



Pour une population active et en santé : une perspective de santé publique

Mémoire des directeurs de santé publique présenté dans le cadre des consultations nationales sur le livre vert « Le goût et le plaisir de bouger : vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique », ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2013

Août 2013



Rédaction

Michel Beauchemin, coordonnateur

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Marie-France Boudreault, chef d'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Collaborateurs

Suzanne Auger, coordonnatrice du programme Enfance-Jeunesse, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Mario Champagne, agent de planification, de programmation et de recherche, conseiller Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Édith Dumont agente de planification, de programmation et de recherche, conseillère Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Francis Fullwood, agent de planification, de programmation et de recherche, conseiller Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais

Hélène Gagnon, agente de planification, de programmation et de recherche, conseillère Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Guy Gilbert, agent de planification, de programmation et de recherche, conseiller Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

André Gobeil, adjoint à la responsable du secteur Tout-petits-Jeunes, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Marylène Goudreault, conseillère en promotion de la santé – Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Suzanne Guay, conseillère en promotion de la santé – Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Julie Hins, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Benoît Laberge, agent de planification, de programmation et de recherche, conseillère Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Kim Labonté, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Marie-Noëlle Lavoie, coordonnatrice en promotion de la santé physique et psychosociale, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Laurence Le Hénaff, chef d'équipe Adaptation familiale et sociale/Santé dentaire, secteur 0-5 ans, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Silvio Manfredi, coordonnateur promotion-prévention par intérim, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Isabelle Michaud, agente de planification, de programmation et de recherche, conseillère Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Chantal-Anne Moreau, adjointe au directeur à la gestion des programmes, chef de service promotion et prévention, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Céline Morrow, chef d'équipe Pauvreté/Développement social et des communautés, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Nathalie Ratté, agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Linda Richard, agente de planification, de programmation et de recherche, conseillère Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

Judith Rose-Maltais, chef d'équipe Sécurité dans les milieux de vie/Vieillesse en santé, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Paul St-Amand, agent de planification, de programmation et de recherche, conseiller Kino-Québec, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

François Thérien, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Mise en page

Linda Blais, agente administrative, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Ce document est également disponible en format électronique à l'adresse Internet www.dspq.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN 978-2-89616-210-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-89616-211-6 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Beauchemin, M., et M.-F. Boudreault. *Pour une population active et en santé : une perspective de santé publique. Mémoire des directeurs de santé publique présenté dans le cadre des consultations nationales sur le livre vert « Le goût et le plaisir de bouger : vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique »*, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport 2013. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, 2013, 29 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Ce mémoire, présenté dans le cadre de la consultation nationale sur le livre vert « Le goût et le plaisir de bouger : vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique » tenue le 20 juin 2013 à Québec, est déposé par les directeurs de santé publique suivants :



Dr Sylvain Leduc
Bas-Saint-Laurent, par intérim



Dre Hélène Dupont
Outaouais



Dre Alejandra Irace-Cima
Laval



Dr Donald Aubin
Saguenay-Lac-Saint-Jean



Dr Réal Lacombe
Abitibi-Témiscamingue



Dr Jean-Pierre Trépanier
Lanaudière



Dr François Desbiens
Capitale-Nationale



Dr Raynald Cloutier
Côte-Nord



Dre Jocelyne Sauvé
Montréal



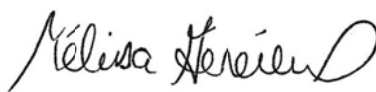
Dr Gilles W. Grenier
Mauricie et Centre-du-Québec



Dr Éric Goyer
Nord-du-Québec
Laurentides



Dre Françoise Bouchard
Nunavik, par intérim



Dre Mélissa Généreux
Estrie




Dre Ariane Courville
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine,
par intérim



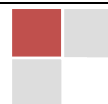
Dr Robert Carlin
Terres-Cries-de-la-Baie-
James, par intérim



Dr Richard Massé
Montréal



Dr Philippe Lessard
Chaudière-Appalaches



Le directeur de santé publique est responsable dans sa région* :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
2. d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
3. d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller l'agence sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
4. d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

* Gouvernement du Québec (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. L.R.Q., chap. S-4.2, art. 373, Éditeur officiel du Québec.

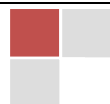
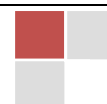


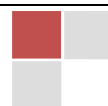
TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	6
INTRODUCTION	7
1. LA PRATIQUE RÉGULIÈRE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, LA SANTÉ ET LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES	9
2. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ	13
3. LES POPULATIONS CIBLES	17
4. LES MILIEUX DE VIE PRIORITAIRES	20
5. L'ACTION INTERSECTORIELLE	23
CONCLUSION	25
RÉFÉRENCES	27



LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Obésité au Québec – Progression 1990-2004	9
Figure 2 :	Environnement favorable : <i>une définition, un cadre</i>	10
Figure 3 :	Environnement favorable et activité physique : <i>un exemple</i>	11
Figure 4 :	La santé et ses déterminants	13
Figure 5 :	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 : niveau d'activité physique selon l'indice de défavorisation	14
Figure 6 :	Proportion des jeunes qui sont actifs dans leurs loisirs : 6 à 11 ans et 12 à 17 ans	18



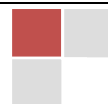
INTRODUCTION

Le 31 octobre 2012, la première ministre, M^{me} Pauline Marois, annonçait l'intention de son gouvernement de moderniser la politique nationale du sport et du loisir afin que la population québécoise devienne une des nations les plus en forme du monde. Le 10 juin 2013, la ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), M^{me} Marie Malavoy, invitait le D^r François Desbiens, directeur de santé publique de la Capitale-Nationale, représentant des directeurs de santé publique (DSP) au Comité national Kino-Québec, à participer à une journée de consultation nationale sur le livre vert intitulé « Le goût et le plaisir de bouger : vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique ». Tenue le 20 juin 2013, cette rencontre regroupait plusieurs représentants d'organismes nationaux sous le thème *Promotion d'un mode de vie physiquement actif et développement des activités récréatives*. Le présent mémoire reprend l'essentiel des commentaires qui ont été livrés par le représentant du D^r Desbiens, au nom des DSP, M. Michel Beauchemin, coordonnateur à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale.

Les DSP remercient M^{me} Malavoy de l'opportunité qu'elle leur offre de pouvoir participer à cette consultation concernant ce projet de politique nationale. Ils saluent l'intention du gouvernement qui, selon les propos mêmes de M. Sylvain Pagé, adjoint parlementaire à la ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport qui présidait la rencontre du 20 juin 2013, affirmait « [...] que cette politique nationale s'inscrive dans une perspective de développement durable de la santé des Québécois et soit intégrée à la prochaine politique nationale de prévention du gouvernement ».

Les DSP accueillent favorablement le projet de politique nationale, lequel vise deux défis : hausser le niveau d'activités physiques et améliorer la condition physique de la population québécoise. Ils saluent la volonté du gouvernement d'améliorer la santé des jeunes et leur famille par la promotion des déplacements actifs et sécuritaires, l'accès aux équipements sportifs à un moindre coût et par la création d'environnements favorables à la pratique d'activités physiques. La démocratisation de l'accès, l'importance accordée aux notions de plaisir et de qualité des expériences par le biais d'environnements sécuritaires et de la qualité d'encadrement offert par les bénévoles et les professionnels sont à souligner.

Les DSP réitèrent leur volonté de poursuivre la promotion d'un mode de vie physiquement actif et de collaborer à ce projet. À ce propos, ils tiennent à rappeler leur implication et leur contribution depuis près de 30 ans à la promotion de l'activité physique et à un mode de vie physiquement actif dans le cadre du programme Kino-Québec issu d'un partenariat entre le MELS, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les ASSS. Ce partenariat se traduit en région par de nombreuses actions et initiatives de concertations intersectorielles qui facilitent notamment



l'actualisation du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir* (PAG).

Ce mémoire aborde les thèmes suivants :

- la pratique régulière de l'activité physique, la santé et les environnements favorables;
- les inégalités sociales de santé;
- les populations cibles;
- les milieux de vie prioritaires;
- l'action intersectorielle.

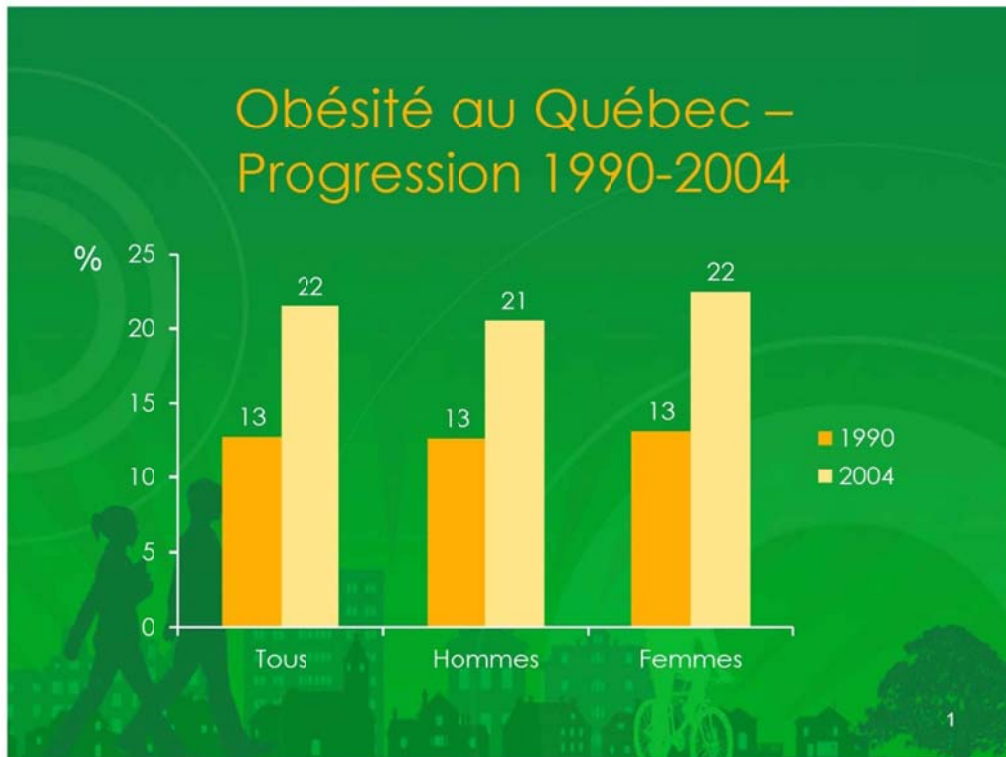


1.

LA PRATIQUE RÉGULIÈRE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, LA SANTÉ ET LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES

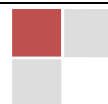
Comme mentionné dans le livre vert, « Le faible niveau d'activité physique est reconnu comme une des principales causes de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et certaines formes de cancer. La sédentarité, conjuguée à de mauvaises habitudes alimentaires, a engendré une hausse continue des coûts sociaux et économiques¹. » À ce constat, on doit ajouter la prise en compte des données sur l'obésité, lesquelles, comme le démontre la figure 1, nous indiquent la progression du phénomène au Québec entre 1990 et 2004.

FIGURE 1
Obésité au Québec – Progression 1990-2004



Source : Québec en Forme (2012). Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie. Présentation PowerPoint « Les environnements favorables aux saines habitudes de vie », diapositive n° 7, 48 p.

En marge des travaux de réalisation du PAG, le MSSS, Québec en Forme (QEF) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) menaient une réflexion pour comprendre les causes et cerner les solutions pour contrer ce qui est convenu d'appeler l'épidémie d'obésité. Publié en 2012 par le MSSS, le document *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, apporte des éléments



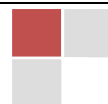
de réponse et propose une définition, un cadre (figure 2). « La réponse se trouve dans l'effet cumulatif des nombreux changements apportés par la vie moderne : urbanisation, industrialisation, informatisation, transformation de la famille traditionnelle et du travail, mondialisation, manque de temps, etc. Ces facteurs font pression sur notre mode de vie en modifiant ce que l'on mange et notre manière de manger. Ils influencent notre profil d'activité physique et nous imposent des modèles physiques auxquels on veut ressembler². »

D'autres chercheurs mentionnent que « [...] si le débat sur l'obésité et l'embonpoint a longtemps focalisé sur le volet lié à l'alimentation ou aux faibles niveaux d'activité physique³, de plus en plus de chercheurs portent aussi leur attention sur l'influence du milieu bâti et des déplacements actifs⁴ sur les taux d'obésité³⁻⁵⁻⁶. Les experts s'entendent pour dire que les changements des modes de vie sont en grande partie responsables de l'obésité, le bagage génétique ne pouvant expliquer à lui seul l'augmentation de la prévalence et la propagation rapide de l'obésité observées ces dernières années⁷ ».

FIGURE 2
Environnement favorable : une définition, un cadre



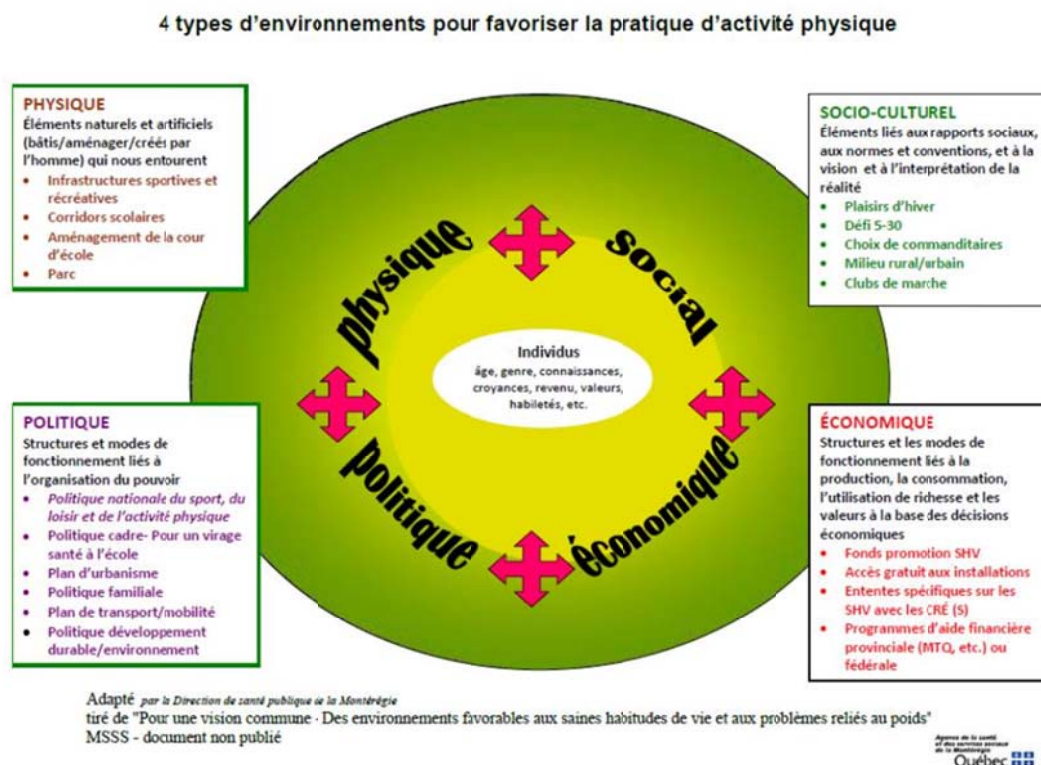
Source : Québec en Forme (2012). Comité québécois de formation sur les saines habitudes de vie. Présentation PowerPoint « Les environnements favorables aux saines habitudes de vie », diapositive n° 38, 48 p.



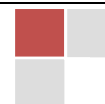
En somme, pour améliorer la santé de la population et par conséquent pour améliorer les habitudes de vie, il faut, selon le MSSS, QEF et l'INSPQ des conditions propices à la santé et à l'adoption des comportements souhaitables, ce que nous ne retrouvons pas assez dans notre société. Leur conclusion : améliorer l'environnement favorable à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes liés au poids. Appliquée à l'activité physique, cette vision commune permet de placer, selon les environnements physique, socioculturel, économique et politique, un ensemble d'actions ou de mesures pouvant avoir une influence sur le comportement des individus. La figure 3 est un exemple de cette application pour l'activité physique.

Comme le précise le MELIS dans un document à paraître⁸ « Un mode de vie physiquement actif est un mode de vie qui intègre la pratique de diverses activités physiques, de durée et d'intensité variables, pour les bienfaits qui s'y rapportent. » Cette définition reconnaît tant les activités physiques de la vie quotidienne que les activités physiques organisées ou non, encadrées ou non. En rapport avec la vision commune des environnements favorables, elle inclut une vaste gamme d'activités pratiquées par toutes les personnes, et ce, tout au long de l'année quelle que soit la saison. Un mode de vie physiquement actif, c'est plus qu'une valeur, c'est une perspective, voire une orientation.

FIGURE 3
Environnement favorable et activité physique : un exemple

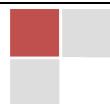


Source : Consultation sur le livre vert « Le goût et le plaisir de bouger : vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique », par M^{me} Suzanne Auger, en collaboration avec M^{mes} Isabelle Michaud et Hélène Gagnon, Direction de santé publique de la Montérégie, présentation PowerPoint, 27 juin 2013, 13 p.



Pour s'attaquer aux deux défis de la politique nationale, il faut retenir la vision commune des environnements favorables et avoir en perspective la promotion d'un mode de vie physiquement actif, et ce, peu importe l'âge et la condition physique.

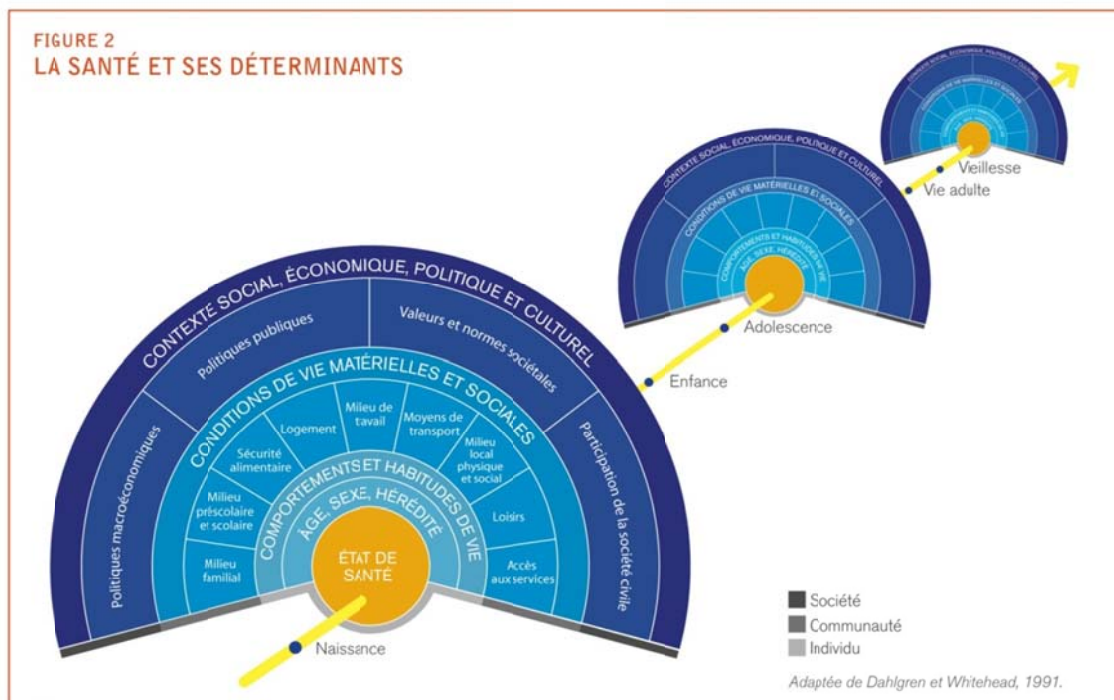
Pour les DSP, la finalité demeure l'amélioration de la santé de la population. C'est pourquoi la politique nationale devrait non seulement adopter le cadre *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, mais elle devrait aussi avoir comme perspective et orientation l'amélioration d'un mode de vie physiquement actif afin de maximiser les impacts sur la santé de la population.



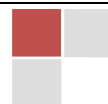
2. LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

S'il est souhaitable que la politique nationale améliore la santé de la population, il faut absolument qu'elle vise la réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Il y a une relation étroite entre la position sociale d'une personne et sa santé qui se traduit par le gradient social⁹. Plus la population a un statut social élevé plus son état de santé est bon, et à l'inverse, plus son statut social est faible plus sa santé est faible. Les ISS se définissent comme les écarts dans l'état de santé de la population qui existent de façon systématique entre les groupes socioéconomiques. On observe que le lien entre le statut social et la mauvaise santé est fort, qu'il est constant au sein de différentes populations et qu'il persiste dans le temps¹⁰. Pour bien comprendre ce phénomène, il faut faire état des déterminants de la santé. La figure 4 illustre comment la santé des individus est déterminée par de multiples facteurs. Elle montre notamment que les différentes catégories de déterminants superposés ont une influence sur les autres. Ainsi, les comportements et les habitudes de vie des individus, comme l'activité physique, sont influencés par les conditions de vie dans lesquelles ils vivent, elles-mêmes influencées par le contexte social.

FIGURE 4
La santé et ses déterminants



Source : Hyppolite, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 161 p.

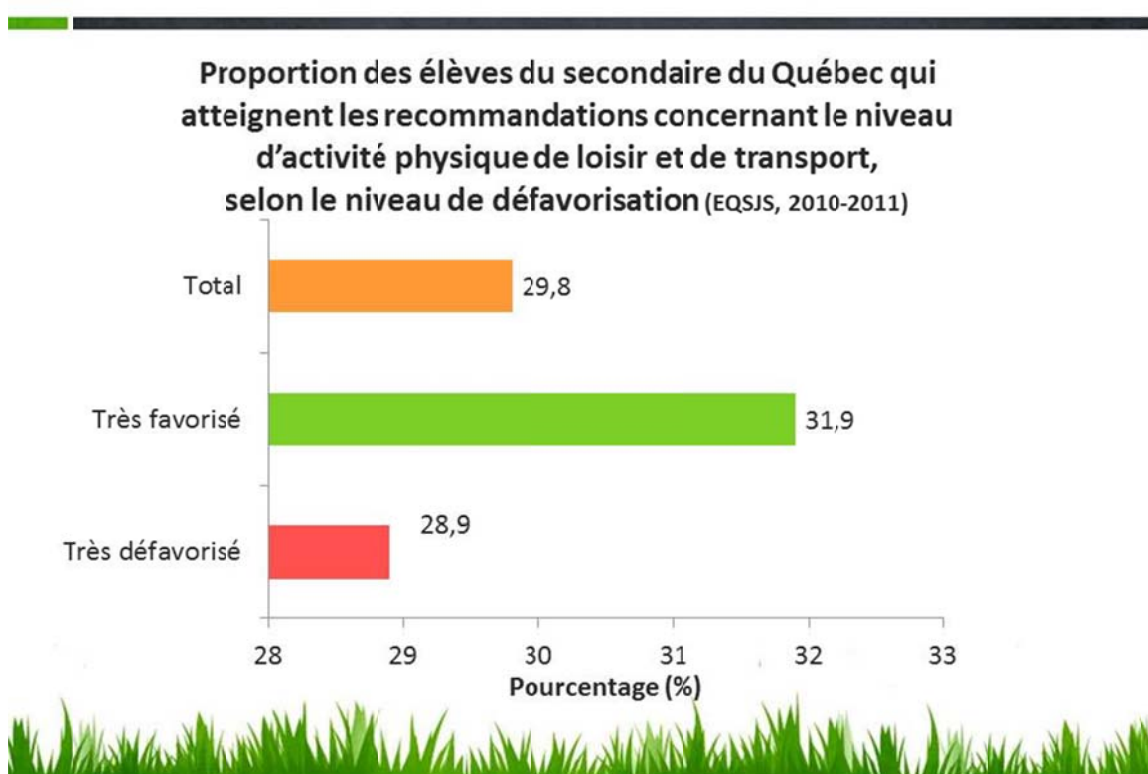


Plusieurs études dans le monde ont montré que les niveaux d'activité physique ont tendance à être faibles chez les groupes socialement défavorisés et qu'il est parfois très difficile de promouvoir la pratique régulière de l'activité physique dans ces groupes¹¹.

L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 (EQSJS) (figure 5) illustre bien à sa façon les écarts qui existent entre les jeunes selon leur niveau de défavorisation¹² concernant le niveau d'activité physique de loisir et de transport recommandé. « L'analyse selon la *défavorisation matérielle et sociale* montre que les élèves issus de milieux très favorisés sur les deux plans sont proportionnellement plus actifs que ceux des milieux moins favorisés (31,9 % c. 28,9 % pour les quintiles 1 et 5). »¹³

FIGURE 5
Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011

Niveau d'activité physique selon l'indice de défavorisation



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *La santé des jeunes du secondaire au Québec : Santé physique et habitudes de vie*. Québec, 20 p.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Les groupes socialement défavorisés rencontrent souvent dans leur vie tout un ensemble de difficultés. Dans bien des cas, l'activité physique n'est sans doute pas leur priorité et il est peut-être plus important de répondre à leurs besoins essentiels. Or, pour un bon nombre de ces groupes, on sait que de faibles niveaux d'activité physique viennent s'ajouter indirectement à la liste de leurs problèmes. Par conséquent, les bénéfices au sens large de l'activité physique et les



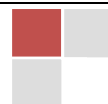
conséquences de la sédentarité devraient également être pris en compte aux fins de la promotion de l'activité physique dans ces groupes, car elle produit des résultats positifs tels que les liens sociaux, l'inclusion sociale, la mobilité active, les perspectives d'emploi et la productivité. L'argument de l'adoption d'un mode de vie physiquement actif comme moyen d'améliorer et d'accroître d'autres effets souhaitables permettrait d'ouvrir de nouvelles possibilités de promotion. Il est donc important de reconnaître que l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés peut à la fois être un résultat à atteindre et un moyen d'atteindre d'autres résultats. Ces deux approches sont sans conteste pertinentes et utiles¹⁴. »

Depuis plus de quinze ans, différentes directions de santé publique documentent les inégalités sociales de santé, proposent et travaillent à mettre en place des mesures pour les réduire¹⁵. Le directeur national de santé publique du MSSS l'a bien décrit dans son troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Riche de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*, dans lequel les liens entre la pauvreté chez les jeunes et ses effets sur la santé tout au long de la vie sont documentés¹⁶.

Pour contrer les inégalités sociales de santé, la communauté scientifique suggère de mettre en place, voire ajuster, des programmes, des politiques et des services offerts de façon uniforme à toute la population, en tenant compte d'une échelle et d'une intensité proportionnelles au degré de défavorisation. L'*Universalisme proportionné* consiste à offrir à l'ensemble de la population un certain nombre de services universels, puis intensifier ensuite l'action publique en fonction des besoins spécifiques des personnes selon les difficultés auxquelles elles sont confrontées. Pour chacune des mesures, dites universelles, s'adressant à toute la population, il y a lieu de prévoir des programmes ciblés qui tiennent compte des caractéristiques des groupes sociaux touchés par les ISS et de l'ensemble des déterminants. Les interventions et les mesures auront alors une fréquence, une durée et une intensité ajustées en fonction des groupes ciblés¹⁷.

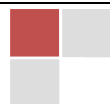
Comme le précise l'OMS à propos des groupes socialement défavorisés, « Ce qui distingue principalement la promotion de l'activité physique dans ces groupes, c'est la méthode. La façon dont le ciblage est effectué, les modalités de mise en œuvre des interventions et la possibilité d'intensifier les efforts pour atteindre le groupe cible en question sont déterminantes. Dans ce contexte, il est important que les responsables de l'élaboration des politiques et les concepteurs de programmes reconnaissent que les groupes socialement défavorisés puissent avoir besoin d'être davantage soutenus à tous les niveaux, ce qui peut se traduire, par exemple, en termes de durée des projets, de financement et de besoins sur le plan du renforcement des capacités. À l'inverse, tout porte à croire que le fait d'amener ces groupes à avoir une activité physique donne davantage de résultats positifs que dans le cas d'autres groupes cibles¹⁸. »

Au Québec, on trouve des exemples qui vont dans le même sens, notamment en périnatalité. Pensons au programme OLO (œufs, lait, jus d'orange) et aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité offrant aux mamans et futures mamans un soutien particulier.



Pensons également au programme de services de garde éducatifs à l'enfance à 7 \$ qui prévoit un rehaussement du nombre de places dans les centres de la petite enfance situés dans les territoires à forte défavorisation. En rapport avec le sport, le loisir et l'activité physique, pensons au programme Accès-Loisirs Québec qui permet aux personnes à faible revenu de participer gratuitement aux activités de loisirs d'une ville en comblant les places inoccupées de diverses activités offertes dans sa programmation.

En somme, pour s'assurer que toute la population soit rejointe par la politique nationale et pour réduire les inégalités sociales de santé, les DSP recommandent l'utilisation de l'*Universalisme proportionné* dans l'analyse, le développement et la mise en place des mesures et des interventions (programmes, services, campagnes sociétales, etc.).



3.

LES POPULATIONS CIBLES

La politique nationale annonce une intention de rejoindre toute la population, en particulier les jeunes et les familles. Tout en appuyant cette volonté, nous croyons que l'intervention devrait tenir compte des caractéristiques propres à certains groupes et de l'importance d'une pratique régulière de l'activité physique sur leur développement et leur santé, et même pour certains, l'influence que leur comportement peut avoir sur les autres. Il s'agit des tout-petits (0-4 ans), des jeunes (5-17 ans), des parents (25-44 ans) et des aînés (65 ans et plus) en tenant compte du niveau de défavorisation comme mentionné précédemment.

■ **Les tout-petits (0-4 ans)**

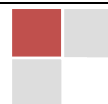
Être actif est essentiel pour le développement de l'enfant qui en retire de grands bénéfices, tant pour sa santé, l'amélioration de la condition physique, les habiletés motrices, la hausse de l'estime de soi. Plus spécifiquement, l'activité physique contribue au développement des habiletés motrices permettant à l'enfant d'acquérir le développement de grands muscles, permettant la maîtrise de certains mouvements tels que s'asseoir, ramper, marcher¹⁹⁻²⁰.

L'Institut de la statistique du Québec diffusera, à l'automne 2013, les résultats de la toute première Enquête québécoise sur le développement des enfants de la maternelle 2012 (EQDEM). Cette enquête livrera des données sur cinq dimensions interreliées du développement de l'enfant à partir de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE). Il faudra profiter de cette occasion pour revoir l'offre de service et l'accompagnement des tout-petits, particulièrement au regard de leur développement cognitif et moteur.

■ **Les jeunes (5-17 ans)**

En 2011, le Comité scientifique de Kino-Québec publiait un important avis sur l'activité physique, le sport et les jeunes²¹. Ce document décrit avec exactitude les déterminants d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes et prône la perspective d'un mode de vie physiquement actif, ce que nous appuyons, comme nous l'avons fait précédemment. Soulignons, à ce propos, les éléments de mieux-être associés à la pratique fréquente et ininterrompue d'activités physiques et sportives durant l'enfance et l'adolescence : la condition physique, la santé physique, le bien-être psychologique et la santé mentale, les compétences sociales, les habiletés cognitives et la réussite scolaire, et enfin, les habitudes de vie²².

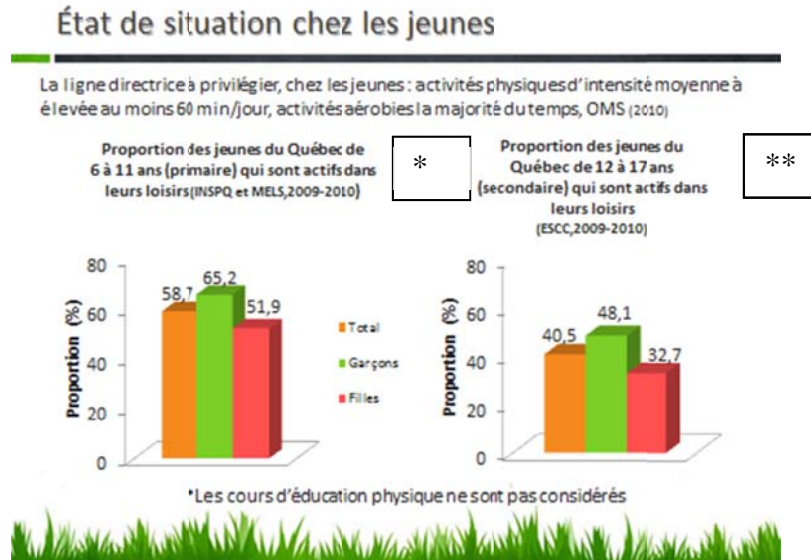
L'environnement a également un impact sur le mode de vie des jeunes. Le quartier de résidence, mais surtout la distance entre le domicile et l'école, de même que le quartier où se situe l'école ont une influence sur le potentiel de déplacements actifs²³.



Enfin, un aspect doit particulièrement être mentionné à propos de la différenciation des genres. L'EQSJS nous indique que les filles et les garçons ont des comportements très différents. Par exemple, lorsque l'on compare la proportion de jeunes du secondaire très peu actifs ou sédentaires durant les loisirs, on observe des écarts importants entre les filles et les garçons (figure 6).

FIGURE 6

Proportion des jeunes qui sont actifs dans leurs loisirs : 6 à 11 ans et 12 à 17 ans



Sources : *Institut national de santé publique du Québec et ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. *Étude des blessures subies au cours de la pratique d'activités récréatives et sportives au Québec en 2009-2010.*

**Institut national de santé publique du Québec et Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010.*

L'avis scientifique de Kino-Québec, mentionné précédemment, décrit bien l'intérêt des adolescentes pour les activités physiques et sportives et les messages à concevoir à leur situation. Il y a donc lieu de tenir compte de la différenciation des genres dans l'offre de service et d'accompagnement des filles comme des garçons, et ce, à tous les âges.

■ Les parents (25-44 ans)

Soutenir la famille signifie devoir soutenir les parents qui ont eux-mêmes une grande influence sur le comportement de leurs enfants. Or, le groupe d'âge qui regroupe le plus grand nombre d'adultes ayant des enfants en bas âge est celui des 25-44 ans. L'*Enquête de santé dans les collectivités canadiennes, 2009-2010* (ESCC) nous révèle que, selon le niveau d'activité physique de loisir, près de 21,8 % sont sédentaires et 19,1 % sont un peu actifs contre 19,5 % qui sont moyennement actifs et 39,6 % actifs. Il est donc à propos de bien documenter les besoins et les attentes des parents concernant leur pratique de l'activité physique, en particulier leurs contraintes et leurs besoins dans un contexte de conciliation travail-famille-loisirs.

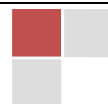


■ **Les aînés (65 ans et plus)**

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007-2008 (ESCC) nous révèle que 30,9 % des aînés sont sédentaires et 20,1 % sont un peu actifs. Or, les bienfaits de l'activité physique chez les aînés sont documentés. Pensons, par exemple, au rôle de l'activité physique dans la prévention des chutes. En effet, l'INSPQ²⁴ identifie les programmes d'exercices dans les interventions ayant le plus haut niveau de preuve quant à leur efficacité à prévenir les chutes.

L'OMS considère que le plus important message de santé à transmettre aux aînés est l'importance d'atteindre et de maintenir un niveau modéré d'activités physiques²⁵. Outre l'augmentation de l'espérance de vie, la pratique d'activités physiques, même à un âge très avancé, contribue à l'amélioration ou au maintien des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie des aînés²⁶. Pour favoriser la pratique régulière d'activités physiques chez les aînés, il est recommandé de leur offrir des programmes distincts qui tiennent compte de leurs divers états de santé et de capacités²⁷, et comme mentionné précédemment, de leurs conditions de vie.

Les DSP recommandent que la politique nationale cible prioritairement et spécifiquement les quatre groupes d'âge que sont les tout-petits (0-4 ans), les jeunes (5-17 ans), les parents (25-44 ans) et les aînés (65 et plus) en tenant compte de la différenciation des genres, notamment chez les adolescents et les adolescentes, et en tenant compte du niveau de défavorisation des groupes et des communautés.



4.

LES MILIEUX DE VIE PRIORITAIRES

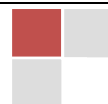
La politique nationale cible les milieux de l'éducation, les municipalités, les milieux du travail, les milieux associatifs et communautaires, les fédérations et le gouvernement. Tout en reconnaissant que ces milieux sont justifiés, nous croyons qu'il y a lieu d'ajouter les services de garde à l'enfance pour rejoindre les tout-petits et certains autres milieux tels que les centres de jour, les clubs de loisirs et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour rejoindre les aînés. Pour les milieux de garde, il y a tout lieu d'attendre les résultats de l'EQDEM 2012 qui seront disponibles à l'automne 2013 pour identifier les priorités d'action. Pour les aînés, on doit consolider le programme VIACTIVE en offrant des services à la pratique d'activité physique diversifiés et adaptés à la réalité des personnes âgées de 50 ans ou plus, notamment pour les personnes autonomes ainsi que pour celles en perte d'autonomie en lien avec le continuum d'intervention en prévention des chutes.

En ce qui concerne les écoles primaires et secondaires, nous appuyons les cinq recommandations de la Coalition québécoise sur la problématique du poids²⁸ :

1. rendre obligatoire un temps minimal consacré aux cours d'éducation physique et à la santé;
2. favoriser les activités physiques intramuros et parascolaires;
3. intégrer l'activité physique à d'autres programmes d'enseignement;
4. organiser et encadrer des récréations actives dans des cours d'école bien aménagées;
5. favoriser les déplacements actifs entre le domicile et l'école.

L'école est un milieu de vie central pour les adolescents, dont le domicile n'est souvent pas à distance de marche de l'école. « Agir sur l'aménagement intérieur et extérieur des écoles secondaires offre un potentiel non négligeable pour influencer les habitudes de vie des adolescents pour de nombreuses raisons : d'abord, ces secteurs scolaires sont le lieu de convergence par excellence des adolescents au quotidien, ensuite, les résultats de la présente étude suggèrent que ces derniers fréquentent plus de destinations à pied autour de leur école que de leur domicile²⁹. »

La réalisation de ces propositions ne peut s'actualiser sans l'apport indispensable du milieu municipal, des milieux associatifs et communautaires et d'autres secteurs tel le secteur de la santé et des services sociaux. Il est souhaitable que la politique nationale valorise que l'école soit ouverte sur sa communauté, utilisant l'approche École en santé, pour inscrire ses actions dans le plan de réussite de l'école et qu'elle soit contributive au processus de mobilisation communautaire présent dans le territoire qu'elle dessert.



Pour favoriser l'adoption d'un mode de vie physiquement actif par l'ensemble de la population, il y a tout lieu de réfléchir à une stratégie d'intervention municipale qui s'inscrive dans une perspective de mobilité durable qui tiendrait compte de l'aménagement urbain, des déplacements actifs et sécuritaires et du transport.

Par ailleurs, il faudrait porter une attention particulière à l'accessibilité du loisir actif en milieu rural. Ce milieu se caractérise par une densité de population et de construction relativement faible, donc par des collectivités de petite taille dispersées sur un vaste territoire. En 2011, on estime que 19 % de la population québécoise, soit 1 534 731 personnes, vit en milieu rural.

Or, l'organisation du loisir actif en milieu rural québécois connaît certains problèmes, dont :

- l'insuffisance ou le mauvais état des infrastructures de loisir;
- l'insuffisance, voire l'absence chronique de ressources humaines permanentes affectées à l'organisation et à l'animation des loisirs;
- une offre de loisirs et des infrastructures parfois développées sans tenir compte des besoins et des caractéristiques de la population (ex. : une offre de loisirs importante pour les adolescents dans des communautés avec des populations vieillissantes, une offre de loisirs peu abordable proposée à une population composée de 23 % de familles monoparentales);
- la disparition d'infrastructures communautaires telles les écoles;
- l'attrition du nombre de bénévoles et l'essoufflement de ceux qui demeurent en place;
- une ouverture variable selon les municipalités au partenariat intermunicipal à des fins de mise en commun d'infrastructures et d'équipements et de partage du financement requis;
- un manque de reconnaissance de la part des élus municipaux de l'importance du loisir et de la pertinence d'investir dans des équipements ou dans l'embauche du personnel, et ce, en raison des maigres budgets consacrés aux loisirs dans plusieurs municipalités rurales.

Par conséquent, on observe chez les populations rurales un niveau moindre de pratique d'activités physiques de loisir, de même que des taux plus élevés de certaines maladies chroniques, par comparaison aux populations urbaines. La santé des habitants du milieu rural était jugée comme étant globalement moins bonne et leur espérance de vie moins élevée que celle des populations urbaines³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³.

Dans le même esprit, pour que la politique nationale rejoigne toute la population, en particulier les groupes vivant en contexte de défavorisation, trois principes clés reconnus pour réduire les ISS doivent être appliqués. Il s'agit de la participation citoyenne et des communautés, du pouvoir d'agir des individus et des communautés et de la concertation³⁴. « De nombreuses recherches dans le domaine social ont confirmé que la participation sociale et les relations de réciprocité et de confiance, qui facilitent la coopération et l'entraide dans un milieu, peuvent influencer positivement la santé de la



population. Les membres d'une communauté qui arrivent à travailler ensemble vers un but commun présentent un taux de mortalité plus bas et profitent d'un meilleur accès à des services de santé et à des ressources d'aide. Ils composent aussi avec des normes sociales plus favorables à la santé³⁵. »

La politique nationale devrait valoriser les initiatives sur l'activité physique et la modification de l'environnement favorable à un mode de vie physiquement actif provenant des communautés locales dans lesquelles la participation citoyenne, le pouvoir d'agir des individus et des communautés et la concertation seront mis de l'avant. Ces initiatives dites « développement local » regroupent une variété de stratégies : le développement communautaire, le développement social, le développement économique et le développement des communautés³⁶. Ces stratégies ont en commun les trois principes nommés précédemment.

Les DSP recommandent donc l'ajout des milieux de garde à l'enfance pour rejoindre les tout-petits (0-4 ans) de même que les centres de jour, les clubs de loisirs et les CHSLD pour rejoindre les aînés (65 ans et plus). Dans les écoles primaire et secondaire, ils proposent cinq recommandations pour lesquelles la politique nationale devrait valoriser et soutenir une école ouverte sur la communauté qui contribue au processus de mobilisation communautaire présent dans le territoire qu'elle dessert. Enfin, les DSP recommandent que la politique nationale valorise les initiatives de promotion d'un mode de vie physiquement actif et la modification d'environnements favorables portées par des groupes et des communautés qui mettent de l'avant des stratégies de développement local.

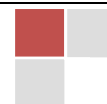


5. L'ACTION INTERSECTORIELLE

Le livre vert propose une orientation concernant la concertation, soit « qu'elle veille à ce que les actions soient cohérentes et reposent sur un partage clair des rôles et des responsabilités des acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale³⁷ ». Les DSP appuient cette orientation qui, devant la volonté du gouvernement d'être une des nations les plus en forme, doit être envisagée dans une plus large perspective, soit l'action intersectorielle. La politique nationale est issue du MELS. Cette sectorisation est nécessaire pour que les acteurs publics et leurs partenaires de ce secteur s'y reconnaissent et puissent agir efficacement sur les défis et les diverses composantes qu'elle soulève. Toutefois, comme il en a été question dans les chapitres précédents, plusieurs de ces composantes débordent largement les frontières du MELS. Il devient donc nécessaire de développer une vision globale et intersectorielle pour mettre ensemble tous les acteurs concernés, les ressources et les expertises. L'action intersectorielle se définit comme la résultante d'un processus duquel des acteurs issus de plusieurs secteurs, particulièrement des milieux jugés prioritaires, s'unissent pour agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls³⁸. Comme elle ne suit pas un modèle unique, elle se définit de façon graduelle en s'appuyant sur les possibilités particulières propres à chacun des objets et des milieux concernés. Elle peut se concrétiser à plusieurs niveaux : local, régional et national.

Il existe déjà bon nombre d'actions intersectorielles concernant les saines habitudes de vie comprenant l'activité physique. Certaines de ces actions intersectorielles sont d'ailleurs identifiées dans le livre vert. Notons, à l'échelle des régions, celles concernant l'actualisation du PAG pour lesquelles des Tables intersectorielles régionales sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV) regroupent des partenaires de l'éducation, du loisir et du sport, du monde municipal, de la santé et des services sociaux, du communautaire, de la famille, etc. Ces mécanismes ont fait l'objet d'une analyse approfondie en 2012 dans le but d'améliorer leur efficacité dans un souci de cohérence et de cohésion entre les partenaires et entre les niveaux locaux, régionaux et nationaux³⁹. Les recommandations sont à l'effet de rendre effectif le modèle de gouvernance et de déploiement du PAG, c'est-à-dire d'en consolider la philosophie d'intervention du déploiement, d'élaborer un cadre de fonctionnement et d'optimiser le maillage entre le PAG, le Programme national de santé publique, les stratégies d'action intersectorielle et de développement des communautés rattachées à la promotion des saines habitudes de vie.

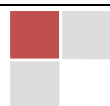
Au-delà des actions intersectorielles sur les saines habitudes de vie, il y a lieu de noter d'autres actions intersectorielles régionales et locales d'importance sur d'autres problématiques qui ont cours actuellement et qui prennent des formes différentes selon les régions. Il s'agit notamment des problématiques touchant la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, de la persévérance et la réussite scolaires, du développement des tout-petits et leur entrée à l'école réussie, qui ciblent les clientèles et les milieux de vie nommés au chapitre 2 du présent mémoire. Ces actions intersectorielles regroupent des acteurs et partenaires en provenance de différents secteurs et milieux, souvent les mêmes, et sont liées aux mécanismes des conférences régionales des élus. Les actions



intersectorielles semblent fortement ancrées dans les façons de faire à l'échelle des régions. Au défi de la cohérence sectorielle s'ajoute celui de la cohérence intersectorielle, voire multisectorielle, et un effort d'intégration est certainement nécessaire pour assurer la cohésion et la cohérence à tous les niveaux.

Par ailleurs, il est bon de rappeler que les DSP, par l'intermédiaire des ASSS, sont déjà en partenariat avec le MELs depuis plus d'une trentaine d'années. Notons l'entente de partenariat MSSS-MELs-ASSS dans le cadre du programme Kino-Québec de même que l'entente de complémentarité MSSS-MELs. L'expérience de concertation entre les deux réseaux est, selon les DSP, un gage de réussite dans le cadre de la prochaine politique nationale. Il y a donc lieu de protéger les acquis de ce partenariat tout en l'améliorant.

Les DSP recommandent de conserver les acquis du partenariat MELs-MSSS-ASSS tout en l'améliorant au bénéfice de la population. De plus, la politique nationale doit être globale et intégrée, s'inscrire et s'orienter dans une action intersectorielle à l'échelle nationale, régionale et locale avec d'autres actions intersectorielles en cours.



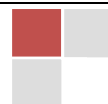
C ONCLUSION

Les DSP accueillent favorablement le projet de politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique présenté dans le livre vert « Le goût et le plaisir de bouger : vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique ». Ils saluent la volonté du gouvernement de l'inscrire dans une vision du développement durable de la santé et de la voir intégrée à la prochaine politique nationale de prévention. Le livre vert annonce deux défis : hausser le niveau d'activités physiques et améliorer la condition physique de la population québécoise. Deux défis majeurs pour lesquels il n'existe pas actuellement de mesure internationale permettant de positionner le Québec par rapport au reste du monde. Pourtant, il existe à l'heure actuelle plusieurs indicateurs pour comparer l'état de santé de la population du Québec avec les autres pays et certains indicateurs pour mesurer la sédentarité et d'autres facteurs de risque. Quel qu'il en soit, si le Québec veut se démarquer, il devra faire en sorte que sa politique nationale, ses mesures et ses interventions aient un impact sur la santé de la population. C'est là un défi de santé publique. Une nation en forme c'est avant tout une population active et en santé. C'est dans cet esprit que les DSP recommandent que la politique nationale :

- adopte, comme cadre de référence *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids* (2012);
- adopte, comme perspective et orientation, *Un mode de vie physiquement actif* (2013);
- adopte et applique l'*Universalisme proportionné* dans l'analyse, le développement et la mise en place des mesures et des interventions.

En ce qui concerne les clientèles et les milieux ciblés, les DSP appuient la proposition du livre vert. Ils estiment cependant qu'il y a lieu d'établir des priorités en lien avec les recommandations précédentes. Ainsi, les DSP recommandent que la politique nationale :

- cible spécifiquement les tout-petits (0-4 ans), les jeunes (5-17 ans), les parents (25-44 ans) et les aînés (65 ans et plus) en tenant compte d'une part de la différenciation des genres, notamment à l'adolescence et, d'autre part, en lien avec l'*Universalisme proportionné*, du niveau de défavorisation des groupes et des communautés;
- ajoute les milieux de garde à l'enfance, de même que les centres de jour, les clubs de loisirs et les CHSLD;
- valorise et soutienne les écoles primaires et secondaires afin qu'elles actualisent les cinq recommandations en matière d'activités physiques identifiées au chapitre 4 et afin qu'elles soient ouvertes sur leur communauté en contribuant au processus de mobilisation communautaire présent dans leur territoire de desserte;

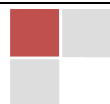


- valorise et soutienne les initiatives de promotion d'un mode de vie physiquement actif des groupes et des communautés qui mettent de l'avant des stratégies de développement local.

Enfin, en ce qui concerne la concertation, les DSP appuient l'orientation qui vise à ce que les actions soient cohérentes et reposent sur un partage clair des rôles et des responsabilités des acteurs à l'échelle nationale, régionale et locale. Cette orientation ne pourra se limiter qu'aux seuls acteurs publics et leurs partenaires du secteur du MELS. Elle devra s'étendre à tous les acteurs de la société concernés par l'amélioration de la santé de la population. En lien avec les recommandations précédentes, les DSP recommandent que la politique nationale :

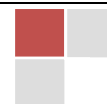
- soit globale et intégrée et qu'elle s'inscrive et s'oriente dans une action intersectorielle à l'échelle nationale, régionale et locale avec d'autres actions intersectorielles telles la lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale, la persévérance et réussite scolaires, le développement des tout-petits et leur entrée à l'école réussie et la politique nationale de prévention en préparation;
- qu'elle fasse en sorte de consolider le partenariat MELS-MSSS-ASSS au bénéfice de la population.

En terminant, les DSP réitèrent leur volonté de poursuivre leur implication et leur responsabilité dans la promotion d'un mode de vie physiquement actif et de contribuer à ce projet de société afin d'améliorer la santé de la population.

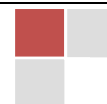


RÉFÉRENCES

- ¹ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2013). *Le goût et le plaisir de bouger : vers une politique nationale du sport, du loisir et de l'activité physique : livre vert*. Québec, le Ministère, 27 p.
- ² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*. Québec, le Ministère, 24 p.
- ³ McCANN, B. A., et R. EWING (2003). *Measuring the Health Effects of SPRAWL : A National Analysis of Physical Activity, Obesity and Chronic Disease*, WashingtonDC, Smart Growth America, 40 p.
- ⁴ RODRIGUEZ, D. A., et coll. (2006). Can new urbanism encourage physical activity? Comparing a new urbanist neighborhood with conventional suburbs. *Journal of the American Planning Association*, 72(1): 43-54.
- ⁵ EWING, R., et coll. (2003). Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity, and morbidity. *American Journal of Health Promotion*, 18(1) : 47-57.
- ⁶ FRANK, L. D., et coll. (2004). Obesity relationships with community design physical activity, and time spent in cars. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2) : 87-96.
- ⁷ DESPRÉS, C., et coll. (2012). *15 ans et la ville devant soi*. Une recherche sur les saines habitudes de vie des adolescents de l'agglomération de Québec. Québec, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, 44 p.
- ⁸ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2013). *Un mode de vie physiquement actif : définition commentée*. Québec, le Ministère, 5 p. [À paraître].
- ⁹ COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2008). *Comblent le fossé en une génération : rapport final*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 23 p.
- ¹⁰ HYPPOLITE, S.-R. (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*. Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 161 p.
- ¹¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *Promotion de l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés : principes d'action – Synthèse*. Copenhague, Danemark, l'Organisation, Bureau régional de l'Europe, 14 p.
- ¹² PAMPALON, R., et G. RAYMOND (2003). *Indice de défavorisation matérielle et sociale : son application au secteur de la santé et du bien-être*. Santé, Société et Solidarité, 1 :191-208.
- ¹³ PICA, L. A., I. TRAORÉ, F. BERNÈCHE, P. LAPRISE, L. CAZALE, H. CAMIRAND, M. BERTHELOT, N. PLANTE, et coll. (2012). *L'Enquête*



- québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. *Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, Tome 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 258 p. Site de l'Institut, [En ligne]. [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2012/EQSJS_tome1.pdf] (Consulté le 28 août 2013).
- ¹⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *Op. cit.*, p. 4.
- ¹⁵ RAYNAULT, M. F., S. TESSIER et A. GUYON (2013). *Modifications à l'aide sociale : Éviter l'irréparable en évaluant d'abord les impacts sur la santé*. Mémoire des directeurs de santé publique sur le Projet de règlement modifiant le Règlement sur l'aide aux personnes et aux familles. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux, Direction de santé publique, 13 p.
- ¹⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *Riche de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, le Ministère, 162 p.
- ¹⁷ MARMOT, M. (2012). *Fair Society Healthy Lives. The Marmot review. Executive summary*, London, University College London, Department for Epidemiology & Public Health, Marmot Review, 32 p.
- ¹⁸ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2013). *Op. cit.*, p. 3.
- ¹⁹ SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE. Site de la Société, [En ligne]. [<http://www.scpe.ca/directives>] (Consulté le 16 août 2013).
- ²⁰ FONDATION LUCIE ET ANDRÉ CHAGNON. Site de Naître égaux et grandir, [En ligne]. [<http://www.naitreetgrandir.com/fr>] (Consulté le 16 août 2013).
- ²¹ LEMIEUX, M., et G. THIBAUT (2011). *L'activité physique, le sport et les jeunes : Savoir et agir*. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, Québec, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 104 p.
- ²² MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2011), *L'activité physique, le sport et les jeunes : Savoir et agir*. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec, faits saillants, le Ministère, Québec, 3 p.
- ²³ DESPRÉS, C., et coll. (2012). *Op. cit.*
- ²⁴ GAGNON C., et M. LAFRANCE (2011). *Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 36 p.
- ²⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Keep fit for life : meeting the nutritional needs for older persons*. Genève, l'Organisation, 83 p.
- ²⁶ SHEPARD, R. J. (2001). *La qualité de vie des personnes âgées : une raison essentielle de promouvoir le sport pour Tous*, dans Simard, C. (sous la direction de) *Le Sport pour Tous et les politiques gouvernementales*, Actes, 18 au 21 mai 2000, Québec, VIII^e Congrès mondial du Sport pour tous, Sports internationaux de Québec, p. 203-215.
- ²⁷ KINO-QUÉBEC (2002). *L'activité physique, déterminant de la qualité de vie des personnes de 65 ans et plus*. Québec, Kino-Québec, 59 p.



- ²⁸ COALITION QUÉBÉCOISE SUR LA PROBLÉMATIQUE DU POIDS (2013). *5 Recommandations pour permettre aux jeunes d'être plus actifs à l'école*. Québec, la Coalition, 12 p.
- ²⁹ DESPRÉS, C., *et coll.* (2012). *Op. cit.*
- ³⁰ STATISTIQUE CANADA (2011). *Fichier des attributs géographiques*.
- ³¹ FORUM QUÉBÉCOIS DU LOISIR (2005). *Le loisir accessible ? : un droit pour tous, groupe de réflexion, loisir et milieu rural*, 8 février [En ligne].
[http://www.loisirquebec.com/forum/documents/Compte_rendu_rural.pdf].
- ³² FROST S. S., *et coll.* (2010). *Effects of the built environment on physical activity of adults living in rural settings*. *American Journal of Health Promotion*, 24(4) : 267-283.
- ³³ AGOSSOU, D., *et* C. BELLEROSE (2009). *Santé des Montérégiens en milieux rural et urbain*, présentation PowerPoint.
- ³⁴ HYPPOLITE, S.-R. (2012). *Op. cit.*
- ³⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*. Québec, le Ministère, 103 p.
- ³⁶ HYPPOLITE, S.-R. (2012). *Op. cit.*
- ³⁷ MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2013). Livre vert. *Op. cit.*
- ³⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Op. cit.*
- ³⁹ LELIÈVRE, P. (2012). *Projet de soutien aux tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR-SHV)*. Élaboré dans le cadre du déploiement du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012, Investir pour l'avenir (PAG)*. Projet demandé par la Table de concertation nationale en promotion de la santé et en prévention, 82 p.

