Répartition des accidents de la vie courante chez les 65 ans et plus selon l'activité, par âge (en %)**

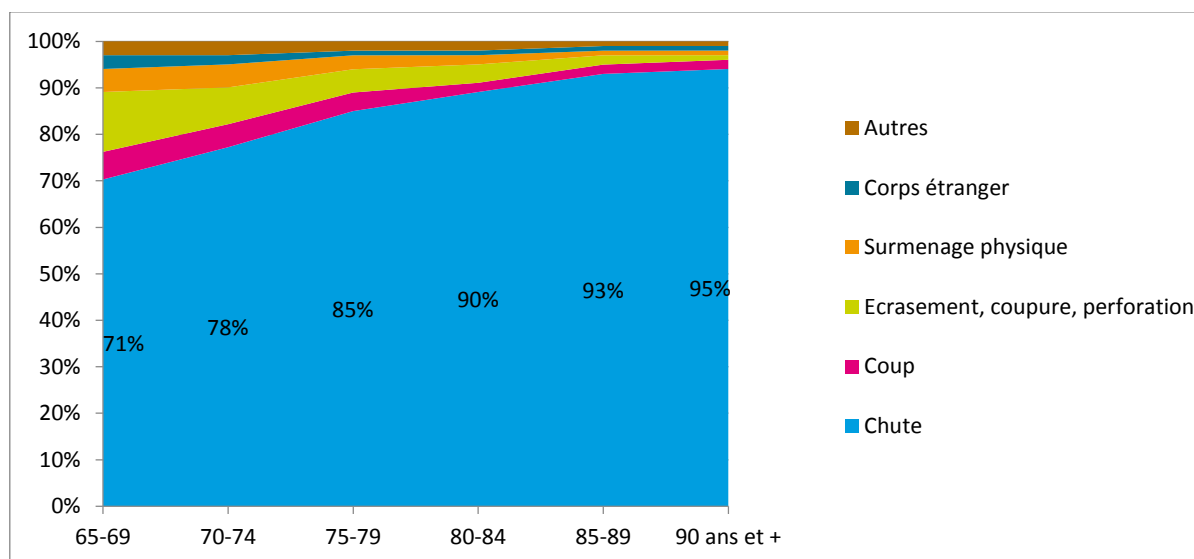


Source : Santé publique France (ex Institut de veille sanitaire (InVS)), Epac 2010, France

### Mécanisme de l'accident

Les chutes représentent 85% des AcVC chez les 65 ans et plus et constituent de très loin le mécanisme le plus fréquent à l'origine d'un AcVC. Elles sont plus fréquentes chez les femmes (71% des chutes concernent les femmes et 29% les hommes). Le pourcentage de chutes croît avec l'âge, passant de 71% des AcVC entre 65 et 69 ans à 95% à partir de 90 ans (Figure 27) [57].

**Figure 27 - Répartition des accidents de la vie courante chez les 65 ans et plus selon le mécanisme, par âge (en %)**



Source : Santé publique France (ex Institut de veille sanitaire), Epac 2010, France

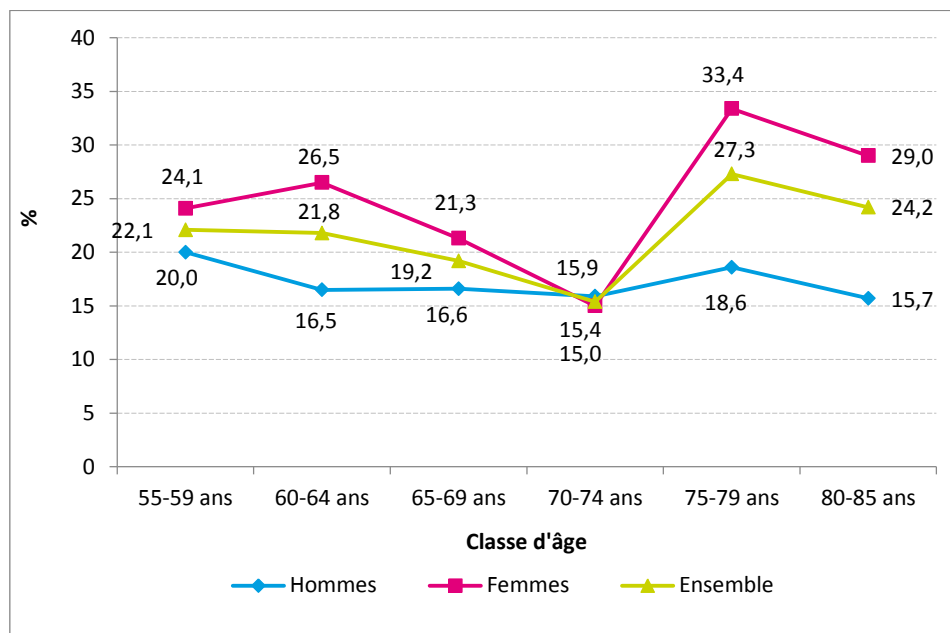
## Baromètre santé 2010

Selon le Baromètre santé de l'Inpes de 2010, 21,6% des personnes de 55 à 85 ans déclarent être tombées au cours des 12 derniers mois (25,1% des femmes et 17,4% des hommes) (Figure 28).

Parmi les personnes qui ont chuté, 1 sur 2 (51,3%) a chuté plus d'une fois au cours de l'année. Un cinquième (19,5%) des personnes déclarent limiter par la suite leurs déplacements par peur de retomber.

Dans 30% des cas, la chute est suivie d'une consultation médicale. Pour cette classe d'âge, 20% des sujets ont limité leurs déplacements par peur de retomber [58].

Figure 28 - Prévalence des chutes lors des 12 derniers mois parmi les 55-85 ans, selon le sexe et l'âge en 2010 (en %)



Source : Inpes, Baromètre santé 2010

## Cohorte Safes

Parmi les sujets de 75 ans et plus vivant au domicile et admis en hospitalisation après passage aux urgences inclus dans la cohorte française Safes (Sujets âges fragiles évaluation et suivi), 81% présentent des difficultés à la marche et 51% des troubles de l'équilibre [59].

## SURCHARGE PONDÉRALE ET OBÉSITÉ

### À retenir

- Les **comportements sédentaires et l'activité physique** sont des déterminants importants de la prévalence du surpoids et de l'obésité.
- La **prévalence de l'obésité** chez les adultes de 65 ans et plus est **plus élevée que celle des adultes tous âges** confondus, chez les hommes comme chez les femmes.
- Entre 1997 et 2012, cette **prévalence a fortement augmenté** (de 11,2% à 18,7%).
- La prévalence de **l'obésité** chez les 65 ans et plus **diffère peu selon le sexe**.
- La **prévalence du surpoids est plus importante chez les hommes que chez les femmes**.
- La prévalence de l'obésité **diminue avec l'âge à partir de 65 ans**.
- La **prévalence de l'obésité diffère selon les zones géographiques**, avec une prévalence plus élevée dans le nord que dans le sud de la France.

Sources : Enquêtes ObÉpi-Roche (1997 à 2012), INCA3 2014-2015 et Esteban 2015

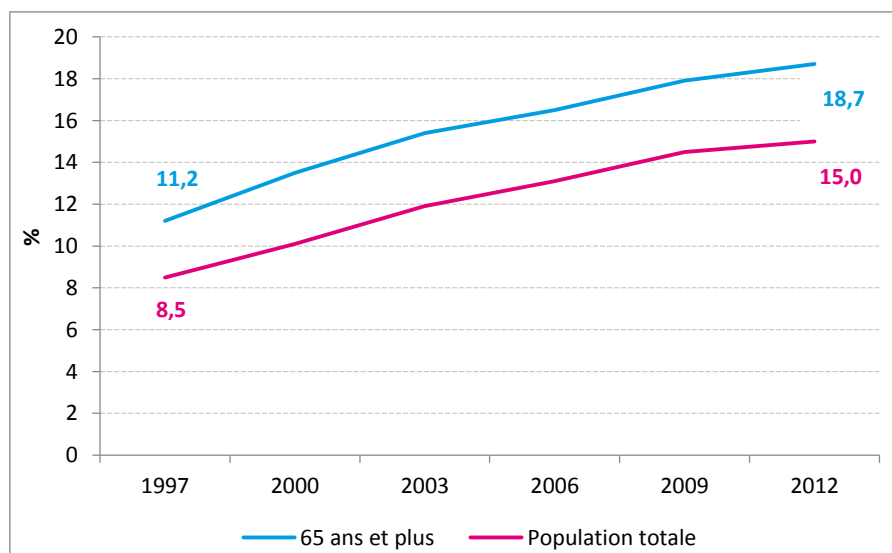
La surcharge pondérale comprend le surpoids (indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 25 kg/m<sup>2</sup>) et l'obésité (IMC égal ou supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>). La diminution de l'activité physique et l'augmentation des comportements sédentaires font partie des facteurs importants de l'augmentation du surpoids et de l'obésité, chez les enfants comme chez les adultes [60].

## Enquêtes ObÉpi-Roche

D'après l'enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité ObÉpi-Roche, en 2012, comme pour les années précédentes, la proportion de personnes au-dessus du seuil défini pour l'obésité chez l'adulte est plus élevée chez les 65 ans et plus (18,7%) que pour l'ensemble de la population adulte de 18 ans et plus (15,0%) (Figure 29). La proportion des 65 ans et plus en surpoids est également supérieure à celle de l'ensemble des adultes (41,2% contre 32,3%)<sup>27</sup>.

Comme pour l'ensemble de la population adulte, la proportion de personnes obèses n'a cessé d'augmenter depuis 1997, passant de 11,2% à 18,7% en 2012 (près de 2,1 millions de personnes obèses pour cette classe d'âge). Cette proportion est comparable chez les hommes (19,0%) et les femmes (18,4%). En revanche, 48,3% des hommes sont en surpoids contre 35,6% des femmes [61].

**Figure 29 - Évolution de la prévalence de l'obésité\* chez les 65 ans et plus et chez la population adulte de 18 ans et plus, entre 1997 et 2012 en France métropolitaine (en %)**



\*Déclarant un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>.

Sources : Inpes, Institut Roche, TNS Healthcare (Kantarhealth) (Enquête ObÉpi-Roche)

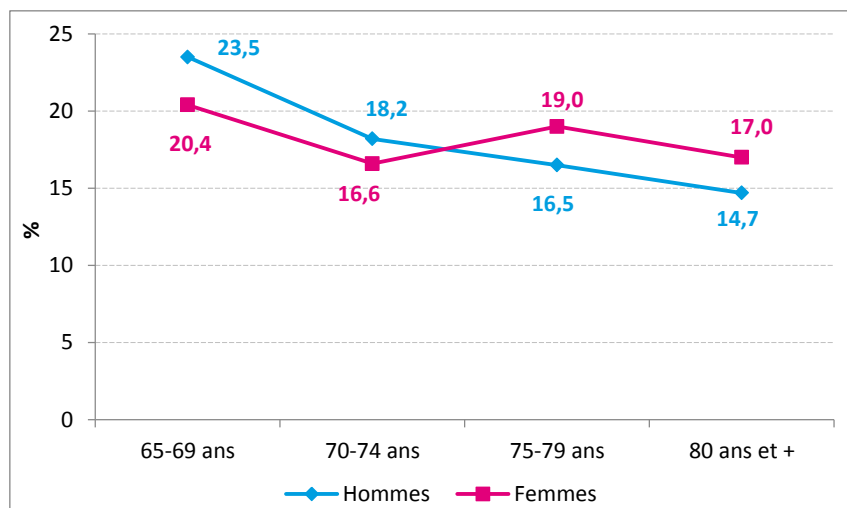
La prévalence de l'obésité diminue avec l'âge à partir de 65 ans : en 2012, elle est de 22% chez les 65-69 ans et de 16% chez les 80 ans et plus. Cette diminution est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (Figure 30).

Les régions où l'obésité des personnes âgées est la plus élevée sont l'Alsace (31,4%), la Picardie (30,9%), la Lorraine (24,8%), le Nord-Pas-de-Calais (24,7%) et la Haute-Normandie (24,5%).

Comme dans la population générale, la prévalence de l'obésité est inversement proportionnelle aux niveaux de revenus.

<sup>27</sup> À noter que l'interprétation de l'IMC chez les personnes âgées doit tenir compte de la diminution de la taille liée à l'ostéoporose, surtout chez les femmes.

**Figure 30 - Prévalence de l'obésité en fonction du sexe et de l'âge de la population âgée de 65 ans et plus, en 2012 (en %)**



Sources : Inpes, Institut Roche, TNS Healthcare (Kantarhealth) (Enquête ObÉpi-Roche)

### Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3)

D'après l'étude INCA3, chez les hommes comme chez les femmes, la prévalence du surpoids comme de l'obésité est plus élevée chez les 65-79 ans que chez les adultes tous âges. Pour cette classe d'âge des 65-79 ans, la prévalence du surpoids est plus importante chez les hommes (46%) que chez les femmes (34%), comme observé chez les adultes tous âges (38% contre 26%). La prévalence de l'obésité est en revanche équivalente entre les hommes (27%) et les femmes (26%). La surcharge pondérale (incluant surpoids et obésité) s'élève à 67% (73% chez les hommes et à 61% chez les femmes âgés de 65 à 79 ans) (Tableau 19) [28].

**Tableau 19 - Prévalences du surpoids, de l'obésité et de la surcharge pondérale chez les adultes de 65 à 79 ans et de 18 à 79 ans selon le sexe, en 2014-2015 (en %)**

		65-79 ans	Tous âges (18-79 ans)
<b>Hommes</b>	Surpoids	46,4	38,2
	Obésité	27,0	16,4
	Surcharge pondérale	73,4	54,6
<b>Femmes</b>	Surpoids	34,4	29,5
	Obésité	26,4	17,6
	Surcharge pondérale	60,8	47,1
<b>Ensemble</b>	Surpoids	39,9	33,7
	Obésité	26,7	17,0
	Surcharge pondérale	66,6	50,7

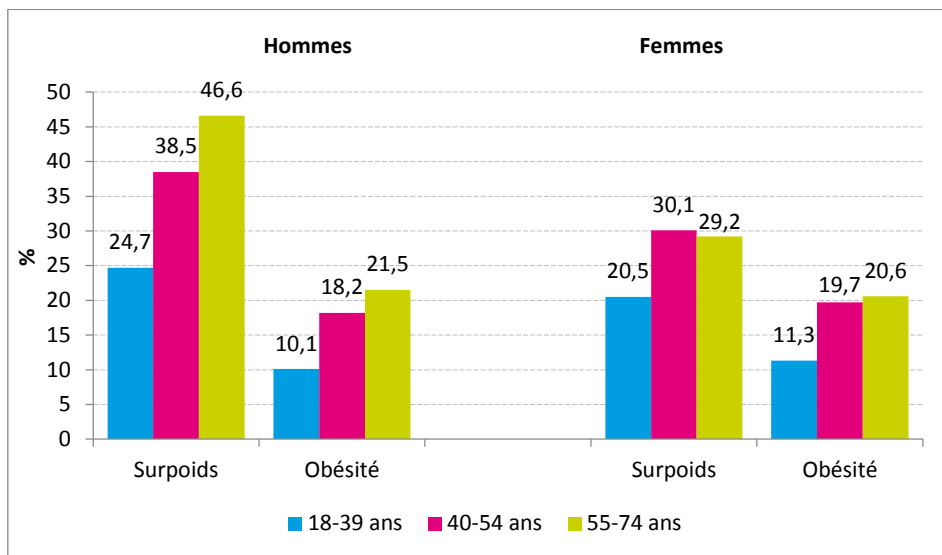
Source : Étude INCA3, 2014-2015, traitement Anses

### Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban)

D'après l'étude Esteban, la prévalence de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) augmente avec l'avancée en âge, avec cependant une stabilisation dès 40 ans chez les femmes. Elle atteint 68,1% des hommes et 49,8% des femmes de 55-74 ans. La prévalence de l'obésité chez les 55-74 ans s'élève à 21,5% chez les hommes et 20,6% chez les femmes (Figure 31) [27].



Figure 31 - Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon l'âge et le sexe, en 2014-2015 (en %)



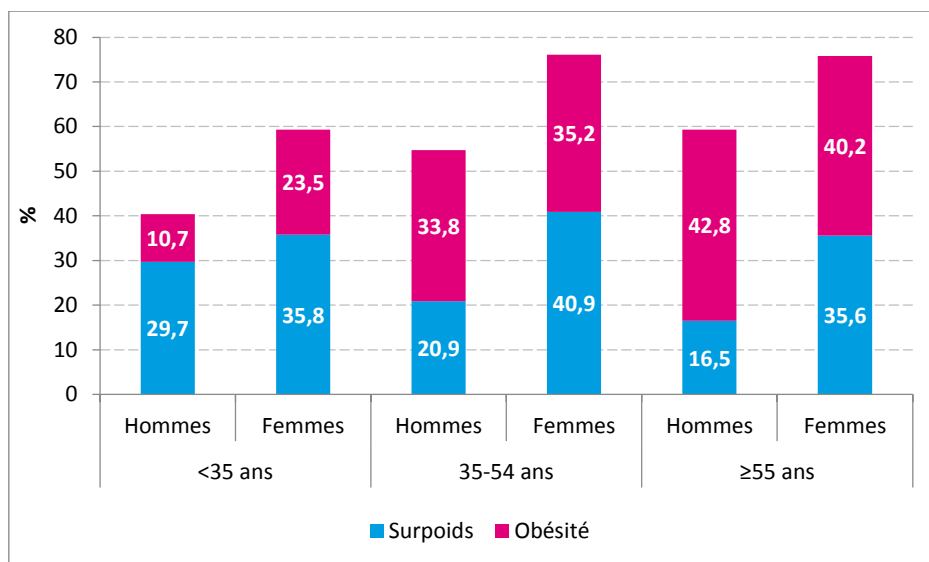
Source : Étude Esteban, 2015, traitement Santé publique France

## SURCHARGE PONDÉRALE, OBÉSITÉ ET INÉGALITÉS SOCIALES

### Étude Abena

En 2011-2012, chez les bénéficiaires de l'aide alimentaire<sup>28</sup> inclus dans l'étude Abena, un effet de l'âge est observé, avec des prévalences de l'obésité et du surpoids plus importantes dans la catégorie de personnes les plus âgées (55 ans et plus). Pour cette catégorie d'âge, la prévalence de l'obésité est comparable entre hommes (42,8%) et femmes (40,2%), mais la prévalence de la surcharge pondérale est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (75,8% contre 59,3%), comme pour les autres catégories d'âge (Figure 32) [62].

Figure 32 - Surpoids et obésité selon le sexe et l'âge en 2011-2012 chez les bénéficiaires de l'aide alimentaires (en %)



Source : Étude Abena 2011-2012

<sup>28</sup> Personnes fréquentant les centres de distributions d'aide alimentaire localisés dans six territoires : Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine. En pratique, peuvent prétendre à l'aide alimentaire toutes les personnes relevant des minima sociaux.

### Effets de l'activité physique et de la sédentarité sur les pathologies chroniques

#### À retenir

- La **sédentarité** et l'**obésité** sont des **facteurs de risque** des cardiopathies ischémiques. Le **risque de coronaropathie diminue** chez les hommes comme chez les femmes ayant une activité physique d'intensité modérée ou élevée comparativement aux personnes du même sexe ayant une faible activité physique. Selon le sexe, le niveau d'activité physique ou le type d'activité, **ce risque diminue de 9 à 29%**.
- Il existe un **lien statistique** entre une **activité physique faible** et le **risque d'accident vasculaire cérébral**. L'activité physique **réduit l'incidence** d'accident vasculaire cérébral **de 25%**.
- La **sédentarité**, le surpoids et l'**obésité augmentent le risque** de développer un diabète de type 2. L'**activité physique** (le plus souvent associée à un régime) est **efficace pour prévenir** l'apparition du diabète de type 2 chez des sujets à risque (-58%). La **prévalence** de la maladie augmente avec l'âge pour atteindre un **pic entre 75 et 79 ans**.
- La **surcharge pondérale** et l'**inactivité physique** constituent des **facteurs de risque de cancer du sein, du colon, de l'endomètre**. L'**activité physique** a quant à elle un effet **préventif**.
- Le **surpoids et l'obésité** augmentent le **risque de cancer colorectal** et de **cancer de l'endomètre** tandis que l'**activité physique** est associée à une **diminution du risque de ces deux cancers** (de l'ordre de 25% et 30% respectivement) ainsi que du **cancer du sein** (de l'ordre de 25%).
- La **pratique régulière d'activité physique** serait associée à une **diminution de l'incidence** de la maladie de Parkinson. L'**inactivité physique en augmenterait quant à elle les risques**.

Sources : Inserm, Anses

#### Liens avec les cardiopathies ischémiques

Les cardiopathies ischémiques ou maladies coronariennes regroupent l'ensemble des troubles engendrés par la souffrance du muscle cardiaque lorsqu'il est privé d'oxygène, en raison de l'obstruction plus ou moins complète d'une ou plusieurs artères coronaires. Selon l'importance, la brutalité et la durée de la privation d'oxygène, la souffrance du myocarde se manifeste de différentes façons : douleurs d'angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde, atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Les principaux facteurs de risque sont 1) des facteurs non modifiables : l'âge, le sexe masculin, les antécédents familiaux et 2) des facteurs modifiables : le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, l'hypertension artérielle, le stress et l'inactivité physique.

L'expertise collective de 2008 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [4] rapporte qu'il existe, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, une relation inverse entre l'intensité de l'activité physique et l'incidence des trois principales maladies cardiovasculaires athéromateuses (coronaropathies athéromateuses, cardiopathie ischémique et artériopathie des membres inférieurs) ainsi qu'une relation directe entre le temps de sédentarité et l'incidence des pathologies cardiovasculaires. Le niveau de capacité physique est un facteur prédictif indépendant de mortalité et de morbidité cardiovasculaire, même chez le sujet âgé.

Une méta-analyse [63], réalisée à partir de 21 études prospectives de cohortes, a montré que le risque de coronaropathie diminue respectivement de 15% et 21% chez les hommes qui pratiquent des activités de loisirs d'intensités modérées (entre 3 et 6 METs (Metabolic equivalent task<sup>29</sup>)) et élevées (supérieures à 6 METs), comparativement à des populations à faible activité (inférieure à 3 METs). Chez les femmes, les réductions observées du risque de pathologie coronarienne sont de 22% et 29%. L'activité physique au travail aurait des effets protecteurs moins importants que l'activité physique de loisirs ; les auteurs n'observent qu'une

<sup>29</sup> Se référer au chapitre Définitions essentielles.

réduction de 13 et 9%. Chez les femmes, le niveau de protection de l'activité physique au travail semble être plus élevé, estimé à respectivement 25% et 20%.

Par ailleurs, plusieurs études mettent en évidence les effets positifs de l'activité physique sur la réduction de chacun des facteurs de risque modifiables, la prévention des maladies cardiovasculaires, et l'amélioration de la santé des patients atteints de maladies cardiovasculaires [64].

Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années dans la prise en charge des malades. Ces progrès ont permis une amélioration significative du pronostic vital et fonctionnel des patients, et ont contribué à la réduction du nombre de récurrences. Néanmoins, la prévention primaire des cardiopathies ischémiques n'en demeure pas moins essentielle, avec comme cibles prioritaires le tabagisme actif ou passif, la nutrition et la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité et, de façon liée, le surpoids et l'obésité.

### Liens avec les maladies vasculaires cérébrales

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Elles se manifestent le plus souvent sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), de nature ischémique (résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'une artère) ou liés à une hémorragie. Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale, une proportion importante de survivants gardant des séquelles, parfois très invalidantes (déficiences motrices, sensitives, sensorielles, troubles cognitifs).

Le principal facteur de risque d'AVC est l'hypertension artérielle. Outre certaines maladies cardiaques facteurs d'embolie (comme la fibrillation auriculaire), le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, ainsi que la contraception orale ou le traitement hormonal substitutif chez les femmes favorisent également la survenue d'AVC.

Concernant la prévention primaire, il existe un lien statistique entre une activité physique faible et le risque d'AVC. De plus, la capacité aérobie (capacité en endurance mesurée par la consommation maximale d'oxygène (VO<sub>2</sub> max)) est un bon facteur pronostique d'un tel accident. L'activité physique réduit l'incidence d'AVC de 25% [65,66]. Plusieurs études mettent en évidence les effets positifs de l'activité physique sur la prévention des pathologies vasculaires cérébrales [64].

### Liens avec le diabète de type 2

Le diabète correspond à une élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie). Dans le cas du diabète de type 2, ce phénomène provoqué par une perturbation du métabolisme glucidique apparaît progressivement et insidieusement. Au cours de son évolution, le diabète de type 2 peut engendrer de graves complications touchant le cœur, les vaisseaux, les yeux, les reins et les nerfs. Toutefois, un bon contrôle de la maladie peut permettre de réduire considérablement les risques de complications.

Outre l'existence d'une prédisposition génétique, l'apparition de la maladie est principalement liée à l'alimentation et à l'insuffisance d'activité physique, favorisant le surpoids et l'obésité.

Il existe des liens épidémiologiques bien établis entre l'insuffisance d'activité physique et l'existence d'un diabète de type 2. L'activité physique (le plus souvent associée à un régime) est efficace pour prévenir l'apparition du diabète de type 2 chez des sujets à risque, avec une diminution de moitié en moyenne de son incidence. Ainsi, dans une population de patients non diabétiques mais avec une intolérance au glucose, l'activité physique réduit de 58% le risque de survenue d'un diabète, alors qu'un traitement médicamenteux ne le diminue que de 31%. La réduction de l'incidence du diabète peut aller jusqu'à 65% si le niveau d'activité physique est important [4]. La sédentarité constitue un facteur de risque de développer un diabète de type 2, indépendamment de la pratique d'activité physique (plus 14% pour 2 heures passées quotidiennement devant la télévision) [67].

Enfin, l'incidence et la prévalence de la maladie augmente avec l'âge. La prévalence du diabète traité pharmacologiquement dans la population reste inférieure à 5% avant 55 ans puis augmente avec l'avancée en âge pour atteindre un pic à plus de 17% entre 75 et 79 ans [68].

### Liens avec le cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en termes d'incidence chez la femme en France. En 2015, selon les projections d'incidence par cancer en France, il représente 31% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins.

Outre la prédisposition génétique, l'exposition aux œstrogènes ou la consommation d'alcool, d'autres facteurs jouent également un rôle dans l'apparition ou la prévention du cancer du sein. Ainsi, la surcharge pondérale et l'inactivité physique constituent des facteurs de risque de cancer du sein [69-71], alors que l'activité physique a un effet préventif (diminution du risque de cancer du sein de l'ordre de 25% chez les plus actifs en comparaison des moins actifs) [72,73].

### Liens avec le cancer colorectal

La très grande majorité (>95%) des cancers touchant le côlon et le rectum sont des adénocarcinomes, c'est-à-dire des tumeurs malignes qui touchent le tissu glandulaire de la muqueuse colorectale. Ces cancers se développent, dans 60 à 80% des cas, à partir d'un adénome (tumeur bénigne appelée aussi polype adénomateux).

Certains facteurs de risque sont bien établis, comme l'âge et les antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer colorectal, de maladie inflammatoire de l'intestin, de polypose adénomateuse ou de syndrome de Lynch. La prévention primaire du cancer colorectal reste importante, celle-ci passant notamment par la modification des habitudes de vie. Les consommations de viandes rouges et de charcuteries, d'alcool et de tabac, ainsi que le surpoids et l'obésité sont des facteurs établis augmentant le risque de cancer colorectal. À l'inverse, la consommation d'aliments contenant des fibres, ainsi que la pratique de l'activité physique constituent des facteurs protecteurs convaincants [74]. L'activité physique est associée à une diminution du risque de cancer du côlon de l'ordre de 25% chez les sujets les plus actifs en comparaison des moins actifs [75].

### Liens avec la maladie de Parkinson

La maladie de Parkinson est une maladie chronique neurodégénérative touchant le système nerveux central. Elle se caractérise par un tremblement de repos, une hypertonie musculaire et une lenteur à l'initiation des mouvements avec une tendance à l'immobilité. Les symptômes sont dus à une disparition des neurones dopaminergiques au niveau de la substance noire probablement liée à une interaction entre l'environnement et des facteurs génétiques. Les personnes âgées sont la population la plus touchée par cette maladie avec un pic de fréquence autour de 70 ans. La pratique régulière d'activité physique serait associée à une diminution de l'incidence de la maladie de Parkinson, alors que l'inactivité augmenterait les risques pour cette pathologie [60,76]. L'effet de la sédentarité sur le risque d'apparition des pathologies neurodégénératives a été peu étudié et les données ne permettent pas à ce jour de conclure.

---

## Cardiopathies ischémiques

---

### À retenir

- Le nombre de décès attribués à des cardiopathies ischémiques chez les 65 ans et plus s'élève à plus de **29 000 décès par an**. Les 65 ans et plus représentent 86% de l'ensemble des décès par cardiopathies ischémiques.
- L'âge moyen des personnes admises en ALD pour cardiopathie ischémique est de 72 ans.
- Le nombre d'admissions en ALD pour cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus s'élève à près de **73 000 par an**. Les 65 ans et plus représentent 60% des admissions pour cette ALD.
- Le taux standardisé d'admission en ALD pour cardiopathies ischémiques chez les 65 ans et plus est en **augmentation** entre 2007 et 2013. Il est **plus élevé chez les hommes que chez les femmes**.

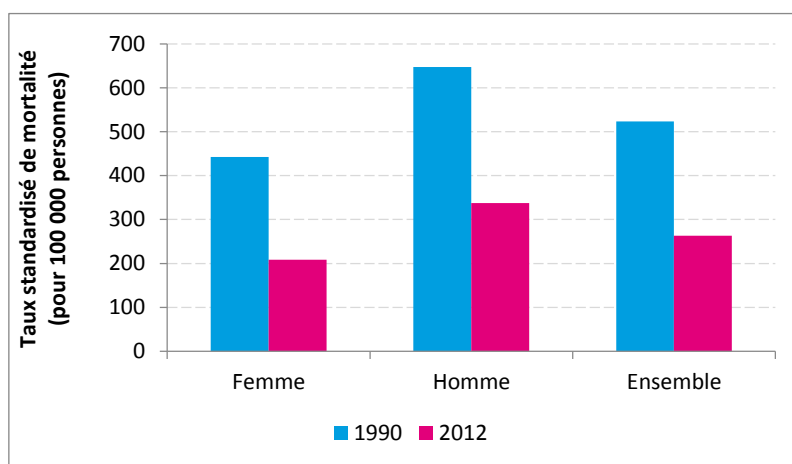
Sources : Inserm-CépiDc ; Cnamts, CCMSA, CNRSI ; Insee

### Mortalité par cardiopathie ischémique (Inserm)

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 34 074 décès attribués à des cardiopathies ischémiques, 86% concernent les 65 ans et plus, soit 29 410 décès. Cette proportion s'élève à 81% chez les hommes et à 94% chez les femmes. Plus de la moitié des décès des 65 ans et plus concernent les hommes (54%), soit 15 955 décès (contre 13 455 décès chez les femmes).

Entre 1990 et 2012, le taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de moitié chez les 65 ans et plus en France métropolitaine, passant de 523 pour 100 000 personnes en 1990 à 263 en 2012 (209 pour 100 000 femmes et 338 pour 100 000 hommes). Cette baisse est un peu plus marquée chez les femmes que chez les hommes (-53% contre -48%) (Figure 33).

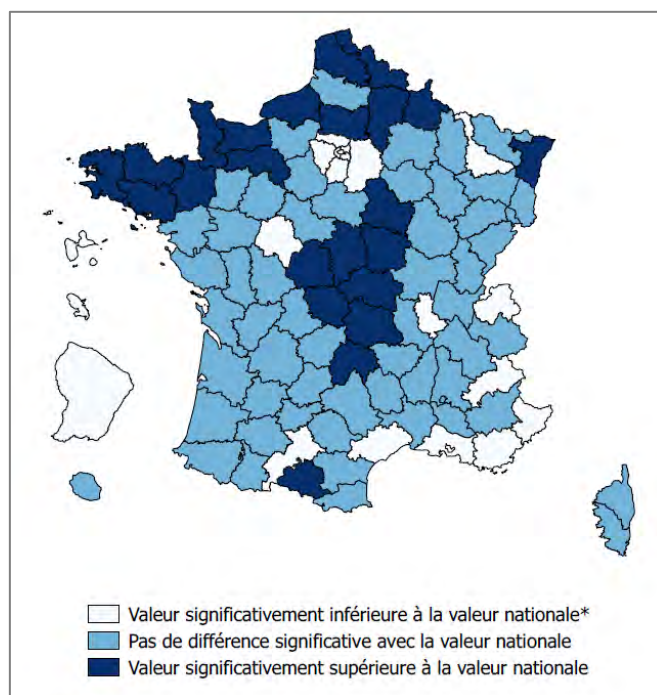
**Figure 33 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus entre 1990 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**



Sources : Inserm-CépiDc

Vingt-trois départements présentent un taux de mortalité significativement supérieur au taux national. La majorité se situe dans le nord, le nord-ouest et le centre de la France. Vingt et un départements présentent un taux de mortalité significativement inférieur au taux national, majoritairement en Ile-de-France et dans le sud-est de la France, en bordure de la Méditerranée (Carte 5). Ce taux s'échelonne de 102 pour 100 000 habitants (en Guyane) à 408 pour 100 000 (en Creuse).

**Carte 5 - Taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en 2012, chez les 65 ans et plus  
(pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 263 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Inserm-CépiDc ; carte : Onaps

#### **Admissions en affection de longue durée pour cardiopathie ischémique (Cnamts, CCMSA, CNRSI)**

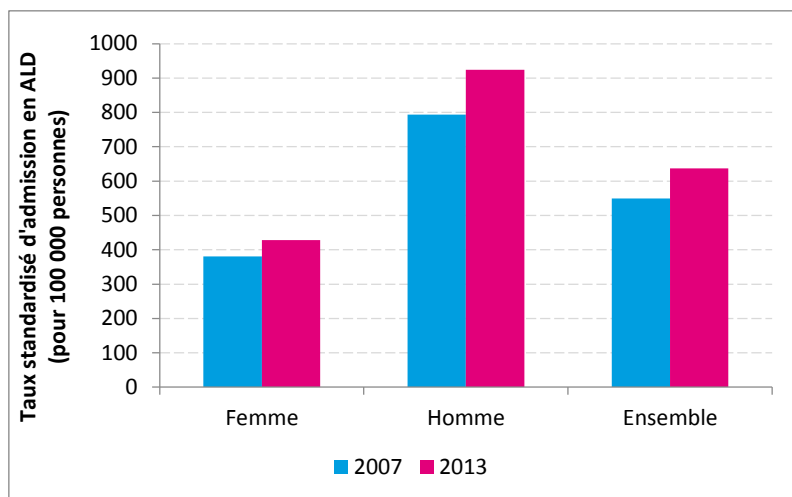
L'âge moyen des personnes admises dans le dispositif des affections de longue durée pour cardiopathie ischémique (ALD n°13) est de 72 ans en 2015.

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 122 631 admissions par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie<sup>30</sup> en ALD pour cardiopathie ischémique, 60% concernent les 65 ans et plus, soit 72 910 admissions. Cette proportion s'élève à 53% chez les hommes et à 74% chez les femmes. Environ 62% des admissions chez les 65 ans et plus concernent les hommes, soit 44 969 admissions (contre 27 941 admissions chez les femmes).

Entre 2007 et 2013, le taux standardisé d'admission en ALD pour cardiopathie ischémique a augmenté de 14% chez les 65 ans et plus en France métropolitaine, passant de 550 pour 100 000 personnes en 2007 à 637 en 2013 (428 pour 100 000 femmes et 924 pour 100 000 hommes). Cette augmentation est un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes (+14% contre +11%) (Figure 34).

<sup>30</sup> Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Régime des indépendants, Mutualité sociale agricole.

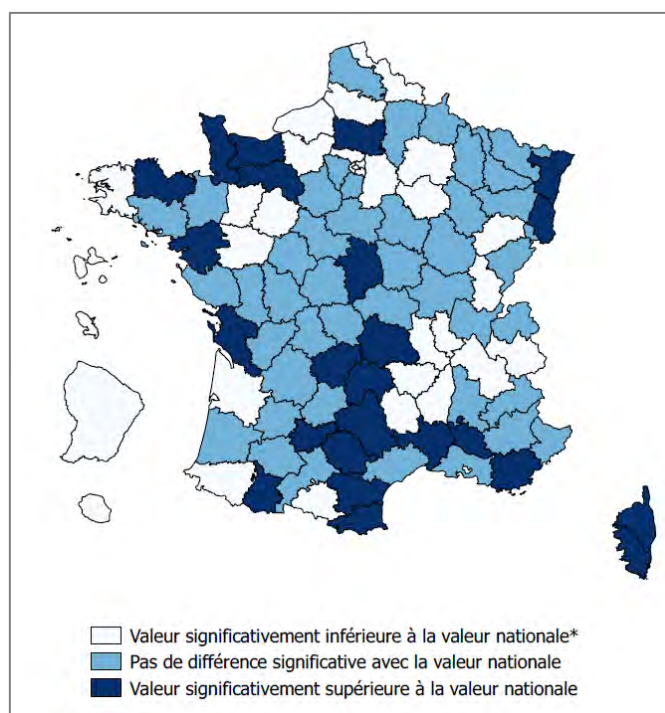
**Figure 34 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

En 2013, le taux standardisé d'admission en ALD chez les plus de 65 ans pour cardiopathie ischémique s'échelonne de 244 (en Guadeloupe) à 943 (en Haute-Corse). Vingt-quatre départements présentent un taux d'admission significativement supérieur au taux national (Carte 6).

**Carte 6 - Taux standardisé d'ALD pour cardiopathie ischémique en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 637 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors ; carte : Onaps

### À retenir

- Le nombre de décès attribués à des maladies vasculaires cérébrales chez les 65 ans et plus s'élève à près de **30 000 décès par an**. Les 65 ans et plus représentent 92% de l'ensemble des décès par maladies vasculaires cérébrales.
- L'âge moyen des personnes admises en ALD pour maladie vasculaire cérébrale est de 70 ans.
- Le nombre d'admissions en ALD pour maladie vasculaire cérébrale chez les 65 ans et plus s'élève à plus de **47 000 par an**. Les 65 ans et plus représentent 71% des admissions pour cette ALD.
- Le taux standardisé d'admission en ALD pour maladies vasculaires cérébrales chez les 65 ans et plus est **en augmentation** entre 2007 et 2013. Il est **plus élevé chez les hommes que chez les femmes**.

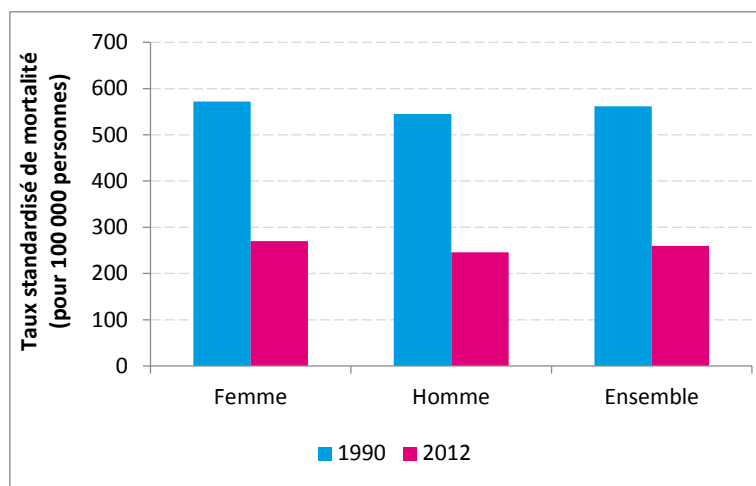
Sources : Inserm-CépiDc ; Cnamts, CCMSA, CNRSI ; Insee

### Mortalité par maladie vasculaire cérébrale (Inserm)

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 32 659 décès attribués à des maladies vasculaires cérébrales, 92% concernent les 65 ans et plus, soit 29 908 décès. Cette proportion s'élève à 87% chez les hommes et à 95% chez les femmes. Environ 40% des décès des 65 ans et plus concernent les hommes, soit 11 840 décès (contre 18 068 décès chez les femmes).

Entre 1990 et 2012, le taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale a diminué de plus de moitié chez les 65 ans et plus en France métropolitaine, tant chez les hommes que chez les femmes, passant de 561 pour 100 000 personnes en 1990 à 260 en 2012 (270 pour 100 000 femmes et 246 pour 100 000 hommes) (Figure 35).

**Figure 35 - Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale chez les 65 ans et plus entre 1990 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**

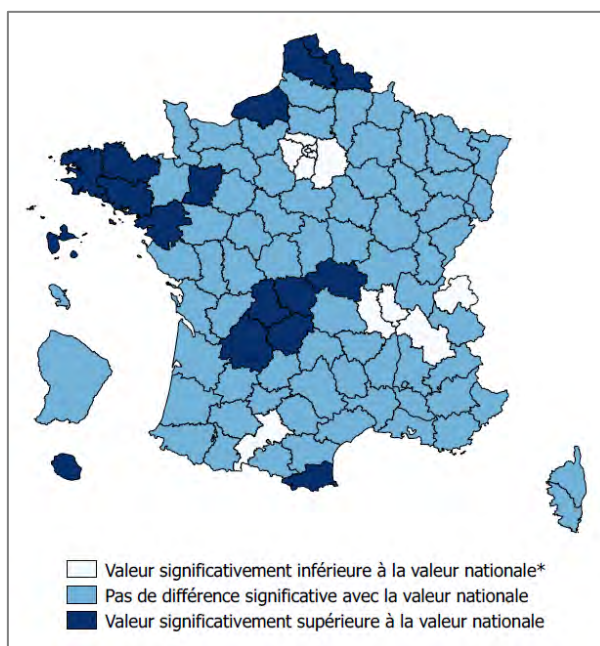


Sources : Inserm-CépiDc

Seize départements présentent un taux de mortalité significativement supérieur au taux national, situés notamment en Bretagne, dans le Nord-Pas de Calais, dans l'ex région Limousin et dans certains départements d'outre-mer (DOM) (Réunion et Guadeloupe). Treize départements présentent un taux de mortalité significativement inférieur au taux national, majoritairement en Ile-de-France et dans plusieurs départements de l'ex région Rhône-Alpes (Carte 7). Ce taux s'échelonne de 189 pour 100 000 habitants (à Paris) à 352 pour 100 000 (à la Réunion).



**Carte 7 - Taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en 2012, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 260 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Inserm-CépiDc ; carte : Onaps

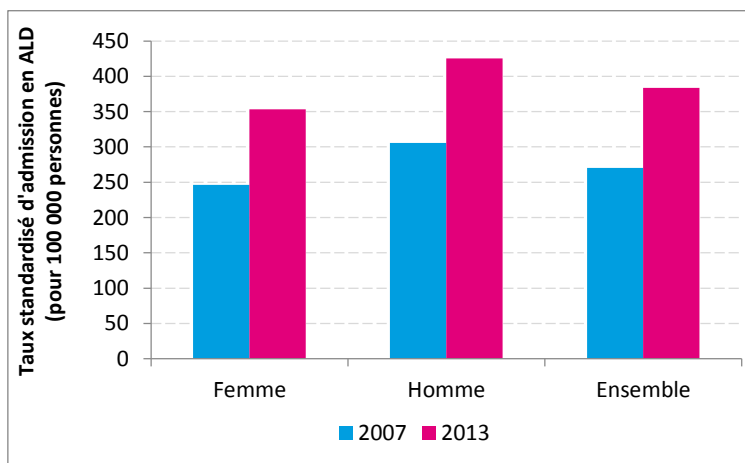
#### Admissions en ALD pour maladie vasculaire cérébrale (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

L'âge moyen des personnes admises dans le dispositif des affections de longue durée pour maladie vasculaire cérébrale (ALD n°1) est de 70 ans en 2015.

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 66 169 admissions par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en ALD pour maladie vasculaire cérébrale, 71% concernent les 65 ans et plus, soit 47 238 admissions. Cette proportion s'élève à 65% chez les hommes et à 78% chez les femmes. Un peu moins de la moitié (47%) des admissions chez les 65 ans et plus concernent les hommes, soit 22 226 admissions (contre 25 012 admissions chez les femmes).

Entre 2007 et 2013, le taux standardisé d'admission en ALD pour maladie vasculaire cérébrale a augmenté de 30% chez les 65 ans et plus en France métropolitaine, passant de 271 pour 100 000 personnes en 2007 à 384 en 2013 (353 pour 100 000 femmes et 425 pour 100 000 hommes). Cette augmentation concerne aussi bien les hommes que les femmes (respectivement + 28% et + 30%) (Figure 36).

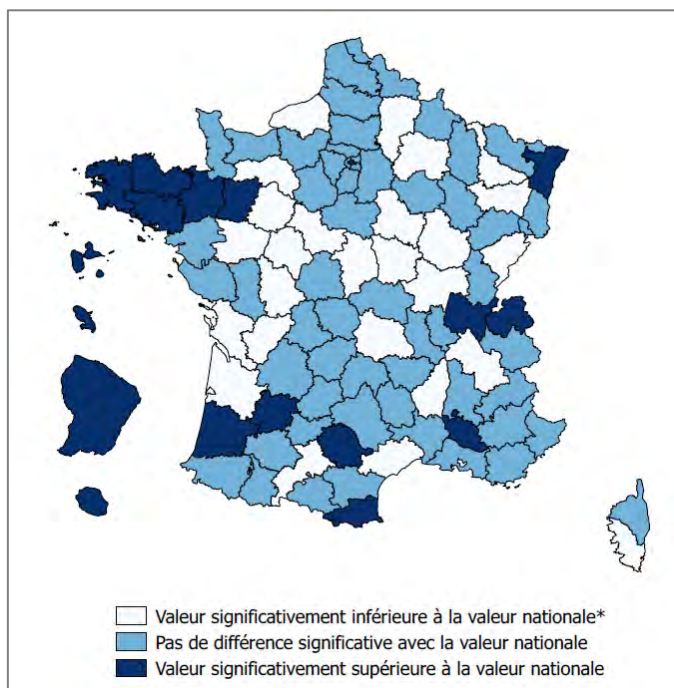
**Figure 36 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladie vasculaire cérébrale chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

En 2013, le taux standardisé d'admission en ALD chez les plus de 65 ans pour maladie vasculaire cérébrale s'échelonne de 272 (en Saône-et-Loire) à 614 (en Guyane). Dix-huit départements présentent un taux d'admission significativement supérieur au taux national, notamment dans les DOM, en Bretagne et dans quelques départements du Sud et de l'Est de la France (Carte 8).

**Carte 8 - Taux standardisé d'ALD pour maladie vasculaire cérébrale en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 384 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors ; carte : Onaps

## Diabète de type 2

### À retenir

- La prévalence du diabète traité pharmacologiquement augmente avec l'avancée en âge pour atteindre un pic à plus de 17% entre 75 et 79 ans.
- La prévalence du diabète est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.
- L'âge moyen des personnes admises en ALD pour diabète est de 66 ans.
- Le nombre d'admissions en ALD pour diabète de type 2 chez les 65 ans et plus s'élève à plus de **102 000 par an**. Les 65 ans et plus représentent 45% des admissions pour cette ALD.
- Le taux standardisé d'admission en ALD pour diabète de type 2 chez les 65 ans et plus est **plus élevé chez les hommes que chez les femmes**.
- Ce taux est **en augmentation** entre 2007 et 2013. Il est **plus élevé chez les hommes que chez les femmes**.

Source : Sniiram ; Cnamts, CCMSA, CNRSI ; Insee

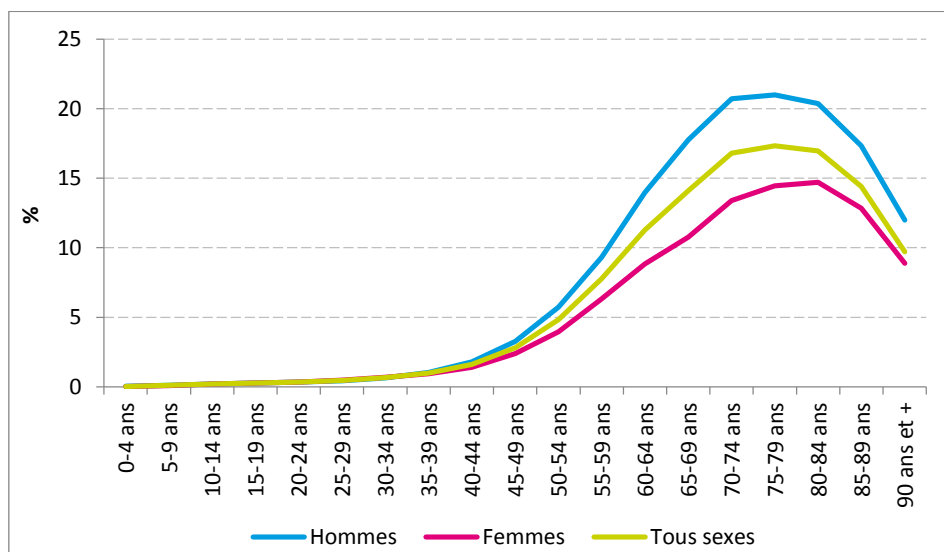
### Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types de diabète)<sup>31</sup>

Selon les estimations réalisées par Santé publique France à partir des données disponibles dans le système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) [68], en France, si la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée à 5% de la population tous âges en 2015, elle reste inférieure à 5% avant 55 ans puis augmente avec l'avancée en âge pour atteindre un pic à 17,3% entre 75 et 79 ans et diminuer ensuite. À structure d'âge identique, la prévalence du diabète est plus élevée chez les hommes que

<sup>31</sup> Le diabète de type 2 touche plus de 90% des diabétiques.

chez les femmes. Elle atteint plus de 20% entre 70 et 84 ans chez les hommes et près de 15% entre 75 et 84 ans chez les femmes (Figure 37).

**Figure 37 - Répartition par âge et par sexe de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015 (en %)**



Sources : Sniiram-DCIR (Cnamts) - Exploitation Santé publique France

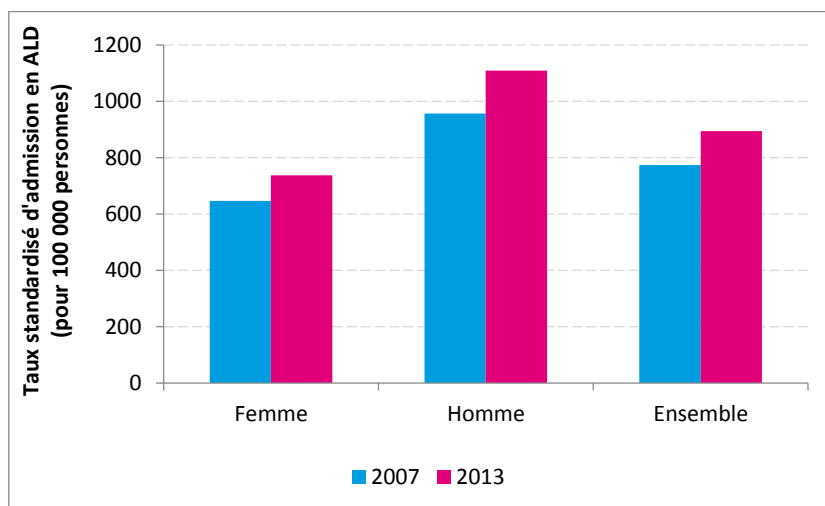
#### Admissions en ALD pour diabète (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

L'âge moyen des personnes admises dans le dispositif des affections de longue durée pour diabète de type 1 ou 2 (ALD n°8) est de 66 ans en 2015.

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 228 143 admissions par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en ALD pour diabète de type 2, 45% concernent les 65 ans et plus, soit 102 454 admissions. Cette proportion s'élève à 42% chez les hommes et à 49% chez les femmes. Un peu plus de la moitié (52%) des admissions chez les 65 ans et plus concernent les hommes, soit 53 471 admissions (contre 48 983 admissions chez les femmes).

Entre 2007 et 2013, le taux standardisé d'admission en ALD pour diabète de type 2 a augmenté de 14% chez les 65 ans et plus en France métropolitaine, passant de 773 pour 100 000 personnes en 2007 à 894 en 2013 (738 pour 100 000 femmes et 1 109 pour 100 000 hommes). Cette augmentation concerne aussi bien les hommes que les femmes (respectivement + 14% et + 12%) (Figure 38).

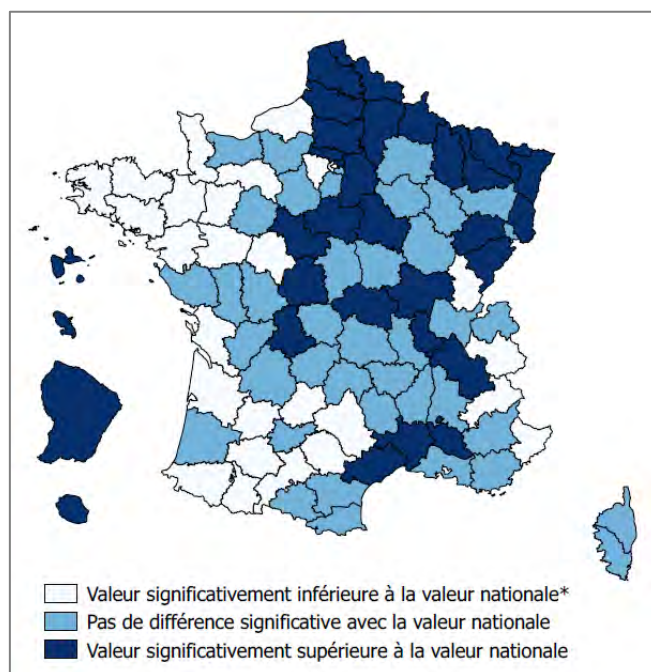
**Figure 38 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour diabète de type 2 chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

En 2013, le taux standardisé d'admission en ALD chez les plus de 65 ans pour diabète de type 2 s'échelonne de 618 (dans les Côtes-d'Armor) à 1 466 (en Guyane). Trente-deux départements présentent un taux d'admission significativement supérieur au taux national, la majorité situés dans les DOM et dans le quart Nord-Est de la France (notamment Nord-Pas-de-Calais, Alsace-Lorraine, une partie de la région Centre-Val de Loire et de la Franche-Comté) (Carte 9).

**Carte 9 - Taux standardisé d'ALD pour diabète de type 2 en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 894 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors ; carte : Onaps

## Cancer du sein

### À retenir

- Le nombre de décès par cancer du sein chez les femmes de 65 ans et plus s'élève à plus de **8 000 décès par an**. Les 65 ans et plus représentent 67% de l'ensemble des décès par cancer du sein.
- L'âge moyen des personnes admises en ALD pour cancer du sein est de 66 ans.
- Le nombre d'admissions en ALD pour cancer du sein chez les femmes de 65 ans et plus s'élève à plus de **27 000 par an**. Les 65 ans et plus représentent 44% des admissions pour cette ALD.
- Le taux standardisé d'admission en ALD pour cancer du sein chez les femmes de 65 ans et plus est en **diminution** entre 2007 et 2013.

Sources : Inserm-CépiDc ; Cnamts, CCMSA, CNRSI ; Insee

### Mortalité par cancer du sein (Inserm)

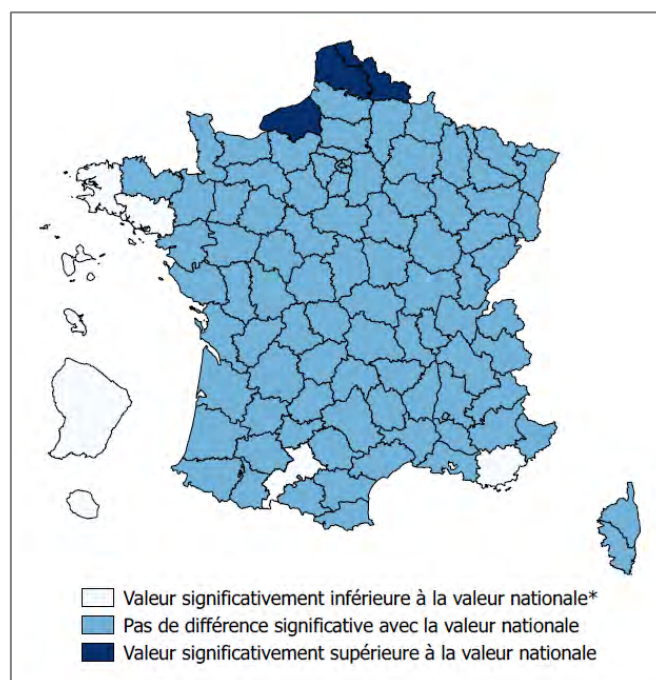
En 2013, en France métropolitaine, parmi les 11 965 décès attribués aux cancers du sein chez les femmes, 67% concernent les femmes de 65 ans et plus, soit 8 033 décès.

Entre 1990 et 2012, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 65 ans et plus a légèrement diminué (-4%) en France métropolitaine, passant de 124 pour 100 000 femmes en 1990 à 119 en 2012.

Trois départements présentent un taux de mortalité significativement supérieur au taux national, tous situés dans le nord de la France (Nord, Pas-de-Calais, Seine-Maritime). Huit départements présentent un taux de mortalité significativement inférieur au taux national, dont l'ensemble des DOM, qui affichent des taux

beaucoup plus faibles que dans les autres départements (Carte 10). Ce taux de mortalité s'échelonne de 47 pour 100 000 habitants (en Guyane) à 155 pour 100 000 (dans le Nord-Pas-de-Calais).

**Carte 10 - Taux standardisé de mortalité par cancer du sein en 2012, chez les femmes de 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 119 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Inserm-CépiDc ; carte : Onaps

### Admissions en ALD pour cancer du sein (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

L'âge moyen des personnes admises dans le dispositif des affections de longue durée pour cancer du sein (partie de l'ALD n°30) est de 66 ans en 2015.

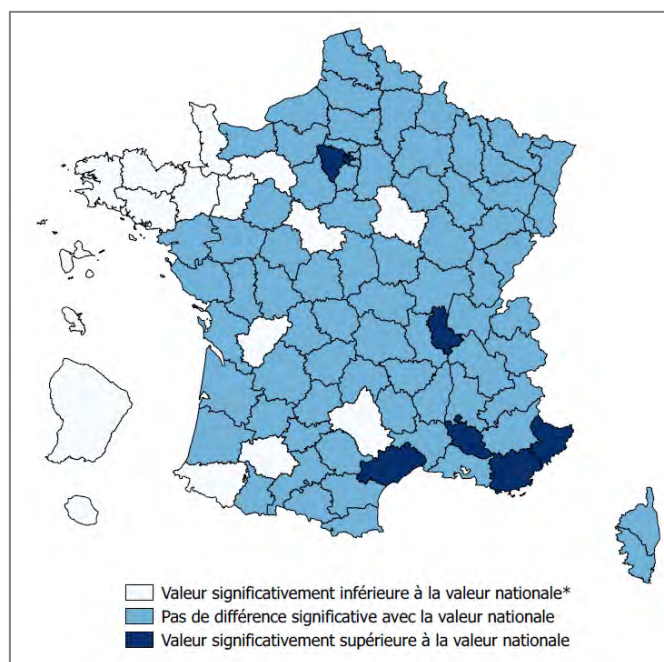
En 2013, en France métropolitaine, parmi les 63 086 admissions par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en ALD pour cancer du sein, 44% concernent les 65 ans et plus, soit 27 466 admissions.

Entre 2007 et 2013, le taux standardisé d'admission en ALD pour cancer du sein chez les femmes de 65 ans et plus a diminué de 54% en France métropolitaine, passant de 372 pour 100 000 personnes en 2007 à 241 en 2013.

En 2013, le taux standardisé d'admission en ALD chez les femmes de plus de 65 ans pour cancer du sein s'échelonne de 222 (en Martinique) à 499 (dans les Yvelines). Huit départements présentent un taux d'admission significativement supérieur au taux national (principalement dans le sud-est de la France et dans les Yvelines) et 17 un taux significativement inférieur (principalement dans le Nord-Ouest de la métropole et dans l'ensemble des DOM, qui affichent de loin les taux les plus faibles (Carte 11).



**Carte 11 - Taux standardisé d'ALD pour cancer du sein en 2013, chez les femmes de 65 ans et plus  
(pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 241 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors ; carte : Onaps

## Cancer colorectal

### À retenir

- Le nombre de décès par cancer du côlon-rectum chez les 65 ans et plus s'élève à plus de **14 000 décès par an**. Les 65 ans et plus représentent 81% de l'ensemble des décès par cancer du côlon.
- L'âge moyen des personnes admises en ALD pour cancer colorectal est de 73 ans.
- Le nombre d'admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum chez les 65 ans et plus s'élève à plus de **23 000 par an**. Les 65 ans et plus représentent 67% des admissions pour cette ALD.
- Les taux standardisés de mortalité et d'admission en ALD pour cancer colorectal chez les 65 ans et plus sont **plus élevés chez les hommes que chez les femmes**.
- Le taux standardisé d'admission en ALD pour cancer du côlon chez les 65 ans et plus est **globalement stable** entre 2007 et 2013.

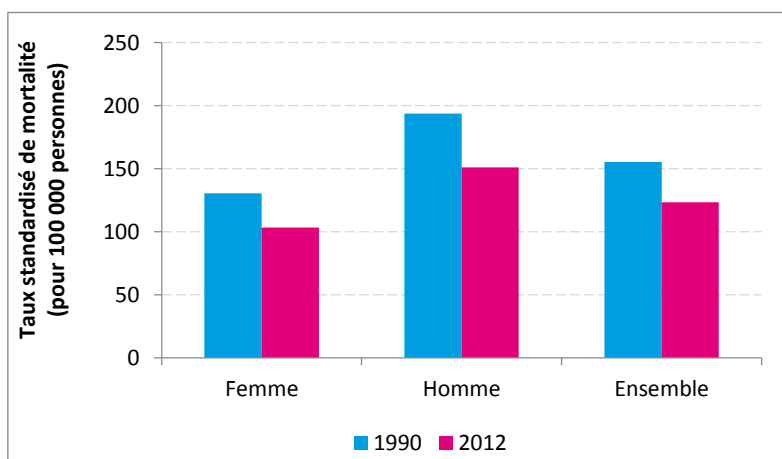
Sources : Inserm-CépiDc ; Cnamts, CCMSA, CNRSI ; Insee

### Mortalité par cancer du côlon (Inserm)

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 17 319 décès attribués aux cancers colorectaux, 81% concernent les 65 ans et plus, soit 14 106 décès. Cette proportion s'élève à 80% chez les hommes et à 84% chez les femmes. Plus de la moitié des décès des 65 ans et plus concernent les hommes (52%), soit 7 367 décès (contre 6 739 décès chez les femmes).

Entre 1990 et 2012, le taux standardisé de mortalité par cancer colorectal a diminué de 26% chez les 65 ans et plus en France métropolitaine, passant de 155 pour 100 000 personnes en 1990 à 123 en 2012 (103 pour 100 000 femmes et 151 pour 100 000 hommes). Cette baisse concerne aussi bien les hommes que les femmes (respectivement - 22% et - 21%) (Figure 39).

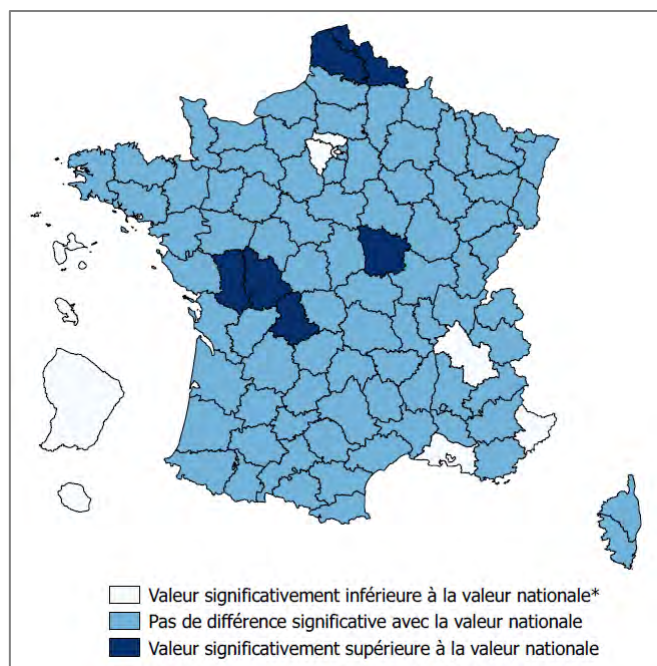
**Figure 39 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer colorectal chez les 65 ans et plus entre 1990 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**



Sources : Inserm-CépiDc

Six départements présentent un taux de mortalité significativement supérieur au taux national et onze présentent un taux de mortalité significativement inférieur, les taux les plus bas étant retrouvés dans les DOM (Carte 12). Ce taux s'échelonne de 52 pour 100 000 habitants (en Guyane) à 164 pour 100 000 (dans la Nièvre et la Creuse).

**Carte 12 - Taux standardisé de mortalité par cancer colorectal en 2012, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 123 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Inserm-CépiDc ; carte : Onaps

### Admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

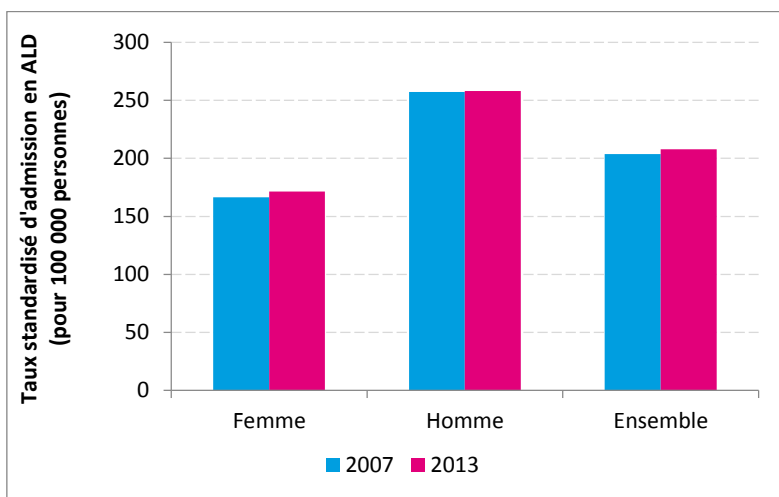
L'âge moyen des personnes admises dans le dispositif des affections de longue durée pour cancer colorectal (partie de l'ALD n°30) est de 73 ans en 2015.

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 34 703 admissions par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en ALD pour cancer colorectal, 67% concernent les 65 ans et plus, soit 23 277 admissions. Cette proportion s'élève à 66% chez les hommes et à 68% chez les femmes. Un peu plus de la moitié (52%) des

admissions chez les 65 ans et plus concernant les hommes, soit 12 154 admissions (contre 11 123 admissions chez les femmes).

Entre 2007 et 2013, le taux standardisé d'admission en ALD pour cancer colorectal chez les 65 ans et plus est resté globalement stable en France métropolitaine (204 pour 100 000 personnes en 2007 contre 208 en 2013). Ce taux est plus élevé chez les hommes (258 pour 100 000) que chez les femmes (171 pour 100 000) (Figure 40).

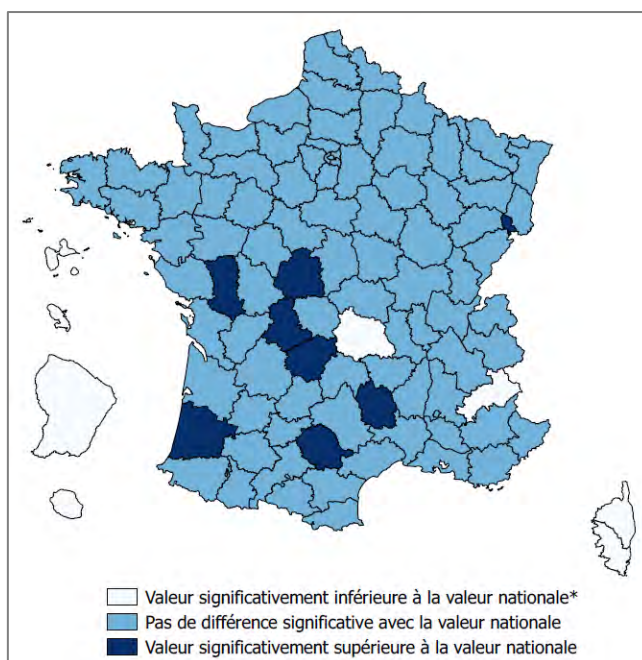
**Figure 40 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour cancer colorectal chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

En 2013, le taux standardisé d'admission en ALD chez les plus de 65 ans pour cancer colorectal s'échelonne de 87 (en Guyane) à 255 (en Lozère). Huit départements présentent un taux d'admission significativement inférieur au taux national, majoritairement dans les DOM et en Corse, et 8 présentent un taux d'admission significativement supérieur (Carte 13).

**Carte 13 - Taux standardisé d'ALD pour cancer colorectal en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 208 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors ; carte : Onaps



## Maladie de Parkinson

### À retenir

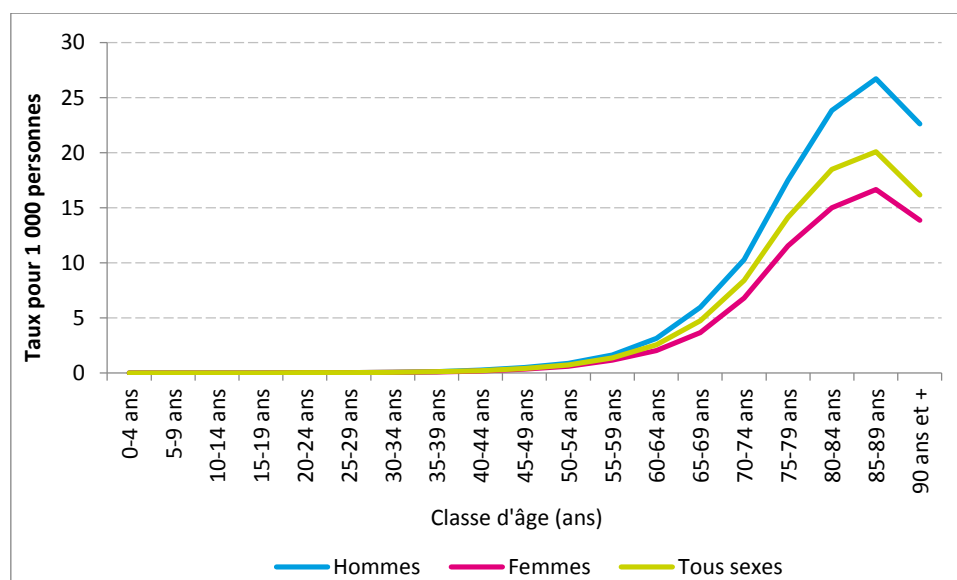
- Le nombre de personnes de 65 ans et plus atteintes de la maladie de Parkinson s'élève à plus de 143 000 cas en France.
- L'incidence annuelle de la maladie de Parkinson s'élève à près de **23 000 cas par an** chez les 65 ans et plus.
- Les taux d'incidence et de prévalence sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, et sont **croissants en fonction de l'âge**.
- L'âge moyen des personnes admises en ALD pour maladie de Parkinson est de 76 ans.
- Le nombre d'admissions en ALD pour maladie de Parkinson chez les 65 ans et plus s'élève à près de **16 000 par an**.
- Le taux standardisé d'admission en ALD pour maladie de Parkinson chez les 65 ans et plus est en **augmentation** entre 2007 et 2013.

Sources : Sniiram ; Cnamts, CCMSA, CNRSI ; Insee

### Prévalence de la maladie de Parkinson (Santé publique France)

Selon les estimations réalisées par Santé publique France à partir des données disponibles dans le Sniiram [77], en France, la prévalence de la maladie de Parkinson chez les personnes âgées de 65 ans et plus s'élève à 143 300 cas. Si le taux de prévalence de la maladie tous âges confondus est estimé à 2,5 pour 1 000 personnes en 2015, il est croissant en fonction de l'âge : il reste inférieur à 3 pour 1 000 personnes avant 65 ans puis augmente avec l'avancée en âge pour atteindre un pic à 20 pour 1 000 personnes entre 85 et 89 ans et diminuer ensuite. Parmi l'ensemble des patients atteints par la maladie de Parkinson en 2015, 143 295 (86%) sont âgés de 65 ans et plus. Les hommes représentent un peu plus de la moitié (51%) des cas de 65 ans et plus. À structure d'âge identique, la prévalence de la maladie de Parkinson est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Elle atteint 26,7 pour 1 000 hommes âgés de 85 à 89 ans et 16,6 pour 1 000 femmes de la même classe d'âge (Figure 41).

**Figure 41 - Répartition par âge et par sexe de la prévalence de la maladie de Parkinson en France en 2015 (en %)**



Sources : Sniiram-DCIR (Cnamts) - Exploitation Santé publique France

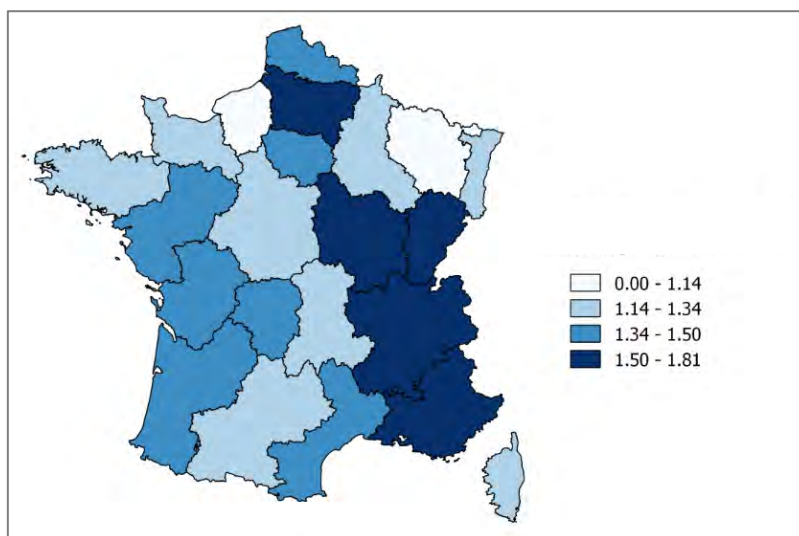
### Incidence de la maladie de Parkinson (Santé publique France)

Selon les estimations réalisées par Santé publique France à partir des données disponibles dans le Sniiram [77], l'incidence de la maladie de Parkinson chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 2015 s'élève à 22 696 cas

en France. Le taux d'incidence de la maladie est croissant en fonction de l'âge : il reste inférieur à 1 pour 1 000 personnes avant 70 ans puis augmente avec l'avancée en âge pour atteindre un pic à 2,9 pour 1 000 personnes entre 85 et 89 ans et diminuer ensuite. Parmi les nouveaux patients atteints par la maladie de Parkinson en 2015, 21 519 (83%) sont âgés de 65 ans et plus. Les hommes représentent 54% des nouveaux cas de 65 ans et plus en 2015 (11 717 cas). À structure d'âge identique, l'incidence de la maladie est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

La répartition du taux d'incidence standardisé chez les 60 ans et plus par anciennes régions administratives en 2012 [78] montre que certaines régions sont caractérisées par un taux d'incidence plus élevé : Provence-Alpes-Côte d'azur, Picardie, Rhône-Alpes, Bourgogne et Franche-Comté (Carte 14).

**Carte 14 - Taux standardisé d'incidence de la maladie de Parkinson en 2012, chez les 60 ans et plus, selon les anciennes régions administratives\* (pour 100 000 personnes)**



*\*Pour les DOM, le taux d'incidence chez les 60 ans et plus est défini pour l'ensemble des DOM (1,37 pour 100 000 personnes) et n'est pas représenté sur la carte*

Sources : Sniiram – Exploitation InVS ; carte : Onaps

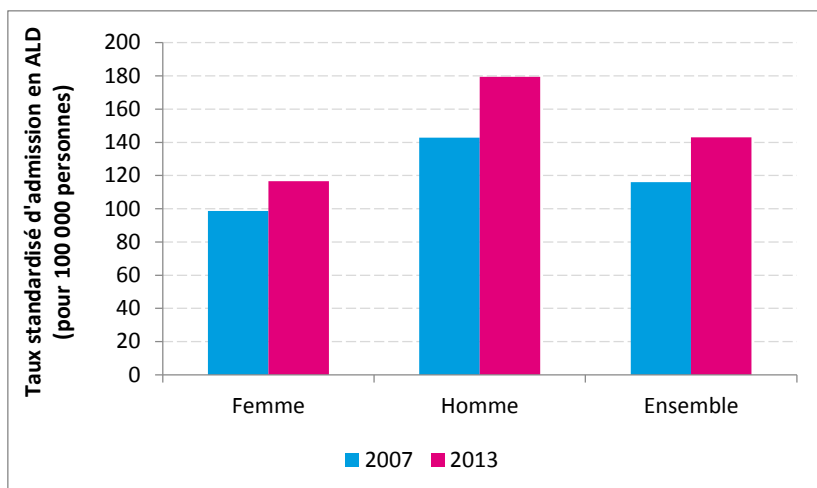
### Admissions en ALD pour maladie de Parkinson (Cnamts, CCMSA, CNRSI)

L'âge moyen des personnes admises dans le dispositif des affections de longue durée pour maladie de Parkinson (ALD n°16) est de 76 ans en 2015.

En 2013, en France métropolitaine, parmi les 18 693 admissions par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en ALD pour maladie de Parkinson, 84% concernent les 65 ans et plus, soit 15 738 admissions. Cette proportion s'élève à 82% chez les hommes et à 87% chez les femmes. Un peu plus de la moitié (53%) des admissions chez les 65 ans et plus concernent les hommes, soit 8 309 admissions (contre 7 429 admissions chez les femmes).

Entre 2007 et 2013, le taux standardisé d'admission en ALD pour maladie de Parkinson chez les 65 ans et plus a augmenté de 19% en France métropolitaine, passant de 116 pour 100 000 personnes en 2007 à 143 en 2013. Ce taux est plus élevé chez les hommes (179 pour 100 000) que chez les femmes (117 pour 100 000) (Figure 42).

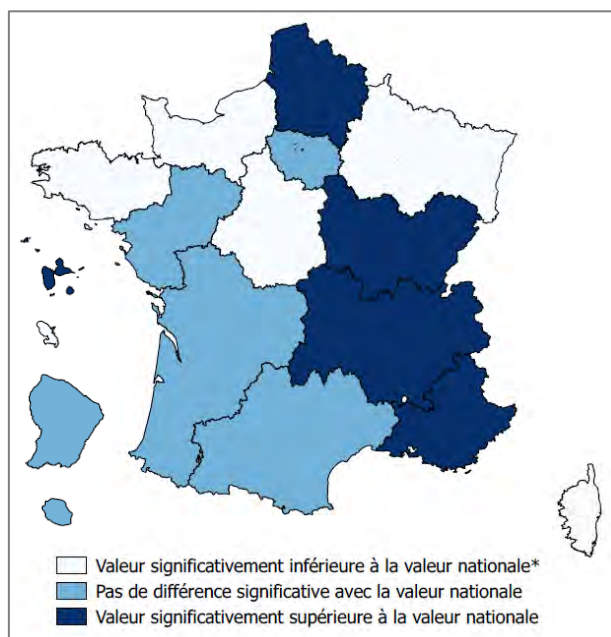
**Figure 42 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladie de Parkinson chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes)**



Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors

En 2013, les régions Bretagne, Normandie, Pays-de-la-Loire, Grand-Est, Corse et Martinique présentent un taux d'admission significativement inférieur au taux national, alors que les régions Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur présentent un taux d'admission significativement supérieur (Carte 15).

**Carte 15 - Taux standardisé d'ALD pour maladie de Parkinson en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes)**



\*Valeur de référence : 143 pour 100 000 personnes de 65 ans et plus en France hexagonale

Sources : Cnamts, CCMSA, CNRSI - Insee - Exploitation Fnors ; carte : Onaps

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Rapports, données et publications scientifiques

- [1] Organisation Mondiale pour la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, 2015.  
<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
- [2] Organisation Mondiale pour la Santé. L'activité physique des personnes âgées - Recommandations les personnes âgées de 65 et plus.  
[http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/fr/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/fr/)
- [3] Blain H, Vuillemin A, Blain A, Jeandel C. Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées : Médecine préventive chez les personnes âgées. La presse médicale, 2000, vol. 29, n° 22 : p. 1240-1248.  
<http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docdeuxannee/0107Aaactphys2004.pdf>
- [4] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : contexte et effets sur la santé. Expertise collective, Paris, Éd. Inserm, 2008: 811 p.  
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/?sequence=341>
- [5] Rivière D, Ruffel L, Pillard P. Les bénéfices de l'activité physique chez les plus de 50 ans. Revue bibliographique. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(30-31):545-51.  
[http://www.invs.sante.fr/beh/2015/30-31/2015\\_30-31\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/30-31/2015_30-31_1.html)
- [6] Landi F, Marzetti E, Martone AM, Bernabei R, Onder G. Exercise as a remedy for sarcopenia. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2014;17:25-31.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24310054>
- [7] Joshua AM, D'Souza V, Unnikrishnan B, Mithra P, Kamath A, Acharya V, et al. Effectiveness of progressive resistance strength training versus traditional balance exercise in improving balance among the elderly-a randomised controlled trial. Clin Diagn Res. 2014;8(3):98-102.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24783093>
- [8] Paillard T. Vieillesse et condition physique. Paris: Ellipses; 2009. 336 p.
- [9] Kim YS, Park YS, Allegrante JP, Marks R, Ok H, Ok Cho K et al. Relationship between physical activity and general mental health. Prev Med. 2012;55:458-63.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22981733>
- [10] Garatachea N, Molinero O, Martínez-García R, Jiménez-Jiménez R, González-Gallego J, Márquez S. Feelings of wellbeing in elderly people: relationship to physical activity and physical function. Arch Gerontol Geriatr. 2009;48(3):306-12.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18394730>
- [11] Insee. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes. Insee Première N°1687, février 2018.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
- [12] Insee. Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2016.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
- [13] Insee. Tableaux de l'Économie Française, édition 2016 - scénario central des projections de population 2007-2060.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1906743/tef2016.pdf>
- [14] Avis du Conseil Économique, Social et Environnemental. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité, juin 2017.  
<http://www.lecese.fr/content/combattre-l-isolement-social-pour-plus-de-cohesion-et-de-fraternite>

- [15] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014.  
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>
- [16] Insee. France, portrait social, Insee Références - Édition 2011, Chapitre Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1373893?sommaire=1373905>
- [17] Moisy M. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. Études et Résultats, n°1046, Drees, janvier 2018.  
[http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1046\\_-\\_esperance\\_de\\_vie.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1046_-_esperance_de_vie.pdf)
- [18] Insee. France, portrait social, Insee Références - Édition 2016.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492313>
- [19] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en décembre 2015, Enquête Aide sociale 2015.  
[http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF\\_ActivePath=P,545,546](http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,545,546)
- [20] L'aide et l'action sociales en France, coll. « Panoramas de la Drees – Social », édition 2017.  
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2017>
- [21] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014, Série Statistiques n°200, août 2016.  
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt200.pdf>
- [22] Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 - Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, Études et Résultats, Drees, n°1015, juillet 2017.  
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
- [23] Muller M. L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre - Résultats de l'enquête EHPA 2015, Les dossiers de la Drees, n°20, septembre 2017.  
[http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20\\_resultats\\_ehpa\\_2015.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd20_resultats_ehpa_2015.pdf)
- [24] Fondation de France. Les Solitudes en France, juillet 2014.  
<https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/solitudes142.pdf>
- [25] Insee. Les technologies de l'information et de la communication (TIC) dans les ménages de 2008 à 2016, Enquêtes sur les TIC auprès des ménages - Insee Résultats.  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2590851?sommaire=2590243>
- [26] Recherches & Solidarités. La France bénévole en 2016, 13<sup>ème</sup> édition, juin 2016.  
<http://www.recherches-solidarites.org/media/uploads/la-france-benevole-2016.pdf>
- [27] Équipe de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Esen). Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) 2014-2016. Volet nutrition. Chapitre Activité physique et sédentarité. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 58 p.  
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016-Chapitre-Activite-physique-et-sedentarite>
- [28] Étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA3), Avis de l'Anses - Rapport d'expertise collective, juin 2017.  
<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>
- [29] Escalon H, Bossard C, Beck F dir. Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, 2009 : 424 p.  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf>

- [30] Agence régionale de santé Nord Pas De Calais. Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité dans la région Nord-Pas de Calais, 2009.
- [31] Observatoire régional de la santé Haute-Normandie. Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Haute-Normandie, 2010.
- [32] Observatoire Régional de Santé Champagne-Ardenne. Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Champagne-Ardenne, 2009.
- [33] Observatoire Régional de Santé Languedoc-Roussillon. Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Languedoc-Roussillon, 2010.
- [34] Observatoire Régional de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2010.
- [35] Observatoire Régional de la Santé et du Social de Picardie. Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Picardie, 2013.
- [36] Observatoire régional de la santé et du social de Picardie. Baromètre santé Résultats thématiques, Activité physique, pratique sportive et sédentarité, 2009.
- [37] Observatoire Régional de Santé Île-de-France. Baromètre santé nutrition, Activité physique et sédentarité en Île-de-France, 2010.
- [38] Commission européenne. Eurobaromètre Spécial 472, Sport et activité physique, mars 2018.  
<http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82432>
- [39] OpinionWay pour ENSD / Attitude Prévention / Irmes. Mesure du niveau d'APS, Octobre 2016.  
<http://observatoire-des-seniors.com/wp-content/uploads/2017/01/Barometre2016-AP-APS.pdf>
- [40] Baromètre Attitude Prévention. Le niveau d'activité physique ou sportive des français – Résultats 2016 et bilan de 5 ans d'étude, dossier de presse 12 janvier 2017.  
<https://www.attitude-prevention.fr/presse/dossier-barometre-activite-physique-sportive-francais-2016>
- [41] Collin C. L'âge moyen de départ à la retraite a augmenté de 1 an et 4 mois depuis 2010. Études et Résultats, n°1052, Drees, février 2018.  
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1052.pdf>
- [42] Marc A., Ungureau J. et Toussaint JF. Enquête sur le niveau de pratique d'activité physique et sportive des membres de la Fédération Française de la Retraite Sportive, Novembre 2015.  
<https://www.ffrs-retraite-sportive.org/docs/PDF/irmes-enquete-ffrs-final.pdf>
- [43] Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative - Mission des études, de l'observation et des statistiques. Recensement annuel des licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées, données de l'année 2015 estimées au 4 juillet 2016.  
<http://www.injep.fr/article/tableaux-statistiques-relatifs-au-recensement-des-licences-sportives-de-2016-11533.html>
- [44] Ministère en charge des sports. Recensement des Équipements Sportifs, 2016.  
[http://www.res.sports.gouv.fr/Rech\\_Equipement.aspx](http://www.res.sports.gouv.fr/Rech_Equipement.aspx)
- [45] Burlot F et al. La pratique des activités physiques et sportives en France - Résultats de l'enquête menée en 2010 par le ministère en charge des Sports et l'Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance. 2016.  
[http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/la\\_pratique\\_des\\_activites\\_physiques\\_et\\_sportives\\_en\\_france.pdf](http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/la_pratique_des_activites_physiques_et_sportives_en_france.pdf)
- [46] Burlot F, Lefevre B. Le sport et les seniors : des pratiques spécifiques. Retraite et société, 2009, 58:133-158.  
<https://hal-insep.archives-ouvertes.fr/hal-01744454/document>

- [47] Rezende LF, Sa TH, Mielke GI, Viscondi JY, Rey-Lopez JP, Garcia LM. All-Cause Mortality Attributable to Sitting Time: Analysis of 54 Countries Worldwide. *Am J Prev Med.* 2016;51(2):253-63.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017420>
- [48] Chau JY, Grunseit AC, Chey T, Stamatakis E, Brown WJ, Matthews CE, et al. Daily sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(11):e80000.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24236168>
- [49] Menai M, Fezeu L, Charreire H, Kesse-Guyot E, Touvier M, Simon C, et al. Changes in Sedentary Behaviours and Associations with Physical Activity through Retirement: A 6-Year Longitudinal Study. *PLoS ONE* 9(9): e106850, 2014.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106850>
- [50] La Revue du Commissariat général au développement durable. La mobilité des Français, Panorama issu de l'enquête nationale transports et déplacements 2008. Collection « La Revue » du Service de l'Observation et des Statistiques (SOeS) du Commissariat Général au Développement Durable (CGDD), 2010.  
[http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/fileadmin/documents/Produits\\_editoriaux/Publications/La\\_revue\\_du\\_CGDD/2010/La\\_mobilite\\_des\\_Francais\\_ENTD\\_2008\\_revue\\_cle7b7471.pdf](http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/fileadmin/documents/Produits_editoriaux/Publications/La_revue_du_CGDD/2010/La_mobilite_des_Francais_ENTD_2008_revue_cle7b7471.pdf)
- [51] Observatoire national interministériel de la sécurité routière. Bilan de la sécurité routière 2016.  
<http://www.securite-routiere.gouv.fr/medias/espace-presse/publications-presse/bilan-definitif-de-l-accidentalite-routiere-2016>
- [52] Résultats de l'enquête nationale transports et déplacements (ENTD) de 2008 et de l'enquête transport et communication (ETC) de 1994.  
<http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/transports/s/transport-voyageurs-deplacements.html>
- [53] Centre d'études sur les réseaux, les transports, l'urbanisme et les constructions publiques. Les seniors : un enjeu pour les politiques de déplacements. Collection Dossiers n° 260, octobre 2012.  
<http://www.bv.transports.gouv.qc.ca/mono/1124915.pdf>
- [54] Menai M, Charreire H, Feuillet T, Salze P, Weber C, Eaux C, et al. Walking and cycling for commuting, leisure and errands: relations with individual characteristics and leisure-time physical activity in a cross-sectional survey (the ACTI-Cités project), *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.*, 12 (2015), pp. 1-10.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26646510>
- [55] Englund U, Nordström P, Nilsson J, Bucht G, Björnstig U, et al. Physical activity in middle-aged women and hip fracture risk: the UFO study. *Osteoporos Int* 2011, 22 : 499-505.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20464545/>
- [56] Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées – Une expertise collective de l'Inserm  
<https://presse.inserm.fr/activite-physique-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees-une-expertise-collective-de-linserm/17061/>
- [57] Pédrone G, Bouilly M, Thélot B. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Résultats 2010 en France métropolitaine. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 100 p.  
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-EPAC>
- [58] Pin S, Vuillemin A. Accidents de la vie courante et chutes. In : Léon C, Beck (Dir.). Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Inpes, 2014.  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportements-sante-55-85/index.asp>
- [59] Drame M, Dia PAJ, Joly D, et coll. Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence : la cohorte SAFES. *Presse Med* 2009, 38 : 1068-1075.



- [60] Anses. Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. Rapport d'expertise collective, février 2016.  
<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>
- [61] ObÉpi-Roche (2012) Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. Inserm/Kantarhealth/Roche.  
<http://www.roche.fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html>
- [62] Grange D, Castetbon K, Guibert G, Vernay M, Escalon H, Delannoy A, et al. Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Étude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005. Observatoire régional de santé Île-de-France, Institut de veille sanitaire, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; 2013. 186 p.  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/2013-abena2-rapport.pdf>
- [63] Li, J, Siegrist J. Physical Activity and Risk of Cardiovascular Disease -a Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. International Journal of Environmental Research and Public Health 9 (2): 391-407; 2012  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22470299>
- [64] Vigorito C, Giallauria F. Effects of exercise on cardiovascular performance in the elderly. Front Physiol, 5, p. 51 ; 2014  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3929838/>
- [65] Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Feskens EJ et al. Physical activity and stroke. A meta-analysis of observational data. Int. J. Epidemiol. 33:787-798 ; 2004.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15166195>
- [66] Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk : a meta-analysis. Stroke, 34 : 2475-2482 ; 2003.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14500932>
- [67] Hu FB, Li TY, Colditz GA, Willet WC, Manson JE. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. JAMA. 2003;289:1785-91.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12684356>
- [68] Mandereau-Bruno L, Fosse-Eodorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(27-28):586-91.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/2017\\_27-28\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/27-28/2017_27-28_3.html)
- [69] Morimoto LM, White E, Chen Z, Chlebowski RT, Hays J, et al. Obesity, body size, and risk of postmenopausal breast cancer: the Women's Health Initiative (United States). Cancer Causes Control 13: 741-751; 2002.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12420953>
- [70] Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet 380: 219-229 ; 2012.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22818936>
- [71] Amadou A, Ferrari P, Muwonge R, Moskal A, Biessy C, et al. Overweight, obesity and risk of premenopausal breast cancer according to ethnicity: a systematic review and dose-response meta-analysis. Obes Rev 14: 665-678; 2013.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23615120>
- [72] Lynch, B.M., H.K. Neilson, et C.M. Friedenreich. Physical Activity and Breast Cancer Prevention. Recent Results in Cancer Research. Fortschritte Der Krebsforschung. Progrès Dans Les Recherches Sur Le Cancer 186: 13-42; 2011.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21113759>



- [73] Wu, Y., D. Zhang, et S. Kang. « Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies ». *Breast Cancer Res Treat* 137 (3): 869-82; 2013  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23274845>
- [74] World Cancer Research Fund, (WCRF), American Institute for Cancer Research, (AICR). Continuous Update Project Report Summary. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of colorectal cancer; 2011.  
<http://www.wcrf.org/sites/default/files/Colorectal-Cancer-2011-Report.pdf>
- [75] Wolin KY, Yan Y, Colditz GA, Lee IM. Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2009 Feb 24;100(4):611-6.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19209175>
- [76] Petzinger GM, Fisher BE, McEwen S, Beeler JA, Walsh JP, Jakowec MW. Exercise-enhanced neuroplasticity targeting motor and cognitive circuitry in Parkinson's disease. *Lancet Neurol*. 2013;12:716-26.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23769598>
- [77] Moisan F, Wanneveich M, Kab S, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Carcaillon-Bentata L, et *al*. Fréquence de la maladie de Parkinson en France en 2015 et évolution jusqu'en 2030. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(8-9):128-40.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/8-9/2018\\_8-9\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/8-9/2018_8-9_1.html)
- [78] Institut de veille sanitaire, Maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson : indicateurs de fréquence, d'hospitalisations et d'affection longue durée pour l'année 2012 à partir des données du SNIIRAM, 2015.
- [79] Troped PJ, Wiecha JL, Fragala MS, Matthews CE, Finkelstein DM, Kim J, et *al*. Reliability and validity of YRBS physical activity items among middle school students. *Med Sci Sports Exerc*, 2007;vol.39(3) : p.416-25.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17473767>
- [80] Golubic R, May AM, Benjaminsen Borch K, Overvad K, Charles MA, Diaz MJ, et *al*. Validity of electronically administered Recent Physical Activity Questionnaire (RPAQ) in ten European countries. *PLoS One*. 2014;9(3):e92829.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24667343>

#### Sites internet

- <https://www.ameli.fr/>
- <https://www.anses.fr/>
- <https://www.data.gouv.fr/>
- <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>
- <http://www.cepidc.inserm.fr/>
- <http://www.insee.fr/>
- <http://www.mangerbouger.fr/>
- <http://www.res.sports.gouv.fr/>
- <http://www.santepubliquefrance.fr>
- <http://www.scoresante.org/>
- <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/>

## Publications Onaps

Praznocy C., Lambert C., Pascal C. 2017. État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2017, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité – Rapport. 130 pages.

Disponible à partir de l'URL : <http://www.onaps.fr/publications/etudes/etat-des-lieux-de-l-activite-physique-et-de-la-sedentarite-en-france-edition-2017/>

Larras B, Praznocy C, dir. *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France – Mise à jour de l'édition 2017*. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, mai 2018. 32 pages. Disponible à partir de l'URL : [www.onaps.fr](http://www.onaps.fr)

Debout l'Info ! n°1 - La sédentarité, Juin 2016, Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité. Disponible à partir de l'URL : [http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps\\_Bulletin1.pdf](http://www.onaps.fr/data/documents/Onaps_Bulletin1.pdf)

Actes du Colloque « Vieillir en santé – Activité physique et sédentarité », organisé par l'Onaps et le Pôle Ressources National Sport Santé Bien-Être le 16 janvier 2018 à Dijon. Disponibles à partir de l'URL : <http://www.onaps.fr/colloques/colloque-2018-vieillir-en-sante-2/les-actes-du-colloque/>

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

---

**AcVc** : Accident de la vie courante

**AGGIR** : Autonomie gérontologique groupes iso-ressources

**ALD** : Affection de longue durée

**Anses** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

**APA** : Allocation personnalisée d'autonomie

**AVC** : Accident vasculaire cérébral

**Care** : Capacité, Aides et Ressources

**Cerfa** : Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs

**Certu** : Centre d'études sur les réseaux de transport et l'urbanisme

**CNDS** : Centre National pour le Développement du Sport

**CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

**DGC EAC** : Direction Générale de l'Éducation, de la Jeunesse, du Sport et de la Culture

**DJEPVA** : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

**DOM** : Département d'outre-mer

**Drees** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHPA** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**ENNS** : Étude nationale nutrition santé

**ENTD** : Enquête nationale transports et déplacements

**Epac** : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante

**Esteban** : Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition

**ETC** : Enquête transports et communications

**Fnors** : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

**FFRS** : Fédération Française de Retraite Sportive

**GIR** : Groupes iso-ressources

**GPAQ** : Global Physical Activity Questionnaire

**HAS** : Haute autorité de santé

**IMC** : Indice de masse corporelle

**INCA3** : Étude individuelle nationale des consommations alimentaires, 3<sup>ème</sup> version

**Inpes** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**Inrets** : Institut national de recherche sur les transports et leur sécurité

**Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques

**Insep** : Institut national du sport, de l'expertise et de la performance

**Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale

**InVS** : Institut de veille sanitaire

**IPAQ** : International Physical Activity Questionnaire

**Irmes** : Institut de Recherche bio-Médicale et d'Épidémiologie du Sport

**MEOS** : Mission des études, de l'observation et des statistiques

**MET** : Metabolic equivalent task

**NAP** : Niveau d'activités physiques

**ObÉpi** : Obésité épidémiologique

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONISR** : Observatoire national Interministériel de la sécurité routière

**ORS** : Observatoire régional de santé

**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information

**PNNS** : Plan national nutrition santé

**RES** : Recensement des équipements sportifs

**RPAQ** : Recent Physical Activity Questionnaire

**Safes** : Sujets âges fragiles évaluation et suivi

**SHARE** : Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe

**SOes** : Service de l'Observation et des Statistiques

**Sniiram** : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie

**SU.VI.MAX** : Supplémentation en vitamines et minéraux anti-oxydants

**VQS** : Vie Quotidienne et Santé

**YRBS** : Youth Risk Behavior Survey

## TABLEAUX, FIGURES, CARTES ET ENCADRÉS

### Liste des tableaux

Tableau 1 - Perception de l'état de santé et des limitations dans les activités quotidiennes chez les personnes âgées (en %) .....	17
Tableau 2 - Part de la population âgée déclarant des pathologies chroniques (en %) .....	18
Tableau 3 - Population âgée déclarant des difficultés dans les activités physiques au quotidien (en %)* .....	19
Tableau 4 - Part de la population âgée déclarant recevoir une aide extérieure dans la vie quotidienne (en %) .	22
Tableau 5 - Définition des niveaux d'activité physique pour les adultes selon les études INCA3, Esteban et le Baromètre santé nutrition .....	26
Tableau 6 - Niveau d'activité physique élevé selon le sexe, l'âge et la région (en %).....	29
Tableau 7 - Pratique de sport et d'activité physique non-sportive chez les retraités et les personnes de 55 ans et plus, en France et dans l'Union européenne (en %) .....	30
Tableau 8 - Durée moyenne d'activité physique par jour chez les personnes de 15 à 75 ans selon le contexte de pratique, le sexe et l'âge, en 2008 (en minutes).....	31
Tableau 9 - Pratique d'activité physique intense au travail chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %) .....	32
Tableau 10 - Pratique d'activité physique intense lors des loisirs chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, l'âge et la région (en %).....	32
Tableau 11 - Activité physique liée aux déplacements (trajets d'au moins 10 minutes) chez les adultes de 18 à 75 ans, selon le sexe, l'âge et la région (en %) .....	33
Tableau 12 - Connaissance des recommandations sur l'activité physique chez les adultes de 18 à 79 ans, selon le sexe et l'âge (en %).....	33
Tableau 13 - Pratique d'activités physiques et sportives selon les revenus chez les 45 ans et plus (en %).....	40
Tableau 14 - Pratique d'activités physiques et sportives selon le niveau d'éducation chez les 45 ans et plus (en %) .....	40
Tableau 15 - Durée totale par jour passée devant un écran selon l'âge et le sexe pour les adultes .....	42
Tableau 16 - Adultes passant 3h ou plus par jour devant la télévision et devant un ordinateur, selon le sexe et l'âge, en 2015 (en %).....	43
Tableau 17 - Proportion d'adultes passant plus de 4 heures assis ou allongé, selon le sexe, l'âge et la région (en %) .....	44
Tableau 18 - Évolution des comportements sédentaires et des activités physiques chez les retraités, les non-retraités et les personnes ayant pris leur retraite (en heures par semaine) .....	47
Tableau 19 - Prévalences du surpoids, de l'obésité et de la surcharge pondérale chez les adultes de 65 à 79 ans et de 18 à 79 ans selon le sexe, en 2014-2015 (en %) .....	56
Tableau 20 - Sources de données selon les chapitres du rapport.....	87

### Liste des figures

Figure 1 - Espérance de vie à la naissance en France, par sexe et par niveau de vie mensuel (en années) .....	15
Figure 2 - Évolution de la population des 65 ans et plus et des 75 ans et plus en France métropolitaine (en % de la population tous âges).....	16
Figure 3 - Pyramide des âges des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2015 .....	19
Figure 4 - Fréquence des altérations cognitives, motrices et sensorielles en fonction de l'âge chez les 60 ans et plus, selon leur lieu de vie (en %).....	20
Figure 5 - Répartition par GIR des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement, en 2015 (en %) .....	22
Figure 6 - Personnes de 15 ans et plus vivant seules selon l'âge et le sexe en France métropolitaine, en 2013 (en %) .....	23
Figure 7 - Personnes en situation d'isolement relationnel selon l'âge (en %) .....	24

Figure 8 - Évolution du taux d'équipement des technologies de l'information chez les personnes âgées de 75 ans et plus, entre 2008 et 2015 (en %) .....	25
Figure 9 - Répartition des adultes de 65-79 ans et des adultes tous âges confondus selon leur niveau d'activité physique (en %).....	27
Figure 10 - Niveau d'activité physique chez l'adulte selon le sexe et l'âge en 2015 (en %).....	28
Figure 11 - Adultes de 15 à 75 ans selon le niveau d'activité physique, le sexe et l'âge en 2008 (en %) .....	29
Figure 12 - Proportion de chaque contexte de pratique d'activité physique, selon l'âge* (en %) .....	31
Figure 13 - Nombre moyen de pas quotidien par catégorie d'âge, 2012-2016 .....	34
Figure 14 - Nombre moyen de pas quotidien selon la présence de pathologies, 2012-2016.....	34
Figure 15 - Répartition des licences sportives par âge en 2015 (en % de la population totale) .....	36
Figure 16 - Taux de licenciés pour 100 habitants en 2015, par sous-classe d'âge chez les 65 ans et plus (en %) 37	
Figure 17 - Personnes déclarant pratiquer une activité physique et sportive* selon l'âge et le sexe, en 2010 (en %) .....	39
Figure 18 - Répartition des adultes de 65-79 ans et des adultes tous âges confondus selon leur niveau de sédentarité (en %).....	42
Figure 19 - Niveau de sédentarité chez les adultes selon le sexe et l'âge, en 2015 (en %) .....	43
Figure 20 - Temps passé assis ou allongé chez les personnes de 15 à 75 ans, par catégorie d'âge selon le sexe et l'âge, en 2008 (minutes par jour).....	44
Figure 21 - Profil d'activité des adultes de 65 à 79 ans (en %).....	45
Figure 22 - Part modale selon l'âge, en 2008 (en %).....	49
Figure 23 - Évolution des parts modales de la marche et du vélo par sexe chez les séniors entre 1994 et 2008 (en %) .....	50
Figure 24 - Pratique d'au moins 30 minutes par semaine de marche pour aller au travail*, pour les loisirs ou pour les activités utilitaires, selon l'âge (en %) .....	51
Figure 25 - Pratique du vélo pour aller au travail*, pour les loisirs ou pour les activités utilitaires, selon l'âge (en %) .....	51
Figure 26 - Répartition des accidents de la vie courante chez les 65 ans et plus selon l'activité, par âge (en %) 53	
Figure 27 - Répartition des accidents de la vie courante chez les 65 ans et plus selon le mécanisme, par âge (en %) .....	53
Figure 28 - Prévalence des chutes lors des 12 derniers mois parmi les 55-85 ans, selon le sexe et l'âge en 2010 (en %) .....	54
Figure 29 - Évolution de la prévalence de l'obésité* chez les 65 ans et plus et chez la population adulte de 18 ans et plus, entre 1997 et 2012 en France métropolitaine (en %).....	55
Figure 30 - Prévalence de l'obésité en fonction du sexe et de l'âge de la population âgée de 65 ans et plus, en 2012 (en %) .....	56
Figure 31 - Prévalences du surpoids et de l'obésité chez les adultes selon l'âge et le sexe, en 2014-2015 (en %) .....	57
Figure 32 - Surpoids et obésité selon le sexe et l'âge en 2011-2012 chez les bénéficiaires de l'aide alimentaires (en %) .....	57
Figure 33 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus entre 1990 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes).....	61
Figure 34 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour cardiopathie ischémique chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes) .....	63
Figure 35 - Évolution du taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale chez les 65 ans et plus entre 1990 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes) .....	64
Figure 36 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladie vasculaire cérébrale chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes) .....	65
Figure 37 - Répartition par âge et par sexe de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France en 2015 (en %) .....	67

Figure 38 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour diabète de type 2 chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes) .....	67
Figure 39 - Évolution du taux standardisé de mortalité par cancer colorectal chez les 65 ans et plus entre 1990 et 2012 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes).....	71
Figure 40 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour cancer colorectal chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes) .....	72
Figure 41 - Répartition par âge et par sexe de la prévalence de la maladie de Parkinson en France en 2015 (en %) .....	73
Figure 42 - Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladie de Parkinson chez les 65 ans et plus entre 2007 et 2013 en France métropolitaine, selon le sexe (pour 100 000 personnes) .....	75

## Liste des cartes

Carte 1 - Proportion de personnes de 65 ans et plus par département, en 2016 (en %) .....	17
Carte 2 - Taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement, par département, chez les 75 ans et plus, en 2013 (en %).....	21
Carte 3 - Personnes de 65 ans et plus vivant seules, par département, en 2014 (en %) .....	23
Carte 4 - Taux d'équipements sportifs* présents sur le département de résidence pour 100 habitants âgés de 65 ans et plus, par département, en 2016 .....	38
Carte 5 - Taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique en 2012, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes).....	62
Carte 6 - Taux standardisé d'ALD pour cardiopathie ischémique en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes) .....	63
Carte 7 - Taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale en 2012, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes).....	65
Carte 8 - Taux standardisé d'ALD pour maladie vasculaire cérébrale en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes).....	66
Carte 9 - Taux standardisé d'ALD pour diabète de type 2 en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes) .....	68
Carte 10 - Taux standardisé de mortalité par cancer du sein en 2012, chez les femmes de 65 ans et plus (pour 100 000 personnes).....	69
Carte 11 - Taux standardisé d'ALD pour cancer du sein en 2013, chez les femmes de 65 ans et plus (pour 100 000 personnes).....	70
Carte 12 - Taux standardisé de mortalité par cancer colorectal en 2012, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes) .....	71
Carte 13 - Taux standardisé d'ALD pour cancer colorectal en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes) .....	72
Carte 14 - Taux standardisé d'incidence de la maladie de Parkinson en 2012, chez les 60 ans et plus, selon les anciennes régions administratives* (pour 100 000 personnes) .....	74
Carte 15 - Taux standardisé d'ALD pour maladie de Parkinson en 2013, chez les 65 ans et plus (pour 100 000 personnes) .....	75

## Liste des encadrés

Encadré 1 - Définitions des différents niveaux de dépendance inclus dans la grille AGGIR .....	21
Encadré 2 - Définition des profils d'activité chez l'adulte selon les critères de l'étude INCA3 .....	45
Encadré 3 - Concepts épidémiologiques fondamentaux .....	52

## SOURCES DES DONNÉES

**Tableau 20 - Sources de données selon les chapitres du rapport**

	Enjeux	Activité physique	Pratique sportive	Sédentarité	Transport actif	Difficulté à la marche / chutes	Surpoids obésité	Autres pathologies chroniques
Affections de longue durée issues des trois principaux régimes d'assurance maladie <sup>32</sup>								X
Baromètre Attitude Prévention (2012-2016)		X						
Baromètre santé (Inpes 2010)						X		
Baromètre santé nutrition (Inpes 2008)		X		X				
Cohorte NutriNet-Santé (2015)					X			
Cohorte Safes (2001-2002)						X		
Diagnoform® (2013-2018)		X						
Enquête Aide sociale auprès des conseillers départementaux (Drees, 2015)	X							
Enquête Fédération Française de Retraite Sportive (2015)		X						
Enquête Handicap-Santé (Insee 2008-2009)	X							
Enquête La France bénévole (2016)	X							
Enquête nationale transports et déplacements (SOeS - Inrets - Insee 2008)					X			
Enquête ObÉpi-Roche (Inpes, Institut Roche, TNS Healthcare, 2012)							X	
Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (InVS 2010)						X		
Enquête sur la pratique d'activités physiques et sportives (Ministère en charge des Sports et Insep, 2010)		X	X					
Enquête sur la pratique d'activités physiques et sportives des seniors (Insep 2000)		X	X					
Enquête sur les Solitudes (Fondation de France 2014)	X							
Enquêtes Technologies de l'information et de la communication (Insee)	X							
Enquête Vie Quotidienne et Santé (Drees, 2014)	X							
Étude Abena (InVS 2011-2012)							X	
Étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA3 2014-2015, Anses)		X		X			X	
Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2015)		X		X			X	
Étude SU.VI.MAX		X		X				
Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique (2017)		X	X					
Incidence et prévalence des pathologies (Santé publique France)								X
Licences et clubs au sein des fédérations sportives agréées (MEOS, 2015)			X					

<sup>32</sup> Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Régime des indépendants, Mutualité sociale agricole.

	Enjeux	Activité physique	Pratique sportive	Sédentarité	Transport actif	Difficulté à la marche / chutes	Surpoids obésité	Autres pathologies chroniques
Mortalité (Inserm-CépiDc)								X
Recensement des équipements sportifs espaces et site de pratiques (Ministère des sports)			X					
Recensement, estimations et projections de population (Insee)	X				X			

## AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (PRINCIPAUX RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE)

Source : <http://www.score-sante.org/>

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Toute personne présentant les critères définis par décret pour chacune des pathologies figurant sur la liste des ALD peut bénéficier de cette prise en charge à 100% par l'assurance maladie. La liste dite ALD30, établie par décret après avis de la Haute autorité de santé (HAS), comprend 30 affections ou groupes d'affections.

Les personnes en ALD sont donc celles reconnues atteintes d'une affection de longue durée par les médecins-conseils du service du contrôle médical de l'assurance maladie. Parmi elles, certaines sont atteintes de plusieurs affections de longues durées.

Les admissions en ALD correspondent aux avis favorables donnés au cours d'une année pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée. Les avis favorables donnés aux demandes de renouvellement ne sont pas inclus. Il ne s'agit pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité. Les nombres d'admissions en ALD recensées par l'Assurance maladie sont inférieurs à la morbidité réelle. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer :

- le patient peut être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés ;
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité). Des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir ; il est probable que les médecins sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour les personnes économiquement défavorisées ;
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité, etc.) ;
- les médecins-conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques. De plus, l'admission peut survenir plus ou moins précocement suite au diagnostic, et par ailleurs, pour certaines affections, elle a lieu à des stades différents de la maladie.

Les données de ce document portent sur les données ALD30 issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes).

## BAROMÈTRE ATTITUDE PRÉVENTION (2012-2016)

Source : <https://www.attitude-prevention.fr/donnees-chiffrees>

L'Association Attitude Prévention mène, en son nom propre ou en partenariat avec de grands organismes d'études et sondages, de nombreuses enquêtes. Les résultats permettent à Attitude Prévention de mieux cibler ses conseils et ses actions de sensibilisation et de partager ces données avec les pouvoirs publics pour contribuer à l'émergence d'une véritable culture de la prévention du risque chez les Français. Chaque année depuis 2012, Attitude Prévention recueille auprès des Français des données comportementales (mesure du



nombre de pas *via* un podomètre porté pendant 7 jours) et des données déclaratives sur leur pratique d'activités physiques et sportives, leurs habitudes de vie, leur environnement et réalise un Baromètre.

En 2016, l'enquête a été réalisée en septembre 2016 par OpinionWay et l'Irmes, auprès d'un échantillon principal représentatif de 1 048 personnes âgées de 18 à 64 ans et d'un sur-échantillon complémentaire de 300 parents d'enfants 6-17 ans, ayant répondu à un questionnaire déclaratif on line, et mesuré le nombre de pas effectués sur 7 jours à l'aide d'un podomètre. Les éditions précédentes du Baromètre Attitude Prévention ont été réalisées de 2012 à 2015.

## BAROMÈTRE SANTÉ (INPES 2010)

Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/index.asp>

Créés en 1992, les Baromètres santé ont été menés par l'Inpes de 2002 à 2016. Ces enquêtes déclaratives répétées visent à suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France : tabagisme, alcoolisation, consommations de drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale, etc.

Parmi eux, les enquêtes barométriques en population générale sont à caractère multithématique (de 12 thèmes pour le Baromètre santé 2000 à plus de 25 pour le Baromètre santé 2010). Le Baromètre santé 2010 est la cinquième vague de cette étude.

## BAROMÈTRE SANTÉ NUTRITION 2008 (INPES)

Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-nutrition-2008/index.asp>

Réalisé pour la première fois en 1996 auprès de la population adulte (18 à 75 ans), le Baromètre santé nutrition a été reconduit en 2005 et en 2008 en l'étendant aux jeunes (12 à 75 ans). Cette étude vise à décrire les aliments consommés et la périodicité de ces consommations, à évaluer le contexte des prises alimentaires (rythme et structure des repas, convivialité, etc.), à étudier les perceptions et les connaissances dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, à mesurer le niveau d'activité physique et de sédentarité, à étudier les comportements d'achats et à évaluer l'impact de variables sociodémographiques (sexe, âge, diplôme, niveau de revenus, etc.) sur l'ensemble de ces éléments.

Le Baromètre santé nutrition 2008 a fait l'objet d'une déclinaison dans plusieurs régions. Le Baromètre santé nutrition et les extensions régionales utilisent le questionnaire GPAQ<sup>33</sup> pour évaluer l'activité physique et la sédentarité. Les indicateurs construits à partir de ce questionnaire (selon une méthodologie décrite par l'OMS) et étudiés lors des analyses sont les suivants :

- **niveau d'activité physique totale élevé** : il correspond à une activité physique intense (qui essouffle ou qui accélère fortement le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1 500 équivalents métaboliques (MET<sup>34</sup>)-minutes par semaine OU au moins 7 jours de marche à pied et d'activité physique modérée (qui modifie légèrement la respiration ou le pouls, pendant au moins 10 minutes d'affilée) ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3000 MET-minutes par semaine<sup>35</sup> ;
- **niveau d'activité physique totale moyen** : le niveau d'activité est qualifié ainsi s'il ne correspond pas aux critères précédents ET si au moins un des 3 critères suivants est respecté : au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine OU au moins 30 minutes d'activité physique

<sup>33</sup> [http://www.who.int/chp/steps/GPAQ\\_Analysis\\_Guide\\_FR.pdf](http://www.who.int/chp/steps/GPAQ_Analysis_Guide_FR.pdf)

<sup>34</sup> Se référer au chapitre Définitions essentielles.

<sup>35</sup> Pour calculer la dépense énergétique totale en MET d'une personne à partir des données du questionnaire, 4 MET ont été attribués au temps passé à des activités physiques moyennement intenses et 8 MET au temps passé à des activités physiques intenses. Précision Baromètre santé nutrition : pour les activités de déplacements, une moyenne de 4 MET est affectée (car pas de question posée sur leur intensité).

modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine OU au moins 5 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes par semaine ;

- **niveau d'activité physique totale limité** : le niveau d'activité est qualifié ainsi s'il ne correspond ni au niveau d'activité physique élevé, ni au niveau d'activité physique moyen ;
- **temps moyen quotidien d'activité physique liée au travail**, correspondant à l'activité effectuée au travail (rémunéré ou non) et aux tâches domestiques ;
- **temps moyen quotidien d'activité physique liée aux loisirs**, correspondant à l'activité réalisée au cours des loisirs, incluant les sports ;
- **temps moyen quotidien d'activité physique liée aux déplacements**, correspondant à l'activité effectuée au cours des déplacements réalisés à pied, à vélo ou en roller ;
- **activité physique intense au travail** : activité entraînant un essoufflement ou une accélération forte du pouls pendant au moins 10 minutes d'affilée, au cours d'un travail rémunéré ou non, ou d'activités domestiques<sup>36</sup> ;
- **activité physique intense lors des loisirs** : activité entraînant un essoufflement ou une accélération forte du pouls pendant au moins 10 minutes d'affilée, au cours de sports ou d'activités de loisirs<sup>36</sup> ;
- **activité physique liée aux déplacements** : activité définie par le fait de réaliser à pied, à vélo ou en roller des trajets d'au moins 10 minutes ;
- **la sédentarité** a également été évaluée à partir du temps passé en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle (au travail, à la maison, lors des déplacements), en excluant le temps consacré au sommeil. Le seuil de sédentarité a été fixé à plus de quatre heures par jour.

### COHORTE NUTRINET-SANTÉ (2015)

Source : <https://www.etude-nutrinet-sante.fr/>

Il s'agit d'une étude de cohorte réalisée sur une large population d'adultes volontaires suivis sur plusieurs années, dont l'objectif est d'étudier les relations nutrition-santé. Les sujets sont suivis grâce au site Internet NutriNet-Santé pendant toute la durée de l'étude, sur lequel sont remplis divers questionnaires portant sur l'alimentation, la santé, les données anthropométriques, l'activité physique, les données sociodémographiques, le mode de vie.

### COHORTE SAFES (2001-2002)

Source : [https://www.researchgate.net/publication/6918983\\_Early\\_Markers\\_of\\_Prolonged\\_Hospital\\_Stays\\_in\\_Older\\_People\\_A\\_Pro prospective\\_Multicenter\\_Study\\_of\\_908\\_Inpatients\\_in\\_French\\_Acute\\_Hospitals](https://www.researchgate.net/publication/6918983_Early_Markers_of_Prolonged_Hospital_Stays_in_Older_People_A_Pro prospective_Multicenter_Study_of_908_Inpatients_in_French_Acute_Hospitals)

La cohorte française Safes (Sujets âges fragiles évaluation et suivi) avait pour objectif principaux :

- de déterminer les facteurs influençant le devenir de ces malades âgés à partir des résultats d'une évaluation gériatrique standardisée réalisée dans la première semaine d'hospitalisation ;
- de décrire et de comparer les filières de soins intra-hospitalières.

Elle a inclus, de mars 2001 à janvier 2002, un total de 1 306 patients âgés de 75 ans et plus (moyenne d'âge de 85 ans), vivant au domicile et admis en hospitalisation après passage aux urgences dans neuf centres hospitaliers français. Le caractère multicentrique et les modalités d'échantillonnage font de cette cohorte un échantillon représentatif de la population française âgée de 75 ans et plus admise dans les hospitalisée après un passage dans une structure d'urgence.

---

<sup>36</sup> Les résultats concernant l'intensité de l'activité physique doivent être interprétés avec une certaine prudence. En effet, dans cette enquête, l'intensité a été évaluée par les individus eux-mêmes au regard de critères tels que l'essoufflement ou l'accélération du pouls et non à partir d'outils plus spécifiques.

## DIAGNOFORM®

Source : <http://www.diagnoform.com/>

Le Diagnoform® est un ensemble de tests évaluant de manière fiable les 5 grandes qualités physiques qu'il est indispensable d'entretenir tout au long de la vie pour préserver son bien-être et sa santé durablement (endurance, force, coordination, vitesse, souplesse). Fruit d'un travail d'experts initié en 2004, le Diagnoform® est un outil ludique validé scientifiquement, qui mesure de manière précise et objective la condition physique d'un individu. Les participants sont soumis à une série de tests de condition physique en fonction de leur âge. Chaque exercice vise l'évaluation d'une ou de deux qualités physiques en tenant compte des capacités de chacun. Chacun peut obtenir son bilan de forme personnalisé. Utilisé à l'échelle collective, il fournit un instantané de l'état de forme d'une population ciblée.

## ENQUÊTE AIDE SOCIALE AUPRÈS DES CONSEILLERS DÉPARTEMENTAUX (DREES, 2015)

Source : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/article/l-enquete-aide-sociale-aupres-des-conseils-departementaux>

L'aide sociale, qui relève de la compétence des conseils départementaux depuis les lois de décentralisation de 1982-1984, comprend des prestations et services destinés aux personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de faire face à un état de besoin en raison de la vieillesse, du handicap ou de difficultés sociales. Elle s'exerce dans quatre domaines principaux : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance ainsi que l'aide aux personnes en situation de précarité.

Chaque année depuis 1984, la Drees recueille ainsi auprès des conseils départementaux des informations sur les bénéficiaires des aides sociales, les personnels de ces collectivités et les dépenses relevant de l'aide sociale départementale.

## ENQUÊTE DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE RETRAITE SPORTIVE

Source : <https://www.ffrs-retraite-sportive.org/docs/PDF/irmes-enquete-ffrs-final.pdf>

La Fédération Française de la Retraite Sportive est une fédération multisport créée pour les seniors et regroupant 86 469 adhérents en 2018. L'étude sur le niveau de pratique d'activité physique et sportive des membres de la FFRS présentée a été mise en place par la FFRS et l'Irmes. L'enquête s'est déroulée de mai à août 2015 auprès de 318 membres (193 femmes et 125 hommes), représentatifs de l'ensemble des 80 000 licenciés de la FFRS en termes de distribution par région, âge, sexe, indice de masse corporelle et catégorie socioprofessionnelle. La méthodologie associait un questionnaire et le port d'un podomètre :

- données comportementales (mesure du nombre de pas) : après accord des sujets, un podomètre a été envoyé à chaque personne avec l'explication de son fonctionnement (capteur permettant de mesurer le nombre de pas ; port du matin au soir, au niveau de la ceinture ; recueil du nombre de pas chaque soir sur une plateforme internet dédiée). Le podomètre devait être porté durant 7 jours consécutifs ;
- données déclaratives : les membres de la FFRS ont répondu à un questionnaire en ligne sur leur caractéristiques morphologiques, leur niveau d'activité physique et sportive, leur sédentarité, leurs pathologies, la perception de leur état de santé.

## ENQUÊTE HANDICAP-SANTÉ (INSEE 2008-2009)

Source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1245>

L'enquête Handicap-santé - Volet ménages ordinaires de 2008 a pour objectif de mesurer la prévalence des diverses situations de handicap en s'appuyant notamment sur les nouveaux concepts développés par l'Organisation mondiale de la santé et d'estimer le nombre de personnes connaissant des problèmes de santé ou en situation de handicap. L'enquête évalue les besoins d'aide et mesure les désavantages sociaux subis par rapport aux autres en fonction de l'environnement dans lequel évoluent ces personnes et fournit, pour la partie santé de l'enquête, des indicateurs pour la loi quinquennale de santé (loi de santé publique de 2004).

Elle renouvèle le travail effectué lors du volet ménage de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance de 1999. Les thèmes abordés sont :

- les déficiences et les incapacités (limitations fonctionnelles et restrictions d'activités) ;
- la santé, la santé mentale, la prévention, le recours aux soins, la consommation médicale, l'hospitalisation ;
- les différentes formes d'aides reçues : aides techniques, humaines, prestations, aides à l'insertion professionnelle, aides à la scolarité, etc. ;
- le besoin d'aide, sous toutes ses formes ;
- la situation familiale, la scolarité, l'emploi, les revenus, les loisirs, les vacances, la participation à la vie associative et les discriminations ressenties...

### ENQUÊTE LA FRANCE BÉNÉVOLE (2016)

**Source :** <http://www.recherches-solidarites.org/media/uploads/la-france-benevole-2016.pdf>

Ces enquêtes de l'Institut français de l'opinion publique (IFOP) permettent de mettre en avant les évolutions du bénévolat au cours des six dernières années, en distinguant les personnes qui donnent de leur temps pour une association, celles qui sont bénévoles au sein d'un autre type d'organisation (politique, religieuse, syndicale, municipale...) et celles qui donnent de leur temps auprès d'une ou plusieurs personnes, en dehors du cadre familial, comme par exemple dans leur voisinage. Cette dernière forme est nommée bénévolat informel ou direct. Trois enquêtes ont été réalisées pour le compte de France Bénévolat et de Recherches & Solidarités en 2010, 2013 et 2016, selon des questionnaires identiques. En 2016, les informations ont été recueillies en auto-administré auprès d'un échantillon national de 3 156 individus représentatif d'individus âgés de 15 ans et plus (2 107 en 2010, 3 308 en 2013). L'échantillon a été structuré selon la méthode des quotas (sexe, âge, profession du chef de ménage et région).

### ENQUÊTE NATIONALE TRANSPORTS ET DÉPLACEMENTS (2008)

**Source :** <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/sources-methodes/enquete-nomenclature/1543/139/enquete-nationale-transport-deplacements-entd-2008.html>

L'objectif de cette enquête, comme des précédentes, est la connaissance des déplacements des ménages résidant en France métropolitaine et de leur usage des moyens de transport tant collectifs qu'individuels. Elle décrit tous les déplacements, quels que soient le motif, la longueur, la durée, le mode de transport utilisé, la période de l'année ou le moment de la journée. Pour comprendre les comportements liés à la mobilité, elles s'intéressent aussi aux possibilités d'accès aux transports collectifs et aux moyens de transport individuels dont disposent les ménages.

Elle permet d'avoir une vision globale et cohérente de tous les modes et situations de transport de personnes, d'observer les comportements des habitants de toutes les tailles d'agglomérations et d'estimer des indicateurs de mobilité tout au long de l'année. Par rapprochement avec les résultats des enquêtes précédentes, elle rend possible des comparaisons dans le temps. Elle permet aussi d'analyser, de façon fine et précise, le parc de véhicules dont disposent les ménages ainsi que leurs usages, afin de répondre aux questions sur les trafics inter-régionaux ou internationaux dont les enjeux sont très importants en matière d'investissements. Le champ géographique de cette enquête est la France métropolitaine. L'échantillon national se complète de cinq extensions régionales, en Île-de-France, Pays de la Loire, Bretagne, Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. L'enquête est réalisée tous les 10 à 15 ans.

### ENQUÊTE OBÉPI-ROCHE (2012)

**Source :** [http://www.roche.fr/medias/actualites/l\\_enquete\\_epidemiologique\\_obepi\\_roche.html](http://www.roche.fr/medias/actualites/l_enquete_epidemiologique_obepi_roche.html)

Depuis 15 ans, à l'initiative du Laboratoire pharmaceutique Roche, l'enquête nationale Obésité épidémiologique (ObÉpi), réalisée par Kantar-Health (société de consulting et d'études de marché présente à l'international, spécialisée dans le domaine de la santé) en collaboration avec l'Institut national de la santé et

de la recherche médicale (Inserm) et l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, analyse tous les trois ans la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Les données ObÉpi constituent une source unique d'informations sur la situation française de l'obésité et du surpoids et leur évolution depuis 1997.

### ENQUÊTE PERMANENTE SUR LES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (2010)

**Source :** <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./layout/set/print/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-EPAC>

L'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (Epac) est une étude épidémiologique centrée sur les accidents de la vie courante (AcVC) donnant lieu à un recours aux urgences. Lancée en 1986 dans un cadre européen, l'enquête Epac constitue la partie française de la base européenne Injury Data Base développée dans le cadre du réseau de surveillance européen Injury Prevention Network.

### ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES (MINISTÈRE EN CHARGE DES SPORTS, INSEP, 2010)

**Source :** <https://www.cmh.ens.fr/greco/enquetes/XML/lil-0734.xml>

L'enquête sur les Pratiques Physiques et Sportives est issue d'un partenariat entre le Centre National de Développement du Sport, l'INSEP, la MEOS et la Direction des sports du ministère des sports. L'objet de cette enquête est de décrire précisément les pratiques physiques et sportives, qu'elles soient autonomes ou encadrées, et de faire apparaître, dans la mesure du possible, la plus grande diversité de pratiques, les pratiques émergentes, de mesurer le nombre de licenciés et de caractériser les profils sociodémographiques, des pratiquants assidus aux non-pratiquants. Le questionnement a été élaboré avec un souci de la comparabilité avec l'enquête de 2000 et une contrainte de concision afin de respecter les normes de durée d'interrogation aujourd'hui acceptables en matière d'enquête par téléphone. 8 510 individus ont été interrogés par téléphone par questionnaire de janvier à avril 2010. La taille de l'échantillon a été renforcée par rapport aux enquêtes précédentes (6 500 individus en 2000) afin de pouvoir observer plus de disciplines et d'améliorer la précision statistique de l'enquête. La connaissance actualisée de l'investissement de la population française dans les pratiques physiques et sportives est une nécessité pour la mise en place de politiques publiques et leur évaluation, pour le monde sportif mais aussi pour la recherche et l'industrie du sport.

La question posée lors de l'enquête était : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait, même occasionnellement y compris pendant vos vacances, des activités physiques et sportives ? ».

Dans un premier temps, les personnes déclarant pratiquer une activité physique ou sportive devaient lister de manière ouverte l'ensemble des disciplines exercées. Dans un second temps, pour éviter les oublis, une liste de disciplines était proposée aux personnes qui déclaraient spontanément ne pas faire de sport ainsi qu'à celles qui en avaient déjà déclarées.

### ENQUÊTE SUR LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES DES SENIORS (INSEP, 2000)

**Source :** <https://hal-insep.archives-ouvertes.fr/hal-01744454/document>

Cette enquête, menée par le laboratoire de sociologie du sport de l'Insep en 2000, a pour objectif de décrire et de mesurer l'ensemble du phénomène sportif en France.

Plutôt que d'imposer une définition a priori, les sociologues de l'Insep ont laissé les enquêtés définir eux-mêmes ce qu'ils entendaient par « faire du sport » et ont opté *de facto* pour une conception large : « *le sport, c'est ce que font les gens quand ils pensent qu'ils font du sport* ». La stratégie était de renseigner toutes les pratiques renvoyant à l'idée de « faire du sport », d'intégrer un ensemble de pratiques de loisirs liées au plein air ou à la ville ou bien encore à l'entretien du corps. Cela permettait ensuite de discerner, à partir des déclarations des enquêtés, les modalités de leurs pratiques : intensité, lieux, moments, cadre institutionnel ou non. Pour répondre aux objectifs, deux questions préalables ont ainsi été posées :

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait, même occasionnellement ou même pendant vos vacances, des activités physiques et sportives, ou d'autres activités de ce type » ;
- « Pouvez-vous citer le plus précisément possible toutes les activités physiques et sportives que vous avez pratiquées au cours des douze derniers mois ? ».

À la suite de ces deux questions, une relance a été effectuée.

Un échantillon de 6 526 personnes (méthode des quotas), représentatif de la population des Français de 15 à 75 ans (métropole + DOM-TOM), a été enquêté au téléphone par questionnaire en juillet 2000.

Concernant la situation sociale, les variables « diplôme » et « indicateur de richesse », correspondant au rapport du salaire du foyer au nombre de personnes composant le foyer, ont été utilisées.

### ENQUÊTE SUR LES SOLITUDES (FONDATION DE FRANCE, 2014)

Source : <https://www.fondationdefrance.org/fr>

Initié en 2010, le baromètre « Les Solitudes en France » a pour objectif d'évaluer la situation des Français en regard de l'isolement relationnel. Il prend comme point d'entrée la fréquence des relations sociales au sein des cinq réseaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et de voisinage.

L'enquête 2014 est la quatrième vague de ce baromètre. Elle a été conduite par téléphone auprès de 4 007 Français âgés de 18 ans et plus entre le 8 janvier et le 4 février, selon la méthode des quotas. L'échantillon est représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus en termes de sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, taille de commune et régions définies selon l'Union des annonceurs.

### ENQUÊTES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (INSEE)

Source : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/s1275>

L'objectif de l'enquête sur les technologies de l'information et de la communication (TIC) réalisée auprès des ménages est de collecter des informations décrivant l'équipement et les usages des ménages dans le domaine des technologies de l'information et de la communication (informatique, internet fixe et mobile). Cette enquête répond ainsi à une demande de l'Union européenne sur l'utilisation des TIC. L'enquête a lieu en avril et mai de chaque année par téléphone.

### ENQUÊTE VIE QUOTIDIENNE ET SANTÉ (DREES)

Source : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-vie-quotidienne-et-sante-2014-resultats-departementaux-d-une-enquete>

L'enquête « Vie Quotidienne et Santé » (VQS) a été menée à la fin de l'année 2014 et au début de l'année 2015 auprès de 166 800 personnes vivant à domicile en métropole et dans les départements d'outre-mer. Conçue par la Drees, mise en œuvre par l'Insee et bénéficiant du soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), elle constitue le premier volet du dispositif d'enquêtes « Care » (Capacité, Aides et Ressources) sur les seniors. Elle s'inscrit dans la lignée des grandes enquêtes statistiques sur la santé et l'autonomie menées par l'Insee et la Drees depuis les années 1990.

Les résultats concernent notamment l'état de santé perçu, les difficultés à accomplir les activités de la vie quotidienne et le recours à une aide, la répartition des personnes par groupe d'autonomie, mis en regard de données sur l'espérance de vie, et la répartition selon la catégorie socioprofessionnelle antérieure des retraités.

### ÉTUDE ABENA (INVS 2011-2012)

Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/009-abena2011-2012.asp>

L'étude Abena 2011-2012 sur l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire a été réalisée de novembre 2011 à mi-avril 2012 dans six zones urbaines françaises (Paris, Marseille, Grand-Dijon,

Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne et Hauts-de-Seine) auprès de 2 019 adultes de 18 ans et plus. Elle a été reconduite après une première enquête menée en 2004 et 2005 dans quatre zones urbaines communes (Paris, Marseille, Grand-Dijon, Seine-St-Denis) auprès d'un échantillon de 1 164 personnes. Abena 2011-2012 a permis d'actualiser les données sur les comportements alimentaires et l'état nutritionnel de cette population mais aussi d'analyser les évolutions observées depuis 2004.

### ÉTUDE INDIVIDUELLE NATIONALE DES CONSOMMATIONS ALIMENTAIRES (INCA3)

Source : <https://www.anses.fr/fr/content/les-etudes-inca>

Le rôle de l'alimentation dans l'augmentation ou la prévention de certaines maladies comme le cancer, l'obésité ou les maladies cardiovasculaires, est aujourd'hui scientifiquement établi. Afin de mieux prévenir ces maladies et améliorer l'état de santé de la population française, il est indispensable de bien connaître son alimentation et son état nutritionnel. Dans ce but, l'Anses réalise tous les sept ans une étude individuelle nationale des consommations alimentaires (INCA) sous l'égide des Ministères de la Santé et de l'Agriculture (INCA1 (1998-99), INCA2 (2006-07) et INCA3 (2014-15)).

L'étude INCA3 a été menée, entre février 2014 et septembre 2015, sur le territoire français métropolitain auprès de 5 855 individus, répartis en 2 698 enfants âgés de 3 à 17 ans et 3 157 adultes âgés de 18 à 79 ans.

Les données recueillies incluaient notamment l'activité physique et la sédentarité, recueillies à l'aide de questionnaires. Ceux-ci ont été administrés en face-à-face pour les enfants de 3 à 17 ans et auto-administrés pour les adultes âgés de 18 à 79 ans adaptés à l'âge des participants :

- **enfants de 3 à 10 ans** : un questionnaire développé par Santé publique France a été administré aux représentants des enfants. Il intègre la fréquence de jeux en plein-air, de cours de sport à l'école, d'entraînements sportifs en dehors de l'école et le mode de transport pour se rendre à l'école sur les 7 derniers jours, ainsi que la perception du niveau d'activité physique de l'enfant par son représentant. La sédentarité a été évaluée par le recueil des temps passés devant des écrans pour les loisirs (télévision, console et ordinateur) sur les 7 derniers jours ;
- **adolescents de 11 à 17 ans** : un questionnaire adapté<sup>37</sup> de l'étude Youth Risk Behavior Survey (YRBS) (version de 2009) a été utilisé [79], permettant de recueillir la fréquence des activités physiques modérées<sup>38</sup> et intenses<sup>39</sup> ainsi que les temps passés devant des écrans pour les loisirs (télévision, console et ordinateur) sur les 7 derniers jours ;
- **adultes de 18 à 79 ans** : une version adaptée du questionnaire Recent Physical Activity Questionnaire (RPAQ) a été utilisée [80]. Ce questionnaire est structuré en trois volets : (i) activités à domicile, (ii) déplacements entre le domicile et le travail et activités au travail et (iii) activités domestiques et de loisirs, y compris sportives. Il permet de recueillir la fréquence et la durée des différentes activités exercées sur les 4 dernières semaines.

La principale modification par rapport aux précédentes études INCA concerne l'abandon du questionnaire IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) utilisé dans l'étude INCA2 pour les individus de 15 à 79 ans au profit du questionnaire de l'YRSB pour les adolescents de 15 à 17 ans et du RPAQ pour les adultes de 18 à 79 ans. Cette modification implique un changement du mode d'administration pour les adultes de 18 à 79 ans : le RPAQ est intégré dans le questionnaire auto-administré, alors que l'IPAQ était administré auparavant en face-à-face.

---

<sup>37</sup> Ajout des activités de ménage et entretien de la maison notamment.

<sup>38</sup> Cela correspond par exemple à la marche rapide, au fait de faire de la trottinette tranquillement.

<sup>39</sup> Cela correspond par exemple aux sports collectifs (football, basket..) ou individuels (natation, jogging...) ou encore à d'autres moments (danser de manière vigoureuse, faire du vélo rapidement...).



## ÉTUDE DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT, LA BIOSURVEILLANCE, L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LA NUTRITION (ESTEBAN 2015)

**Source :** <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Environnement-et-sante/2017/Etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-Esteban-2014-2016-Chapitre-Activite-physique-et-sedentarite>

Le volet nutritionnel de l'étude Esteban avait pour objectif de décrire les consommations alimentaires, l'activité physique, la sédentarité et l'état nutritionnel de la population résidant en France métropolitaine. Il s'agissait pour ce volet nutritionnel d'une reconduction de l'Étude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006-2007, afin de disposer de données fiables d'évolution des indicateurs ayant déjà fait l'objet d'un premier recueil 10 ans auparavant. Esteban a été réalisée sur un échantillon d'enfants de 6 à 17 ans et d'adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine. L'inclusion des sujets s'est déroulée d'avril 2014 à mars 2016.

Le recueil de données sur l'activité physique et la sédentarité visait à évaluer le niveau d'activité physique de la population et son adéquation avec les recommandations en matière de santé. Il s'agissait de mesurer le niveau d'activité physique (en termes de fréquence, durée, intensité de la pratique) et le niveau de sédentarité (durée quotidienne des activités sédentaires, temps passé devant un écran) des adultes et des enfants, dans le cadre de l'ensemble de leurs activités (professionnelles, scolaires, domestiques, de loisirs etc.). Ces données ont été recueillies par auto-questionnaires et ont porté sur un échantillon national représentatif de 2 678 adultes et 1 182 enfants de 6 à 17 ans. L'activité physique et la sédentarité ont été décrites grâce à des données recueillies par des questionnaires adaptés à l'âge du sujet, les mêmes que dans INCA3.

## ÉTUDE SU.VI.MAX

**Source :** [https://epidemiologie-france.aviesan.fr/ccontent/pdf/\(ObjectId\)/87945](https://epidemiologie-france.aviesan.fr/ccontent/pdf/(ObjectId)/87945)

SU.VI.MAX (SUplémentation en Vitamines et Minéraux Anti-oXydants) est une étude lancée en 1994 dont l'objectif principal était d'établir la nature causale du lien entre un apport bas en nutriments antioxydants et le risque de cancer ou de cardiopathie ischémique et la mortalité consécutive. Cette étude a également permis de constituer une source d'informations sur la consommation alimentaire des français et leur état de santé.

En 2007, 7 000 séniors volontaires (âgés de 55 à 72 ans) ont été contactés pour faire partie d'une nouvelle étude baptisée SU.VI.MAX 2, dont l'objectif est de comprendre l'impact de l'alimentation sur le vieillissement.

Les données de cette étude ont été utilisées afin d'étudier l'évolution de la sédentarité et de l'activité physique au travers du passage à la retraite, et de caractériser les interrelations entre ces deux comportements, avant, pendant et après la retraite. Les résultats portent sur un échantillon de 2 841 personnes (1 453 hommes et 1 388 femmes) pour lesquelles les données d'activité physique et de sédentarité étaient disponibles en 2001 et en 2007.

## EUROBAROMÈTRE SUR LE SPORT ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

**Source :** <ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/ResultDoc/download/DocumentKy/82432>

L'étude Eurobaromètre 2017 a été commandée par la Direction Générale de l'Éducation, de la Jeunesse, du Sport et de la Culture (DG EAC) de la Commission européenne. Elle fait suite aux précédentes études Eurobaromètre sur le sport et l'activité physique menées en 2002, 2009 et 2013. En décembre 2017, 28 031 citoyens européens issus des 28 états membres de l'Union européenne ont été interrogés en face-à-face dans leur langue natale par le réseau TNS Opinion & Social. La méthodologie utilisée est celle des études Eurobaromètre Spécial de la Direction générale communication (Unité « Recherche et analyse politique »). Cette étude fait suite à un Eurobaromètre relativement comparable réalisé en 2005 dans les 25 états membres de l'UE.

L'enquête montre quels sont les états membres dont les citoyens pratiquent le plus (ou le moins) d'activités physiques, mais également dans quel contexte les personnes interrogées font de l'exercice. Elle montre également comment les citoyens de l'UE perçoivent les possibilités de faire du sport là où ils vivent, combien



de personnes ont une activité bénévole qui soutient les activités sportives dans leurs communautés, et combien de temps elles consacrent à ce bénévolat. L'étude donne également des informations sociodémographiques détaillées qui contribuent à comprendre quelles sont les tranches de la société européenne qui prennent le plus au sérieux le sport et les activités physiques.

### **INCIDENCE DES PATHOLOGIES (SANTÉ PUBLIQUE FRANCE)**

**Source :** <http://www.invs.sante.fr>

Santé Publique France produit des données d'incidence pour différentes pathologies, dont les cancers et la maladie de Parkinson. Selon la pathologie, les méthodes d'estimation sont différentes. Elles s'appuient en général sur l'utilisation des données des ALD, du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), des registres des cancers et des données disponibles dans le Sniiram.

### **LICENCES ET CLUBS AU SEIN DES FÉDÉRATIONS SPORTIVES AGRÉÉES (MEOS, 2015)**

**Source :** <https://www.data.gouv.fr/>

Le recensement des licences et clubs sportifs concerne l'ensemble des fédérations sportives agréées par le Ministère chargé des sports. Il concerne à la fois les licences proprement dites, mais aussi les autres types de participation (ATP). Une licence est définie comme un titre payant, permettant une pratique annuelle, même si le possesseur de la licence ne pratique que deux mois dans l'année. Les ATP sont l'ensemble des titres qui ne sont pas des licences, comme par exemple des titres à la journée.

Jusqu'en 2010, il était demandé à chaque fédération sportive d'envoyer à la Mission des études et de l'observation statistique (MEOS) la répartition de leurs licences par département, sexe et année de naissance, ainsi que la répartition par département de leurs clubs. Depuis 2011, dans le cadre des conventions d'objectifs que l'État passe avec les fédérations, il est demandé aux fédérations sportives de transmettre, à la MEOS, le fichier anonyme de leurs licenciés, incluant l'adresse du licencié, son sexe ainsi que sa date de naissance ainsi que celui de leurs clubs, incluant l'adresse du club.

Sur la base de ces fichiers, le Ministère mène en partenariat avec l'Insee une démarche nationale de géolocalisation permettant d'obtenir des informations à des fins statistiques uniquement. Une fois réceptionnés et prétraités par la MEOS, ces fichiers sont transmis à l'Insee qui, au sein de sa division des études territoriales (INSEE/DAR/DET), procède à l'affectation du code commune et du code ZUS pour chaque licence, et l'affectation du code commune pour chaque club. Les fichiers ainsi complétés et retransmis à la MEOS permettent de calculer le nombre de licences délivrées par commune, en différenciant le sexe et l'âge du licencié, dans les ZUS, selon le sexe, ainsi que le nombre de clubs par commune et fédération.

C'est un recensement à la commune d'habitation du licencié et non à la commune de pratique du licencié.

### **MORTALITÉ (INSERM)**

**Source :** <http://www.cephdc.inserm.fr/>

Depuis 1968, le CépiDc de l'Inserm est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Insee. Cette statistique est établie à partir des informations recueillies à partir de deux documents : le certificat médical et le bulletin d'état civil de décès. Le CépiDc gère une base de données comportant actuellement près de 20 millions d'enregistrements (décès depuis 1968). Il existe aujourd'hui deux modalités pour établir un certificat de décès : la certification électronique des décès et la certification papier.

## RECENSEMENT DES ÉQUIPEMENTS SPORTIFS ESPACES ET SITE DE PRATIQUES (RES) (MINISTÈRE DES SPORTS)

Source : <http://www.res.sports.gouv.fr/>

Le recensement, réalisé par le Ministère des sports porte sur tous les équipements sportifs ouverts au public, à titre gratuit ou onéreux, pour y pratiquer une activité physique et sportive. Il comprend les principaux sites de sport de nature. Il fournit des informations sur :

- la géolocalisation des équipements sportifs, espaces et site de pratiques ;
- le nombre d'équipements classés par type et par activité(s) physique(s) et sportive(s) pratiquée(s) ou praticable(s).

Les données du RES sont mises à jour quotidiennement par :

- le formulaire obligatoire de déclaration Cerfa n°13436\*02 destiné à tout propriétaire d'équipement sportif qui est tenu par la loi de déclarer au préfet de département la création, la modification, le changement d'affectation, la cession ou la suppression d'un équipement sportif (article L 312-2 du Code du sport) ;
- l'action régulière des services de l'État, notamment par la procédure de révision quadriennale des données qui prévoit que chaque fiche d'un équipement soit revisitée tous les 4 ans, en fonction de la taille de la commune où il est implanté ;
- les fédérations sportives pour ce qui concerne le classement fédéral des équipements sportifs utilisés pour les compétitions dans les disciplines pour lesquelles elles ont délégation.

## RECENSEMENT, ESTIMATIONS ET PROJECTIONS DE LA POPULATION (INSEE)

Sources :

Recensement de la population : <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensement/resultats/doc/presentation-recensement.htm>

Estimations de population : <https://www.insee.fr/fr/information/2546473>

Projections de population : <https://www.insee.fr/fr/information/2546485>

Le recensement de la population permet de connaître la diversité et l'évolution de la population de la France. L'Insee fournit ainsi des statistiques sur les habitants et les logements, leur nombre et leurs caractéristiques : répartition par sexe et âge, professions, conditions de logement, modes de transport, déplacements domicile-travail, etc. Le recensement repose désormais sur une collecte d'information annuelle, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans. Les communes de moins de 10 000 habitants réalisent une enquête de recensement portant sur toute la population, à raison d'une commune sur cinq chaque année. Les communes de 10 000 habitants ou plus, réalisent tous les ans une enquête par sondage auprès d'un échantillon d'adresses représentant 8% de leurs logements.

Les estimations de population permettent d'actualiser les résultats du recensement le plus récent pour des territoires de taille suffisante : la France, les régions et les départements. Elles sont utilisées exclusivement à des fins statistiques et n'ont pas de valeur juridique. Elles permettent de constituer des séries annuelles longues.

L'Insee réalise également des projections de population pour la France, pour les régions et les départements, des projections de population active ainsi que des projections du nombre de ménages. Ces projections de population ont pour point de départ les derniers effectifs définitifs de la population par sexe et âge.

Elles simulent chaque année jusqu'à l'horizon de projection le nombre d'hommes et de femmes de chaque âge sur la base d'hypothèses sur l'évolution des trois composantes des variations de population (méthode des composantes) : fécondité, mortalité et migrations.



Avec le concours de la DRDJSCS Auvergne Rhône-Alpes



**CNDS**  
CENTRE NATIONAL  
POUR LE  
DÉVELOPPEMENT  
DU SPORT



UFR DE MÉDECINE  
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES  
Université Clermont Auvergne



#### CITATION DE CE RAPPORT

Larras B, Praznoczy C, dir. *État des lieux de l'activité physique et de la sédentarité en France - Édition 2018 - Personnes avançant en âge*. Clermont-Ferrand : Observatoire national de l'activité physique et de la sédentarité, mai 2018. 100 pages. Disponible à partir de l'URL : [www.onaps.fr](http://www.onaps.fr)



Observatoire national de l'activité  
physique et de la sédentarité

Faculté de médecine  
Laboratoire de physiologie  
et de biologie du sport  
28 place Henri Dunant - BP 38  
63001 Clermont-Ferrand Cedex 1  
Tél. 04 73 17 82 19  
contact@onaps.fr  
www.onaps.fr

Mai 2018

ISBN 978-2-9560116-7-5