

Activité physique et santé en Europe



INFORMATIONS AU SERVICE DE L'ACTION

**Activité physique et
santé en Europe :
informations
au service de l'action**



Activité physique et santé en Europe : informations au service de l'action

Publié sous la direction de :

Nick Cavill, Sonja Kahlmeier et
Francesca Racioppi

Pour tout renseignement complémentaire
concernant cette publication,
vous pouvez vous adresser à :

Ministère de la santé et des sports
Secrétariat d'Etat aux sports
95, avenue de France
75650 PARIS CEDEX 13

ISBN 978-2-11-098554-5

Photos de la couverture :

En haut à gauche : © JUPITERIMAGES

En haut au milieu : © Cycling England

En haut à droite : © OMS/Francesca Racioppi

En bas à gauche : © Communauté Européenne

En bas au milieu : © Brian Martin

En bas à droite : © Office Fédéral Suisse des Sports

© **Organisation mondiale de la santé 2009**

Published in English by the World Health Organization Regional Office for Europe in 2006 under the title *Physical activity and health in Europe: evidence for action*.

© World Health Organization 2006

Publication rights for an edition in French have been granted to the Ministry of Health, Youth, Sport, Clubs and Associations by the Regional Director of the World Health Organization Regional Office for Europe.

Publié en anglais par le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé en 2006 sous le titre : *Physical activity and health in Europe: evidence for action*.

© Organisation mondiale de la santé 2006

Les droits de publication pour une édition française ont été accordés au ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative par le directeur régional du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé.

Imprimé en France

Table des matières

Co-auteurs	vi
Remerciements	vii
Avant-propos	viii
L'essentiel	ix
Introduction	1
Principes d'action	2
Définitions	2
Quelle quantité d'activité physique faut-il pratiquer pour rester en bonne santé ?	3
1. Pourquoi l'activité physique est-elle importante pour la santé ?	5
Effets sur la santé	5
Conséquences pour la société	7
2. Que savons-nous des niveaux actuels d'activité et d'inactivité physique ?	8
Qu'en est-il de l'activité physique dans la Région européenne ?	8
3. De quoi dépend l'activité physique ?	11
Cadre de vie général	11
Cadre de vie local	13
Facteurs individuels	13
4. Mesures susceptibles d'être prises notamment par le secteur de la santé pour accroître l'activité physique	15
Stratégies	15
Rôle du secteur sanitaire	18
Une action est justifiée	19
Cadre de vie général	19
Cadre de vie local	20
Facteurs individuels	22
5. Perspectives	24
Références	26
Annexe. Pour en savoir plus	33

Co-auteurs

Finn Berggren

Académie d'éducation physique et de sports Gerlev,
Slagelse (Danemark)

Nick Cavill

Consultant en promotion de la santé, Cheshire
(Royaume-Uni)

Peggy Edwards

Chelsea Group, Ottawa, Ontario (Canada)

Sonja Kahlmeier

Administrateur technique (Transports et santé), Centre
européen de l'OMS pour l'environnement et la santé,
Rome, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Eva Martin-Diener

Office fédéral suisse du sport, Macolin (Suisse)

Pekka Oja

Institut de recherche sur la promotion de la santé UKK,
Tampere (Finlande) et Karolinska Institutet, Stockholm
(Suède)

Jean-Michel Oppert

Université Pierre et Marie Curie, Service de nutrition,
Hôtel-Dieu, Paris (France)

Mireille van Poppel

Centre médical de la Vrije Universiteit, Amsterdam
(Pays-Bas)

Francesca Racioppi

Scientifique (Accidents, transports et santé), Centre
européen de l'OMS pour l'environnement et la santé,
Rome, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Agis Tsouros

Conseiller régional (Villes-santé et gouvernance
urbaine), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Ilkka Vuori

Institut de recherche sur la promotion de la santé UKK,
Tampere (Finlande)

Auteurs des Points de mire

Roar Blom

Administrateur technique (Activité physique et santé),
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Johan Faskunger

Institut national de santé publique, Stockholm (Suède)

Andrea Backovic Jurican

Centre de santé de proximité, Programme
d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre
les maladies non transmissibles (CINDI), Ljubljana
(Slovénie)

Matti Leijon

Conseil de comté d'Östergötland, Stockholm (Suède)

Brian Martin

Office fédéral suisse du sport, Macolin (Suisse)

Mauro Palazzi

Département de santé publique, Cesena (Italie)

Jožica Maučec Zakotnik

Centre de santé de proximité, Programme
d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre
les maladies non transmissibles (CINDI), Ljubljana
(Slovénie)

Remerciements

L'original de la présente publication a été établi en anglais avec le soutien du ministère italien de la Santé et de l'Office fédéral suisse du sport. Sa production a été coordonnée avec celle d'**une publication complémentaire de l'OMS** intitulée *Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville : le rôle des autorités locales*, ce qui a été rendu possible par une coopération étroite entre deux programmes de l'OMS (Transports et santé et Villes-santé et gouvernance urbaine) et avec des experts internationaux. La coordination de ces publications a été assurée par un comité de direction composé de six des co-auteurs : Finn Berggren, Peggy Edwards, Agis Tsouros, Nick Cavill, Sonja Kahlmeier et Francesca Racioppi.

En outre, nous remercions les personnes suivantes d'avoir relu le manuscrit et formulé des observations particulièrement utiles :

- Fiona Bull, Loughborough University, Royaume-Uni ;
- Harry Rutter, South East Public Health Observatory, Oxford (Royaume-Uni) ;
- Thomas L. Schmid, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (États-Unis d'Amérique).

Enfin, nous tenons à remercier les membres d'un projet international mené en collaboration, le Réseau européen pour la promotion d'une activité physique favorable à la santé, pour leur assistance et leurs suggestions au cours de la production de cette publication.

Nick Cavill, Sonja Kahlmeier et Francesca Racioppi

Avant-propos

L'activité physique est un moyen essentiel d'améliorer la santé tant physique que mentale. Cependant, elle ne fait pas partie de la vie quotidienne d'un grand nombre de personnes, ce qui nuit beaucoup à la santé et au bien-être. Il est estimé que le manque d'activité physique est à l'origine d'environ 600 000 décès par an dans la Région européenne de l'OMS. Une action contre cet important facteur de risque réduirait l'incidence des maladies cardiovasculaires, du diabète non insulino-dépendant, de l'hypertension, de certains cancers, des maladies musculosquelettiques et des troubles mentaux. En outre, l'activité physique est un moyen primordial de lutter contre l'épidémie de surpoids et d'obésité, qui représente un nouveau problème mondial de santé publique.

Les preuves de l'importance de l'activité physique pour la santé continuent de s'accumuler et l'OMS coopère avec ses partenaires pour aider les États membres à inverser les tendances négatives observées actuellement dans la Région et inciter chacun à pratiquer une activité physique. Eu égard à l'ampleur du problème, il faut mieux comprendre ce dernier et concevoir des méthodes nouvelles, efficaces et axées sur la population. Il est également nécessaire de mener une action de sensibilisation et d'obtenir le soutien de toute une série d'acteurs et de parties prenantes dans le secteur de la santé publique et au-delà. À cet effet, il convient de renforcer les partenariats, tels que ceux qui lient les secteurs de l'éducation et des sports, et d'en créer de nouveaux capables de jouer un rôle important dans la mise en place de conditions

favorables (transports, environnement, urbanisme, etc.) et d'influencer les employeurs et la société civile. Les systèmes de santé peuvent donner des indications utiles sur les méthodes efficaces, en soutenant l'échange de connaissances et d'informations d'expérience, en sensibilisant d'autres secteurs à l'importance de l'activité physique, en leur donnant les instruments nécessaires pour faciliter l'intégration de l'exercice physique dans diverses politiques et en veillant à ce que ce dernier soit au cœur des politiques de santé.

La présente publication a été établie en vue de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (tenue à Istanbul, en Turquie, en novembre 2006). Elle vise à offrir aux décideurs européens et aux parties intéressées appartenant à divers secteurs et niveaux de l'action publique et à la société civile une vue d'ensemble des liens qui existent entre l'activité physique et la santé, des facteurs qui influent sur l'activité physique et des méthodes qui permettent de faire de celle-ci une partie intégrante de la vie quotidienne. Nous espérons que cet ouvrage créera une communauté de vues et instaurera un dialogue entre les nombreux acteurs qui peuvent contribuer à promouvoir une vie active. Les habitants de la Région européenne tout entière peuvent à nouveau considérer l'activité physique comme un élément utile et agréable d'une vie quotidienne en bonne santé lorsqu'ils se rendent à l'école ou au travail, apprennent, profitent des agréments de leur quartier, se reposent et se distraient pendant leurs loisirs.

Marc Danzon
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe

L'essentiel

Nous en savons assez sur les stratégies efficaces et prometteuses pour agir maintenant, en élaborant et en mettant en œuvre un ensemble complet de programmes et de politiques en vue de favoriser une vie active.

L'activité physique est un moyen primordial d'améliorer la santé physique et mentale. Elle réduit le risque de contracter un grand nombre de maladies transmissibles et est bénéfique pour la société, car elle augmente les contacts sociaux et la participation à la vie de la communauté.

Au XXI^e siècle, cependant, la vie quotidienne offre moins de possibilités d'activité physique que précédemment, et les modes de vie sédentaires qui résultent de cette situation ont de graves conséquences pour la santé publique.

Dans l'Union européenne, deux tiers de la population adulte (personnes âgées d'au moins 15 ans) n'ont pas le niveau d'activité recommandé. Il existe un lien direct entre la catégorie socioéconomique et l'activité physique pratiquée pendant les loisirs. En effet, les personnes défavorisées disposent de moins de temps libre et ont un moindre accès aux installations de loisirs que les autres, ou vivent dans des cadres qui ne favorisent pas l'activité physique.

Il incombe à la société de créer des conditions qui facilitent une vie active. Au XXI^e siècle, la promotion de l'activité physique doit être considérée comme une nécessité et non un luxe. Les mesures prises devraient :

- être axées sur l'activité physique dans le sens le plus large de cette expression ;
- être multisectorielles ;
- recourir à des solutions applicables au niveau de l'ensemble de la population ;
- créer un cadre de vie plus propice à l'activité physique ;
- accroître l'équité en matière de possibilités d'activité physique.

Il faut recueillir des informations sur l'activité physique de l'ensemble de la population, en veillant à ce que les méthodes de mesure utilisées restent les mêmes. Il est alors possible de cibler efficacement et de bien planifier les programmes de promotion de la santé.

Il convient de s'attaquer à trois types de déterminants du manque d'activité physique : les facteurs individuels (tels l'attitude à l'égard de l'activité physique ou l'idée que l'on se fait de son aptitude à être actif), le cadre de vie local (les lieux où les personnes vivent, apprennent et travaillent et qui sont plus ou moins favorables à l'activité physique) et le cadre de vie général (situation socioéconomique, culturelle, etc.).

Le système de santé peut favoriser une action coordonnée à plusieurs niveaux propice à une activité physique qui améliore la santé, et en particulier :

- fournir des informations factuelles sur les actions efficaces ;
- favoriser l'échange d'expériences et de connaissances ;
- sensibiliser d'autres secteurs à l'importance de l'activité physique et leur donner des instruments qui facilitent l'intégration de celle-ci dans plusieurs politiques ;
- faire en sorte que l'activité physique fasse partie de toutes les politiques en matière de santé.

L'activité physique n'est pas uniquement une question de santé publique : elle influe aussi sur le bien-être des populations, la protection de l'environnement et l'investissement dans les générations futures. Chaque pays doit inverser la tendance à l'inactivité et créer, dans l'ensemble de la Région européenne de l'OMS, des conditions telles que les populations soient en mesure d'améliorer leur santé en intégrant l'activité physique dans la vie quotidienne. L'action à mener doit être de grande ampleur, cohérente et homogène aux divers niveaux de l'action publique et dans les différents secteurs.

Introduction



© BRUNO MARTIN

L'activité physique est l'un des aspects les plus fondamentaux de la vie. Après une évolution qui a duré des millions d'années, le corps humain est aujourd'hui un organisme complexe, capable d'accomplir des tâches extrêmement diverses, depuis l'utilisation d'un grand nombre de muscles pour marcher, courir ou grimper, jusqu'à des gestes qui exigent beaucoup de dextérité.

Les chasseurs-cueilleurs devaient parcourir de longues distances pour trouver leur nourriture et courir pour échapper à des prédateurs. Souvent, les aliments étaient peu abondants et difficiles à obtenir, ce qui obligeait le corps humain à s'adapter en économisant l'énergie en vue de son utilisation en période de famine. À mesure des progrès de la civilisation,

la force et la mobilité de l'homme ont été utilisées pour l'agriculture, la construction et les déplacements. Au début du XXI^e siècle, cependant, l'activité physique a tellement perdu de sa nécessité que les êtres humains ne se rendent plus toujours compte de son importance pour la santé et le bien-être. De nos jours, comme la nourriture est généralement abondante et facile à se procurer en Occident, l'obésité progresse de façon inquiétante dans de nombreux pays.

La baisse de l'activité physique peut surprendre car, dans les pays occidentaux, on croit souvent que de nombreuses personnes font de l'exercice. Il est vrai que les cercles sportifs et les articles de journaux consacrés aux bienfaits de l'exercice physique pour la santé sont plus nombreux que jamais

mais, dans l'ensemble, les informations relatives à l'utilité de l'activité physique semblent ne pas entraîner une modification des comportements.

Les modes de vie sédentaires ont des conséquences graves pour la santé publique. En particulier, depuis quelques années, l'obésité augmente spectaculairement dans l'ensemble de la Région européenne. L'obésité, qui n'est pas simplement une question d'apparence physique, engendre de graves affections et accroît considérablement les risques de diabète et de maladies cardiovasculaires. Comme cela ressort du chapitre 1, le manque d'activité physique contribue pour une large part à la charge de morbidité, aux décès et aux incapacités dans le monde.

Des enquêtes menées dans divers pays de la Région européenne (voir chapitre 2) mettent en évidence des niveaux peu élevés d'activité physique dans de nombreuses populations. L'activité physique semble être en voie de disparition. Nous nous déplaçons plus que jamais en voiture, occupons des emplois de plus en plus sédentaires et passons nos loisirs en dépensant de moins en moins d'énergie. En raison de progrès techniques, même les tâches les plus simples sont mécanisées et il n'est plus nécessaire de se fatiguer pour survivre. Bref, comme l'indique le chapitre 3, chacun peut mener une vie extrêmement sédentaire et la société semble favoriser cette tendance.

Il n'incombe pas uniquement à l'individu de faire face à ce problème. En effet, la société doit créer des conditions qui facilitent une vie active. Au XXI^e siècle, la promotion de l'activité physique est une nécessité et non un luxe.

La lutte contre le manque d'activité physique ne relève pas uniquement des professionnels de la santé publique et des personnalités politiques. Elle exige une action coordonnée dans toute une série de secteurs et de professions, dont un grand nombre n'ont pas pour mission première de favoriser l'activité physique. En première ligne se trouvent les urbanistes, les enseignants, les spécialistes de l'environnement, les ingénieurs des transports, les architectes, les moniteurs de sports et les employeurs dans les secteurs public et privé.

L'action menée doit être plus vigoureuse et ne pas se borner à recourir aux méthodes traditionnelles de la promotion de la santé, telle que les conseils individualisés, les campagnes de sensibilisation ou les recommandations données par les professionnels de soins primaires, qui peuvent tout au plus répondre aux besoins d'une petite minorité de la population. Ces méthodes doivent être complétées par une action concertée en vue de modifier le cadre de vie de façon à ce qu'il favorise davantage des modes de vie actifs. Comme la modification du cadre de vie ne fait généralement pas partie des responsabilités du secteur sanitaire, celui-ci doit donner des impulsions vigoureuses pour obtenir l'appui d'autres secteurs. En particulier, il peut aider ces derniers à participer plus activement à la promotion de l'activité physique en montrant l'exemple et en attirant l'attention sur les possibilités de mettre en œuvre des démarches gagnant-gagnant, comme cela est illustré dans le chapitre 4.

Les actions en faveur de l'activité physique peuvent être efficaces, car elles permettent de mettre en évidence l'importance de l'activité physique dans la vie quotidienne, en soulignant qu'il ne s'agit pas d'une simple option à la fin d'une journée bien remplie. La présente publication est destinée aux responsables politiques, aux dirigeants et aux parties prenantes des secteurs suivants, qui sont à même de favoriser l'activité physique : santé, sports, loisirs, transports, urbanisme, éducation et médias. Elle contient des informations sur l'activité physique favorable à la santé, donne des exemples de méthodes déjà mises en œuvre et présente des arguments en faveur d'une action concertée dans l'ensemble de la Région européenne. L'annexe renvoie à des documents qui renferment des informations plus détaillées.

Principes d'action

Les grands principes d'action (repris d'un plan d'action suédois (7)) sont abordés de façon plus détaillée au chapitre 4. En résumé, l'action doit :

- reposer sur une définition large de l'activité physique ;
- adopter une démarche axée sur la santé de la population et prendre la forme de programmes axés sur les besoins de la population ;

- associer des secteurs multiples et se dérouler à divers niveaux, du niveau international au niveau local ;
- améliorer le cadre de l'activité physique ;
- donner à chacun la possibilité d'être actif ;
- être fondée sur les meilleures données de la recherche concernant les initiatives qui sont efficaces.

Définitions

La définition de l'**activité physique** utilisée dans cette publication est la suivante : « toute force exercée par les muscles squelettiques qui entraîne une dépense d'énergie supérieure à celle du niveau de repos » (2). Cette définition délibérément large englobe pratiquement tous les types d'activité physique, depuis la marche à pied ou le cyclisme utilitaire jusqu'au sport et à l'exercice délibéré, en passant par la danse, des jeux et passe-temps traditionnels, le jardinage et les travaux domestiques. Par conséquent, les sports et l'exercice sont considérés comme des types d'activité physique : le sport comporte généralement un élément de compétition et l'exercice est généralement accompli en vue d'améliorer la condition physique et la santé.

L'expression **activité physique favorable à la santé** est souvent utilisée dans la Région européenne. Elle met l'accent sur le lien entre l'activité physique et la santé et est « toute forme d'activité physique qui améliore la santé et les capacités fonctionnelles sans causer de tort ou représenter un risque » (3).

La **vie active** est un mode de vie qui incorpore l'activité physique dans les habitudes quotidiennes. Il faut inciter les adultes à pratiquer au moins une demi-heure d'activité chaque jour (4).

L'activité physique peut varier considérablement par son **intensité**, qui est déterminée par l'effort accompli. L'intensité varie selon le type d'activité et les capacités de la personne considérée. Par exemple, la course à pied est une activité plus intense que la promenade, et lorsqu'une personne est jeune et en bonne santé, il lui est généralement plus facile de marcher à une allure donnée qu'une personne plus âgée et en moins bonne condition physique.

D'une manière générale, l'activité physique favorable à la santé doit au moins avoir une intensité modérée. L'**activité physique d'intensité modérée** augmente la fréquence cardiaque, donne une sensation de chaleur et provoque un léger essoufflement. Elle porte le métabolisme à 3 à 6 fois le niveau de repos (3 à 6 équivalents métaboliques).

Pour la plupart des personnes inactives, trois équivalents métaboliques correspondent à une marche soutenue. Pour des personnes plus actives et en meilleure condition physique, la marche rapide et la course à faible allure constituent une activité physique d'intensité modérée. La plupart des recommandations de santé publique sur l'activité physique ont trait à une activité ayant au moins une intensité modérée, ce qui englobe diverses activités.

L'**activité physique vigoureuse** entraîne la transpiration et l'essoufflement et prend généralement la forme du sport ou de l'exercice : course à pied ou déplacement à vélo à vive allure. L'activité vigoureuse porte le métabolisme à six fois le niveau de repos.

Quelle quantité d'activité physique faut-il pratiquer pour rester en bonne santé ?

Un consensus c'est dégagé ces dernières années sur la quantité et le type d'activité physique recommandés pour maintenir et améliorer la santé (5-7). Aucun niveau d'activité physique n'est officiellement recommandé pour la Région européenne, mais selon des experts internationaux, il convient d'accumuler au moins une demi-heure d'activité physique modérée au cours de la plupart des jours de la semaine. Selon la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (6) :

... il est recommandé de faire suffisamment d'exercice physique tout au long de la vie. Les résultats sur le plan sanitaire diffèrent selon les formes d'exercice physique pratiqué : au moins 30 minutes d'un exercice régulier d'intensité modérée presque tous les jours de la semaine réduisent le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète, de cancer du côlon et du sein, tandis que les exercices visant à développer la mas-

se musculaire et à renforcer l'équilibre aident à éviter les chutes et améliorent la fonctionnalité chez les personnes âgées. Des efforts plus intenses sont parfois nécessaires pour éviter de prendre du poids.

D'une manière générale, les recommandations destinées aux enfants et aux jeunes reposent sur le principe que ceux-ci doivent être actifs pendant de plus longues périodes. Par exemple, le directeur général de la santé du Royaume-Uni a recommandé les niveaux suivants d'activité, en se fondant sur un consensus international (5) :

Les enfants et les jeunes devraient pratiquer en tout au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité au moins modérée chaque jour. Au moins deux fois par semaine, cela devrait comprendre des activités destinées à améliorer la santé osseuse (activités qui sollicitent beaucoup les os), la force musculaire et la souplesse.

Il ne s'agit là que de recommandations générales, qui doivent être adaptées aux besoins et à la situation de chacun, et compte tenu des valeurs et des cultures des différents pays. Le tableau 1 présente des exemples d'activités physiques favorables à la santé pour des personnes de tous les âges.

Tableau 1. Comment des personnes de tous âges peuvent se conformer aux niveaux recommandés d'activité physique

Personne	Activités
Jeune enfant	Marche quotidienne du domicile à l'école et de l'école au domicile Activités scolaires quotidiennes (récréations et clubs) Trois ou quatre après-midis ou soirs de jeu Week-end : marches de plus longue durée, activités dans un parc ou une piscine, déplacements à bicyclette
Adolescent	Marche quotidienne (ou déplacement à vélo) du domicile à l'école et de l'école au domicile Trois ou quatre séances d'activités organisées ou non de sport ou d'exercice Week-end : marche, déplacement à vélo, natation, activités sportives
Étudiant	Marche quotidienne (ou déplacement à vélo) du domicile à l'université et de l'université au domicile Utilisation de diverses possibilités d'être actif : monter les escaliers, accomplir des tâches manuelles Au milieu de la semaine, deux ou trois cours consacrés aux sports ou aux exercices, activités dans un gymnase ou une piscine Week-end : marches de plus longue durée, déplacements à vélo, natation, activités sportives
Adulte salarié	Quotidiennement, marche ou déplacement à vélo du domicile au lieu de travail et du lieu de travail au domicile Utilisation de diverses possibilités d'être actif : monter les escaliers, accomplir des tâches manuelles Au milieu de la semaine, deux ou trois séances de sport, de gymnastique ou de natation Week-end : marches de plus longue durée, déplacements à vélo, natation, activités sportives, bricolage, jardinage
Adulte travaillant	Marche quotidienne, jardinage ou bricolage à domicile Utilisation de diverses possibilités d'être actif : monter les escaliers, accomplir des tâches manuelles En milieu de semaine, séances occasionnelles de sport, de gymnastique ou de natation Week-end : marches de plus longue durée, déplacements à vélo, activités sportives
Chômeur adulte	Marche quotidienne, jardinage, bricolage Utilisation de diverses possibilités d'être actif : monter les escaliers, accomplir des tâches manuelles Week-end : marches de plus longue durée, déplacements à vélo, natation ou activités sportives Séances occasionnelles de sport, de gymnastique ou de natation
Retraité	Quotidiennement, marche, déplacement à vélo, bricolage ou jardinage Utilisation de diverses possibilités d'être actif : monter les escaliers, accomplir des tâches manuelles Week-end : marches de plus longue durée, déplacements à vélo ou natation

Source : adaptée d'après (5).

1. Pourquoi l'activité physique est-elle importante pour la santé ?



© OFFICE FÉDÉRAL SUISSE DES SPORTS

Si l'alimentation et l'exercice physique ont souvent des effets conjugués sur la santé, en particulier s'agissant de l'obésité, l'exercice offre des avantages supplémentaires pour la santé indépendamment de ce que peuvent apporter la nutrition et le régime alimentaire...

Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (6).

En 2002, deux tiers de la population adulte (personnes âgées d'au moins 15 ans) de l'Union européenne (UE) n'atteignaient pas les niveaux recommandés d'activité (8). Dans l'ensemble de la Région européenne, une personne sur cinq ne pratique pas ou guère d'activité physique, et les niveaux les plus élevés

de manque d'activité physique sont observés dans la partie orientale de la Région. Il est estimé que le manque d'activité physique cause 600 000 décès par an dans la Région (5 à 10 % de la mortalité totale, selon le pays) et engendre chaque année une perte de 5,3 millions d'années de vie en bonne santé en raison d'un décès prématuré ou d'une incapacité (9).

L'activité physique est une question de santé publique essentielle car :

- une activité physique suffisante est importante pour un grand nombre d'aspects de la santé ;
- peu de personnes pratiquent régulièrement une activité physique favorable à la santé.

Effets sur la santé

L'activité physique a d'importants effets bénéfiques en ce qui concerne les maladies chroniques (tableau 2). Ceux-ci ne se limitent pas à la prévention de maladies ou à la réduction de leur progression, mais comprennent une amélioration de la condition physique, de la force musculaire et de la qualité de la vie (10). Ils sont particulièrement importants chez les personnes âgées, étant donné qu'une activité physique régulière peut accroître les possibilités d'autonomie.

Tableau 2. Résumé des effets de l'activité physique sur la santé

Affection	Effet
Maladie cardiaque	Réduction du risque
Accident vasculaire cérébral	Réduction du risque
Surpoids et obésité	Réduction du risque
Diabète de type 2	Réduction du risque
Cancer du côlon	Réduction du risque
Cancer du sein	Réduction du risque
Trouble musculosquelettique	Atténuation
Chutes parmi les personnes âgées	Réduction du risque
Trouble psychologique	Atténuation
Dépression	Réduction du risque

L'OMS a récemment passé en revue les informations disponibles concernant les effets de l'activité physique sur la santé (11). Ces dernières sont résumées ci-après.

Maladies cardiovasculaires

Selon les données scientifiques les plus fiables, l'activité physique a pour principal avantage de réduire le risque de maladie cardiovasculaire (12,13). Les personnes inactives ont un risque de maladie cardiaque qui peut être jusqu'à deux fois plus élevé que dans le cas des personnes actives. En outre, l'activité physique contribue à prévenir les accidents vasculaires cérébraux (14,15) et réduit un grand nombre des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie (16).

Surpoids et obésité

Une faible activité physique constitue un facteur important de la forte augmentation de la prévalence de l'obésité dans la Région européenne. L'obésité apparaît lorsque les apports énergétiques provenant du régime alimentaire dépassent les dépenses d'énergie, auxquelles l'activité physique contribue (11).

Le poids corporel augmente normalement avec l'âge mais une activité physique habituelle pendant toute l'existence peut réduire cette prise de poids. Une activité appropriée peut contribuer au maintien d'un poids adéquat ou même faire perdre du poids (17). Elle est également essentielle pour les personnes qui sont en surpoids ou obèses (5).

Diabète

Le diabète suscite des préoccupations croissantes dans la Région, étant donné que l'incidence du diabète de type 2 (non insulino-dépendant) augmente. Ce dernier touche généralement des personnes âgées de plus de 40 ans, bien qu'il touche de plus en plus souvent les enfants et les jeunes, parallèlement à l'augmentation des taux d'obésité.

Selon des données scientifiques fiables, l'activité physique contribue à prévenir le diabète de type 2 (18) ; chez les personnes actives, le risque de contracter cette maladie est d'environ 30 % plus faible que parmi les personnes inactives (19). Une activité physique modérée ou vigoureuse réduit ce risque (20–22), mais elle doit être régulière.

Cancer

L'activité physique va de pair avec un moindre risque de cancer. De nombreuses études ont montré que l'activité physique réduit le risque de cancer du côlon (23–25) ; en effet, le risque est d'environ 40 % plus bas dans le cas des personnes actives.

L'activité physique est également liée à une réduction du risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées (26–29) et, selon certaines données, une activité physique vigoureuse peut protéger contre le cancer de la prostate (30).

Santé musculosquelettique

Une activité physique pratiquée tout au long de la vie peut maintenir et améliorer la santé musculosquelettique ou réduire la dégradation de celle-ci qui se produit généralement avec l'âge chez les personnes sédentaires (31). L'activité physique peut maintenir la force et la souplesse des personnes d'un certain âge et aider les personnes âgées à continuer de mener leurs activités quotidiennes (31–33). Une activité régulière peut également réduire les risques de chute et de fracture de la hanche chez les personnes âgées (34–37).

Les activités qui sollicitent le système musculosquelettique (telles que le saut et notamment le saut à la corde) contribuent à accroître la densité osseuse (38) et à prévenir l'ostéoporose (5). Ce type d'activité est particulièrement important pour la densité osseuse chez les adolescents (39) et les femmes d'âge mûr (40).

Bien-être psychologique

L'activité physique peut atténuer les symptômes de la dépression et, éventuellement, le stress et l'anxiété (41–44). Elle peut également avoir d'autres avantages psychologiques et sociaux qui touchent la santé. Par exemple, elle peut contribuer à doter les enfants d'aptitudes relationnelles (45), donner aux femmes une image positive d'elles-mêmes (46), renforcer l'estime de soi chez les enfants et les adultes (47), et améliorer la qualité de la vie (43,48,49). Ces bienfaits résultent probablement d'une combinaison de l'activité physique elle-même et des effets sociaux et culturels de celle-ci.

Conséquences pour la société

Outre ses effets directs sur la santé, l'activité physique peut être avantageuse pour la société, l'économie et, indirectement, d'autres comportements de santé.

Effets sociaux positifs

Une vie active permet d'avoir des contacts avec les autres, la communauté et le cadre de vie. En particulier, le sport et les loisirs actifs favorisent l'acquisition de nouvelles compétences et la rencontre d'autres personnes, et peuvent contribuer à réduire la criminalité et les incivilités. Le soutien de l'activité physique peut jouer un rôle positif dans la revitalisation d'un quartier, par exemple grâce à la création de parcs et d'espaces verts, de pistes cyclables ou d'itinéraires de marche à pied dans des quartiers précédemment négligés (50).

Malheureusement, l'accès aux loisirs et aux possibilités de faire de l'exercice a tendance à être inégal d'une classe sociale à l'autre. Les personnes défavorisées ont généralement un

moindre accès aux moyens de transport nécessaires pour se rendre dans certaines installations et vivent souvent dans des lieux qui ne favorisent pas l'activité physique (51).

Incidences économiques

Outre ses effets nocifs sur le plan de la mortalité, de la morbidité et de la qualité de la vie, l'inactivité a des coûts financiers élevés dans tous les pays de la Région européenne. Par exemple, les coûts annuels en Angleterre – dépenses de santé, congés de maladie et pertes de revenus dues à un décès prématuré – ont été estimés entre 3 et 12 milliards d'euros (50). Ces chiffres excluent les conséquences de l'inactivité physique sur le surpoids et l'obésité, dont le coût global pourrait atteindre jusqu'à 9,6-10,8 milliards d'euros par an (52). De même, selon une étude suisse, les coûts de traitement directs de l'inactivité physique s'élèveraient à 1,1-1,5 milliard d'euros (53). Si l'on se fonde sur ces deux études, il peut être estimé que l'inactivité physique coûte à un pays environ 150 à 300 euros par habitant par an.

Une augmentation du niveau actuel de l'activité pourrait réduire sensiblement les coûts que doit supporter la société, mais même une stabilisation de ce niveau peut entraîner des économies. Par exemple, selon l'étude suisse susmentionnée, l'économie de coûts de traitement directs qui résulte de l'activité physique s'élève à environ 1,7 milliard d'euros (53).

Influence sur le comportement de santé

Enfin, l'activité physique va généralement de pair avec d'autres types de comportement sain tels qu'un régime alimentaire équilibré et l'absence de tabagisme, de sorte qu'il est possible de l'utiliser pour engendrer d'autres changements de comportement (5). Globalement, l'activité physique est un comportement de santé tellement positif – caractérisé par un potentiel considérable d'amélioration de la santé publique et l'absence presque totale de risque – qu'elle doit être au cœur de toute future stratégie de santé publique.

2. Que savons-nous des niveaux actuels d'activité et d'inactivité physique ?



Ce n'est que depuis quelques années que des données internationalement comparables sur les niveaux d'activité physique ont commencé à être recueillies dans l'ensemble de la Région européenne. En conséquence, on ne dispose que de peu de données complètes sur l'activité physique et les tendances en la matière pour de nombreux pays.

Qu'en est-il de l'activité physique dans la Région européenne ?

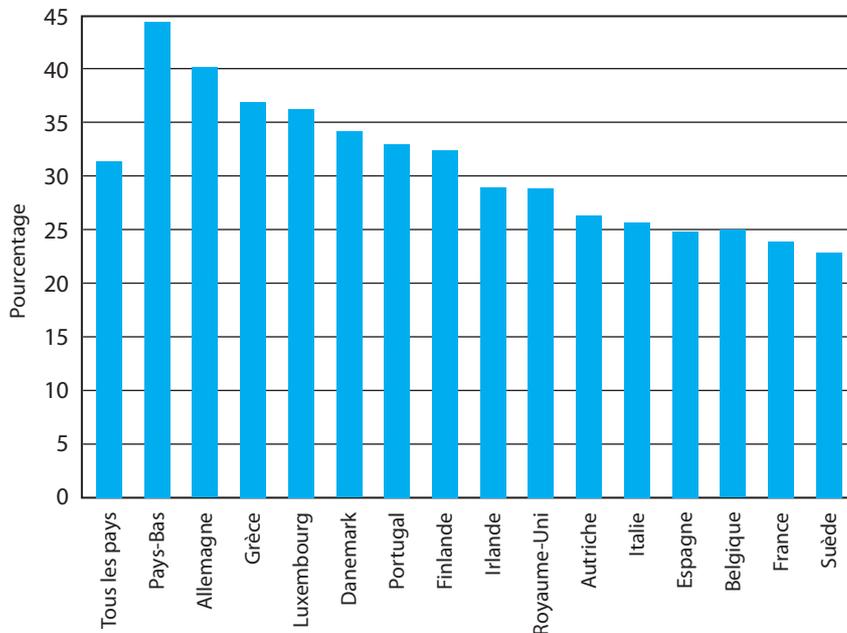
Niveaux actuels d'activité

Il résulte d'une enquête menée dans les pays de l'UE en 2002 (8) que deux tiers de la population adulte n'atteignaient pas les niveaux recommandés d'activité physique. En moyenne, seulement 31 % des personnes interrogées ont mentionné

une activité physique suffisante (graphique 1).

Par ailleurs, une enquête sur le comportement de santé des jeunes de 11, 13 et 15 ans menée dans l'ensemble de l'Europe en 2001-2002 a permis de mesurer l'activité physique (54). Il a ainsi été constaté qu'environ un tiers (34 %) des jeunes interrogés pratiquaient une activité physique suffisante pour se conformer aux recommandations actuelles, c'est-à-dire une heure ou plus d'activité physique d'intensité au moins modérée cinq jours au minimum par semaine. Dans la plupart des pays, les garçons étaient plus actifs que les filles, et l'activité baissait avec l'âge pour les deux sexes. Cependant, l'activité variait considérablement d'un pays à l'autre, allant de 11 % pour les filles et de 25 % pour les garçons en France

Graphique 1. Proportion d'adultes (personnes âgées d'au moins 15 ans) qui sont suffisamment actifs dans l'UE, 2002



Source : Sjöström et coll. (8).

à 51 % des filles et 61 % des garçons en Irlande parmi les enfants âgés de 11 ans. Des variations analogues existaient dans tous les groupes d'âge ; par exemple, la proportion de garçons actifs âgés de 15 ans était de 49 % en République tchèque mais de 25 % seulement au Portugal.

Tendances

Peu d'enquêtes ont été réalisées dans l'ensemble de la Région selon des modalités de collecte de données suffisamment uniformes pour permettre des évaluations fiables des tendances. Par exemple, dans le cadre de l'enquête Eurobaromètre de 2004 (55), on a posé des questions similaires à celles de l'enquête de 2002 (8), y compris dans les dix nouveaux États membres de l'UE. L'enquête de suivi a notamment porté sur les sports et a mis en évidence une augmentation de la proportion de personnes qui déclaraient faire du sport au moins une fois par semaine, qui est passée de 30 % à 38 % de 2002 à 2004. Il faut cependant considérer cette enquête avec prudence, car une seule question relative à l'activité physique a été posée à deux moments donnés. Comme la deuxième enquête portait principalement sur le sport, il

n'est pas possible d'utiliser ces enquêtes pour étudier l'activité physique de façon plus générale.

Étant donné que les données sur les niveaux d'activité physique sont plus ou moins complètes selon le pays et qu'il n'existe pas de mesures et indicateurs harmonisés, il n'est pas possible de dégager des tendances globales dans l'ensemble de la Région (voir les exemples présentés dans l'encadré 1). Eu égard au manque de données provenant d'enquêtes réalisées à plusieurs reprises dans toute la Région européenne, les responsables politiques doivent prendre conscience de la nécessité de recueillir des informations sur l'activité physique au niveau de l'ensemble de la population en utilisant des mesures homogènes dans le temps, pour pouvoir cibler et planifier de façon efficace les programmes de promotion de la santé.

Encadré 1. Exemples de tendances dans les pays européens

L'enquête suisse sur la santé montre que la proportion de personnes physiquement actives est passée de 35,7 % en 1992 à 39,4 % en 1997, mais est retombée à 36,8 % en 2002 (56).

L'activité physique est mesurée dans des enquêtes annuelles menées en Finlande depuis 1979 (57). De la fin des années 70 au milieu des années 90, il s'est produit dans ce pays une augmentation globale de la proportion de personnes actives au moins deux fois par semaine, qui est passée de 40 % à environ 60 % ; les femmes, pour leur part, étaient partie d'un niveau légèrement inférieur mais ont atteint des niveaux légèrement supérieurs. Depuis le milieu des années 90, le niveau d'activité s'est stabilisé et l'augmentation de l'activité des femmes pendant les loisirs s'est ralentie.

Au Royaume-Uni, les données les plus fiables sur les tendances résultent de l'Enquête nationale sur les déplacements. Selon celle-ci, la distance moyenne parcourue par personne par an à pied et à vélo est passée de 26 % à 24 % de 1975 à 1976 et de 1999 à 2001, respectivement (5).

Mesure de l'activité physique

L'activité physique est un comportement complexe qui comprend quatre dimensions principales :

- sa fréquence, habituellement mesurée en séances par semaine ;
- son intensité ;
- sa durée ;
- sa nature.

Il faut mesurer ces quatre dimensions pour évaluer de façon exacte le niveau d'activité global. En général, les enquêtes par questionnaires conviennent le mieux pour une évaluation relative à un grand nombre de personnes. Les enquêtes les plus fiables utilisent des questionnaires validés et des échantillons aléatoires, ce qui permet de généraliser les

conclusions à l'ensemble de la population. Si les enquêtes ultérieures ont recours aux mêmes méthodes, il est possible d'analyser les tendances.

Deux questionnaires internationaux concernant l'activité physique ont été mis au point en vue de l'évaluation de l'activité physique favorable à la santé. Le premier, le Questionnaire international sur l'activité physique (58), permet des comparaisons directes des niveaux d'activité physique entre pays. Deux versions (courte et longue) ont été mises au point et validées, et existent dans plusieurs langues. Le second, le Questionnaire mondial de l'OMS sur l'activité physique (59), doit permettre des comparaisons dans les pays en développement dont les populations sont culturellement diverses, et a été traduit et validé.

3. De quoi dépend l'activité physique ?



© OMS/FRANCESCA RACOPPI

Pourquoi certaines personnes sont-elles actives alors que d'autres ne le sont pas ? Un ensemble complexe de facteurs – individuels ou liés au cadre de vie local ou général (graphique 2) – influe sur l'activité physique d'un individu ou d'un groupe. Les facteurs relevant du cadre de vie général sont le niveau socioéconomique, les aspects culturels et l'environnement. Les influences provenant du cadre de vie local comprennent la mesure dans laquelle les lieux de vie et de travail, les normes sociales, et les quartiers et localités sont propices à l'activité physique. Enfin, des facteurs individuels tels que l'attitude à l'égard de l'activité physique, la croyance dans sa propre aptitude à être actif ou la connaissance des possibilités d'activité dans la vie quotidienne peuvent influencer sur l'adoption d'une activité nouvelle (60).

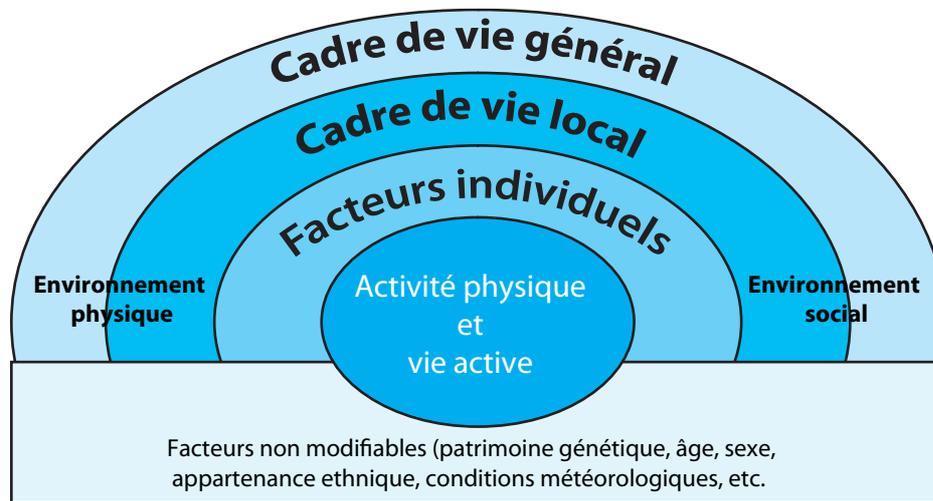
Certains des déterminants de la vie active – tels que les conditions météorologiques ou le patrimoine génétique – sont difficiles ou impossible à modifier. Cependant, il est possible de combiner des mesures à court et à long terme pour agir sur la plupart des facteurs. Il est essentiel que les responsables politiques s'emploient à intégrer de telles mesures dans une stratégie d'ensemble (voir le point de mire sur la Finlande).

Cadre de vie général

Niveau socioéconomique

Le niveau socioéconomique peut influencer sur l'activité physique de diverses façons. La participation à des activités physiques pendant les loisirs est généralement directement

Graphique 2. Déterminants de l'activité physique



Source : d'après Dahlgren (61).

Point de mire. « La Finlande bouge » (62)

Une vaste politique en matière de sports et de santé a été élaborée en Finlande au début des années 90 et s'est traduite par la mise au point de deux programmes nationaux. Le premier, appelé « La Finlande bouge », a utilisé un soutien financier, des services de formation et de consultations, et une campagne dans les médias pour stimuler des initiatives locales favorisant l'activité physique. Il est résulté de l'évaluation de ce programme que ce dernier avait engendré la création d'un grand nombre d'initiatives locales efficaces et permis de recenser de bons moyens d'action.

Dans le prolongement de cette première expérience, le programme « En forme pour la vie » a été lancé. Il est axé sur le groupe des 40-60 ans, et a recours à une démarche de marketing social mis en œuvre via les médias.

Ces deux programmes ont permis de créer de nouvelles initiatives locales et constitué un cadre national pour la promotion de l'activité physique dans toute la Finlande.

liée au niveau socioéconomique. En effet, les défavorisés ont moins de temps libre et un moins bon accès aux installations de loisirs, ou vivent dans des lieux qui ne promeuvent pas l'activité physique (63).

La crainte des accidents de la circulation peut dissuader les parents d'autoriser leurs enfants à se rendre à l'école à pied ou à vélo, ou à jouer dans la rue, en particulier dans les quartiers défavorisés. Au Royaume-Uni, par exemple, les enfants des classes sociales défavorisées risquent cinq fois plus que les autres de perdre la vie dans un accident de la route. Cette situation peut être attribuée dans une large mesure au cadre de vie : les enfants pauvres vivent souvent dans des quartiers caractérisés par une mauvaise sécurité routière et une circulation rapide (64).

Augmentation de l'utilisation de la voiture

Depuis une vingtaine d'années, la demande croissante de mobilité a d'importantes répercussions économiques et culturelles. Le recours accru à la voiture a en grande partie répondu à cette demande et le transport en voiture a augmenté de près de 150 % depuis 1970 (65). Depuis lors, cependant, les distances parcourues à pied et à vélo sont restées essentiellement stables (66).

Pour sa part, la possibilité de parcourir de longues distances joue un rôle important dans l'expansion urbaine. Celle-ci augmente la dépendance à l'égard des transports motorisés vers les lieux de travail, les centres commerciaux et d'autres endroits, ce qui réduit les possibilités de marcher et de se déplacer à bicyclette.

Cadre de vie local

Problèmes d'urbanisation

Le milieu dans lequel on vit et travaille a une forte influence sur l'aptitude à être physiquement actif. La Région européenne s'urbanise de plus en plus : en 2004, 80 % de la population des pays à revenu élevé et 64 % de celle des pays à revenus faible et intermédiaire de la Région vivaient dans des zones urbaines (67). On pourrait penser que ce fait devrait avoir des effets positifs sur l'activité physique, étant donné que les niveaux de celle-ci sont généralement plus élevés dans les villes, où une utilisation mixte des terrains et une forte densité des services, des résidences et des lieux de travail permettent de marcher et de rouler à vélo dans le cadre de la vie quotidienne parce que les distances entre les destinations sont courtes (68). Cependant, dans de nombreuses villes d'Europe, l'habitation, le travail, les achats et les loisirs ont lieu de plus en plus dans des quartiers différents. Il en résulte une demande accrue de mobilité motorisée et de moindres possibilités d'activité dans le quartier.

À mesure que la densité urbaine augmente et que les espaces libres se couvrent de bâtiments, les possibilités d'activité physique pendant les loisirs se réduisent. Par exemple, deux tiers de la population ont accès à des espaces verts à 15 minutes de marche à Amsterdam, mais seulement 40 % à Bratislava et 36 % à Varsovie (69).

Soutien social et sédentarisation

La communauté locale peut influencer fortement sur les niveaux d'activité physique, en particulier en raison du soutien social offert et des attitudes culturelles et des stéréotypes à l'égard de différents types d'activités (70). L'enquête Eurobaromètre (71) a mis en évidence, pour les différents pays de l'UE, les variations de la proportion de personnes interrogées qui estiment que l'activité physique est favorisée dans leur quartier. Par exemple, aux Pays-Bas, 90 % des enquêtés ont estimé que « les clubs sportifs et autres établissements locaux offrent de nombreuses possibilités d'activité physique », contre 45 % au Portugal et 54 % en Italie.

De nombreuses tendances sociales favorisent de plus en plus la sédentarité. Les emplois manuels sont de moins en moins nombreux et les loisirs sédentaires progressent. La propriété de machines à laver, de sèche-linge et de lave-vaisselle a augmenté au cours des 30 dernières années. Ces appareils réduisent la fatigue due aux corvées domestiques (72) et libèrent du temps pour d'autres activités. Cependant, ce temps ne semble pas être utilisé pour pratiquer une activité physique. Par ailleurs, les escaliers mécaniques et les ascenseurs, notamment, découragent également l'activité. Bien que peu de données soient disponibles, il semble exister une tendance à rendre les escaliers peu visibles dans les bâtiments et à privilégier les ascenseurs.

En outre, la participation à des activités de loisirs sédentaires a augmenté et les enfants passent la plus grande partie de leur temps libre à regarder la télévision et des vidéos, et à surfer sur Internet (73). Cette augmentation du temps passé devant un écran se poursuivra probablement, à mesure qu'Internet et les jeux vidéo deviendront des loisirs de plus en plus prisés. En outre, comme les parents se soucient de la sécurité de leurs enfants, ils passent beaucoup de temps à les conduire d'un lieu d'activité à l'autre, ce qui réduit les possibilités d'activité physique tant pour les adultes que pour leurs enfants.

Enfin, l'image de l'activité physique peut revêtir une grande importance. Des activités telles que le golf ou le squash indiquent un niveau social élevé, tandis qu'un certain nombre de personnes considèrent que la marche à pied ou la pratique du vélo à des fins de transport témoignent d'un niveau social inférieur. Dans certains pays, les jeunes estiment que la marche à pied ou le cyclisme leur est imposé jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de conduire une moto ou une voiture.

Facteurs individuels

Bien que l'environnement influe considérablement sur le niveau d'activité physique, certains facteurs psychosociaux ont des incidences sur les décisions prises concernant le mode de vie et le choix d'un comportement sain ou malsain.

Facteurs positifs

Les facteurs personnels suivants sont en corrélation positive avec l'activité physique (60,74) :

1. efficacité personnelle perçue (croyance en sa propre aptitude à être actif) ;

2. intention de faire de l'exercice ;
3. goût de l'exercice ;
4. niveau de santé ou de forme perçu ;
5. motivation ;
6. soutien social ;
7. bienfaits attendus de l'exercice ;
8. bienfaits ressentis.

Obstacles

L'activité physique peut se heurter à divers obstacles (74). Selon une étude (75), les principaux d'entre eux sont les suivants :

- sentiment de ne pas avoir le temps ;
- impression de ne pas être « du genre sportif » (en particulier pour les femmes) ;
- craintes concernant la sécurité personnelle ;
- fatigue ou préférence pour le repos et la détente pendant les loisirs ;
- opinions sur soi-même (par exemple, idée que l'on est déjà suffisamment actif).

Le sentiment de manquer de temps a été la raison la plus souvent invoquée lors de l'enquête Eurobaromètre, puisqu'un tiers des habitants de l'UE (34 %) ont déclaré que c'était la raison pour laquelle ils ne faisaient jamais de sport (71). Étant donné que les personnes actives et inactives disposent dans l'ensemble d'autant de temps, il s'agit plutôt d'une question de priorité accordée ou non à l'activité physique (voir le point de mire sur la Slovaquie).

Point de mire. « Vivons sainement », programme de promotion de la santé exécuté dans les zones rurales de Slovaquie

L'institut de santé publique Murska Sobota a créé un programme pilote novateur pour lutter contre le manque d'activité physique et les régimes alimentaires inadéquats dans la région de Pomurje, qui se situe dans le nord-est de la Slovaquie.

Le programme « Vivons sainement » vise à favoriser des modes de vie sains et à encourager chacun à assumer la responsabilité de sa santé. En coopération avec divers partenaires de différents secteurs, il cible les adultes de zones rurales par des messages dans les médias et des manifestations publiques. Les activités menées sont des ateliers mis sur pied dans chaque localité, un test de la condition physique et des manifestations organisés par les participants.

Jusqu'à présent, 70 localités slovaques ont participé à ce programme, qui a atteint environ 30 000 personnes. Les premiers résultats sont encourageants : 8 participants sur 10 déclarent qu'ils ont changé leur mode de vie. Ce programme est maintenant étendu à d'autres zones et ses responsables étudient des idées novatrices telles que la création d'un centre de marche accélérée.

4. Mesures susceptibles d'être prises notamment par le secteur de la santé pour accroître l'activité physique



© CYCLING ENGLAND

Stratégies

L'action en faveur de l'activité physique devrait reposer sur un certain nombre de principes essentiels, repris d'un plan suédois (1) :

1. adoption d'une démarche fondée sur la santé de la population ;
2. définition large de l'activité physique ;
3. participation de divers secteurs ;
4. amélioration du cadre de l'activité physique ;
5. action menée à divers niveaux ;
6. prise en compte des besoins de la population ;
7. amélioration de l'équité ;
8. recours aux meilleures informations factuelles disponibles.

Adoption d'une démarche fondée sur la santé de la population

La promotion de l'activité physique devrait privilégier les besoins sanitaires de la population dans son ensemble et non ceux de certains groupes à risque. Une action qui vise à permettre à tous de faire de l'exercice physique et à améliorer le cadre de vie à cet effet est de nature à avoir des effets plus positifs pour la santé publique que des programmes qui ne ciblent que de petits groupes. Il est urgent de mener des actions coordonnées à plusieurs niveaux pour accroître le nombre de personnes qui pratiquent une activité physique favorable à la santé (voir le point de mire consacré à l'Espagne).

Point de mire. Élaboration de politiques nationales globales en Espagne (76)

Après une évaluation de la situation, le ministère de la Santé et de la Protection des consommateurs a décidé d'élaborer une stratégie globale, qui porte notamment sur l'activité physique et la nutrition, en vue de lutter contre l'obésité. Le principal but recherché est de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies chroniques en favorisant un régime alimentaire sain et l'activité physique.

Cette stratégie cible tous les citoyens, mais plus particulièrement les enfants, compte tenu des tendances préoccupantes en matière d'obésité dans les groupes d'âge les plus jeunes. Elle comprend des recommandations d'actions et désigne les différents secteurs qu'il convient d'associer à cette stratégie. Les interventions auront lieu dans différents cadres et à différents niveaux, notamment les familles et les localités, les villes, les écoles, l'industrie alimentaire et le système de santé. Des buts et des recommandations concernant l'activité physique ont été mis au point pour tous ces cadres.

Pour évaluer et suivre cette stratégie, il est prévu de créer un observatoire de l'obésité, qui sera chargé de réaliser régulièrement des analyses de la prévalence de cette affection dans la population, en particulier chez les enfants et les adolescents, et de mesurer les progrès rendus possibles par les activités de prévention.

Définition large de l'activité physique

L'utilisation d'une définition large permet la participation de divers secteurs. L'activité physique comprend la marche à pied, le cyclisme, la danse, le jeu, le sport, le travail, les loisirs et l'exercice. En conséquence, les mesures qui la favorisent doivent être prises non seulement par les secteurs de la santé, du sport et des loisirs, mais également par d'autres secteurs, tels que ceux des transports et de l'environnement (77).

Participation de divers secteurs

Les professionnels de la santé publique doivent donner des impulsions pour coordonner une action multisectorielle (voir le point de mire sur la Suisse), mais une action large passe par la création d'alliances durables avec des professionnels d'autres secteurs tels que les urbanistes, les planificateurs des transports, les ingénieurs de la circulation routière et les

architectes, ainsi que les employeurs et les membres d'associations. Une démarche de ce type permet en outre d'accroître l'intérêt porté à des questions telles que les voyages actifs, la possibilité de marcher dans les quartiers, des espaces verts attrayants et une meilleure conception des bâtiments, ce qui est de nature à créer des cadres de vie favorables et viables.

Amélioration du cadre de l'activité physique

Comme cela a été mentionné plus haut, il est plus facile d'être actif lorsqu'on peut marcher ou rouler à vélo quotidiennement et qu'il existe à proximité des parcs, des lieux agréables ou des installations utiles. Pour favoriser l'activité physique, il faut notamment coopérer avec les urbanistes et les architectes pour créer des cadres propices à une vie physiquement active.

Une publication complémentaire de l'OMS (79) contient des informations plus détaillées à ce sujet.

Action menée à divers niveaux

Les pouvoirs publics peuvent donner des impulsions favorables à l'activité physique au niveau national et jouer un rôle essentiel dans la coordination d'une action multisectorielle. Pour mener une action de santé publique efficace, il convient d'agir simultanément à différents niveaux, comme l'indique le tableau 3. À cet effet, il est crucial d'obtenir la participation des collectivités territoriales et d'alliances locales ayant les mêmes

Point de mire. La conception du sport en Suisse (78)

Une nouvelle politique nationale concernant les sports a été mise au point en Suisse en 2000. Un groupe d'experts a conçu une stratégie de promotion de l'activité physique favorable à la santé, qui incluait un résumé des données scientifiques relatives aux effets de celle-ci sur la santé.

Lorsque le gouvernement fédéral a accepté cette politique à la fin de 2000, il a décidé que la santé était la principale priorité de la politique nationale des sports en Suisse et que son objectif primordial était de faire en sorte que « plus de citoyens soient physiquement actifs ». Cette conception allait dans le sens de l'opinion publique, étant donné que des enquêtes avaient montré que plus de 90 % des Suisses savaient que l'activité physique est importante pour la santé. Cette conception met également l'accent sur la mise en place de nouveaux partenariats entre secteurs et niveaux de l'action publique et entre les pouvoirs publics, d'une part, et le secteur privé et les médias, d'autre part.

Tableau 3. Exemples d'actions menées par différents secteurs sur les déterminants de l'activité physique

Déterminant	Action menée par les principaux secteurs		
	Santé	Sports et loisirs	Transports et urbanisme
Cadre de vie général	Donner des impulsions en faveur d'une action multidisciplinaire Exécuter les programmes de santé publique pour accroître les possibilités d'activité physique pour les personnes à bas revenu	Planifier et mettre en œuvre des stratégies en faveur du sport pour tous en vue de réduire le coût de l'activité physique pour les personnes à bas revenu et de privilégier la diversité culturelle	Élaborer des plans régionaux d'aménagement de l'espace public qui soient propices à la santé publique et permettent une vie active
Cadre de vie local	Représenter le secteur de la santé dans des comités de planification multidisciplinaires Favoriser l'activité physique parmi les salariés et les utilisateurs des établissements de santé	Améliorer l'accès au sport et aux loisirs pour les piétons et les cyclistes	Donner la priorité à l'accès des piétons et des cyclistes en matière d'urbanisme et de conception de quartiers propices à la marche à pied
Facteurs individuels	Donner des conseils en faveur de l'activité physique dans les lieux de soins primaires	Exécuter des programmes sportifs de proximité ciblés	Exécuter des programmes de marketing social ciblés favorisant la marche à pied et le cyclisme

priorités, car elles peuvent influencer sur la prise de décisions dans le secteur privé grâce à des dispositions réglementaires (qui prévoient par exemple que les nouveaux lotissements doivent comporter des trottoirs et des pistes cyclables) et à une pression de la population en faveur de cadres de vie dans lesquels il est possible de faire des choix sains. [Une publication complémentaire de l'OMS \(79\)](#) étudie un grand nombre de ces questions de façon plus approfondie.

Prise en compte des besoins de la population

Il faut que les politiques et les programmes tiennent compte de la situation locale et que la population participe à leur élaboration (1). L'action en matière d'activité physique peut varier considérablement en fonction de la culture et des normes d'un pays, ainsi que des informations disponibles, des facteurs économiques, de l'évolution sociale et des caractéristiques de la mobilité et des transports. La mise au point d'un programme d'action coordonné devrait tenir compte de tous ces aspects (80).

Amélioration de l'équité

Le niveau d'activité physique varie considérablement et les plus défavorisés sont généralement ceux qui sont le moins actifs pendant leurs loisirs. On observe de grandes inégalités

en matière de cadres de vie favorables à l'activité physique ou d'accès à des installations propices à l'exercice physique. Il convient d'agir pour réduire ces inégalités, soutenir des activités peu coûteuses ou gratuites (telles que la marche à pied) et améliorer les cadres propices à l'activité physique, et la façon dont celle-ci est conçue dans la société.

Recours aux meilleures informations factuelles disponibles

En matière de santé publique, il est crucial d'agir en se fondant sur les meilleures informations factuelles disponibles. Par rapport à la nutrition et à la lutte contre le tabagisme, par exemple, l'activité physique est un sujet de préoccupation relativement récent et les informations factuelles relatives à des interventions efficaces, bien qu'elles se multiplient, sont assez peu abondantes. En outre, il faut évaluer les effets non seulement des interventions destinées spécifiquement à favoriser l'activité physique (telles que les programmes destinés à des patients à risque), mais également des mesures prises en dehors du secteur de la santé qui peuvent influencer sur le niveau d'activité physique de l'ensemble de la population (telles que les politiques en faveur de la marche à pied et des déplacements à vélo) (81).

En conséquence, il n'est pas possible de mener une action en se fondant sur un type déterminé de résultats de travaux de recherche et il convient plutôt de passer en revue différents types d'informations factuelles et de choisir les meilleures en procédant de la façon indiquée dans la section suivante.

Rôle du secteur sanitaire

L'action en faveur de l'activité physique se situe souvent dans le domaine de compétence de professionnels qui appartiennent à des secteurs tels que l'urbanisme, les transports et les sports, mais le secteur sanitaire peut être particulièrement utile à cet égard, notamment en donnant des impulsions favorisant l'activité physique. Cependant, comme celle-ci constitue une question pluridisciplinaire, il se peut qu'aucun secteur n'assume de responsabilité à son égard. En conséquence, c'est le secteur sanitaire qui est le mieux à même de créer des alliances et de favoriser la prise de mesures efficaces.

En conséquence, le secteur sanitaire doit non seulement donner des impulsions d'ordre général mais également prendre des initiatives dans les six domaines suivants :

- l'intégration de l'activité physique dans la prévention primaire ;
- le rassemblement d'informations sur des interventions efficaces et la diffusion des résultats des travaux de recherche ;
- la démonstration des avantages économiques d'investissements dans l'activité physique ;
- l'établissement de liens entre les politiques pertinentes ;
- la sensibilisation et l'échange d'informations ;
- l'encouragement à l'action par l'exemple.

Intégration de l'action physique dans la prévention primaire

L'activité physique devrait avoir une place plus importante dans la prévention primaire. Par exemple, il faudrait veiller à ce que les généralistes et les autres professionnels de soins primaires donnent des conseils en matière d'activité physique et soient formés à cet effet (voir le point de mire sur la Suède).

Rassemblement d'informations sur des interventions efficaces et diffusion des résultats des travaux de recherche

Les professionnels de la santé publique ont la possibilité de donner des impulsions en faisant la synthèse des résultats des travaux de recherche sur les pratiques efficaces en matière de promotion de l'activité physique. En effet, ils sont formés à des techniques telles que l'évaluation critique des résultats des recherches et la réalisation de revues de la littérature.

Le secteur de la santé peut également utiliser une tradition vivace de médecine fondée sur les preuves et appliquer les principes de celle-ci à la santé publique (83), en faisant en sorte que les résultats pertinents des travaux de recherche soient diffusés à toutes les parties intéressées.

Démonstration des avantages économiques d'investissements dans l'activité physique

Les décideurs s'intéressent beaucoup à des informations sur les avantages et les coûts potentiels de toute proposition. Dans ce contexte, le secteur sanitaire peut concevoir des instruments qui permettent des analyses coût-avantage et coût-efficacité plus précises. À cet égard, l'une des questions les plus importantes est la prise en compte des effets sanitaires lors de l'évaluation d'actions menées en matière de transports et d'urbanisme. Il est ainsi possible de présenter des arguments convaincants en faveur d'investissements dans l'activité physique. Par exemple, le Conseil nordique a eu recours à une analyse coût-avantage pour démontrer que les avantages des investissements dans des pistes cyclables l'emportaient de loin sur les coûts correspondants (84).

Établissement de liens entre les politiques pertinentes

Aux niveaux national et international, le secteur sanitaire peut donner des impulsions en repérant des synergies et en établissant des liens plus étroits entre les principales politiques et initiatives de promotion de l'activité physique. Parmi celles-ci, les plus utiles sont les suivantes :

1. la Stratégie mondiale de l'OMS sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé, selon laquelle il est nécessaire de mettre en œuvre des politiques multisectorielles pour favoriser l'activité physique (6) ;
2. la Charte relative à l'obésité et le document portant sur l'activité physique (85) qui ont été présentés lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (86) à la fin de l'année 2006 ;
3. le Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe, qui énonce des engagements pris par les États membres en matière de protection de la santé des enfants dans des domaines prioritaires, notamment par la promotion de l'activité physique grâce à des environnements favorables (87) ;
4. la plateforme de l'UE sur le régime alimentaire, l'activité physique et la santé, qui vise à susciter, dans l'ensemble de l'UE, des actions facultatives de la part des entreprises, de la société civile et du secteur public (88) ;
5. le livre vert de la Commission européenne sur la promotion de régimes alimentaires sains et de l'activité physique,

qui aborde des questions importantes qu'il convient de débattre avec les États membres et la société civile, et servira de base pour l'élaboration d'une nouvelle stratégie sanitaire (89) ;

6. le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement de la Commission économique pour l'Europe de l'ONU, qui offre un cadre d'action dans des domaines prioritaires, dont la promotion de possibilités de faire de la marche à pied et de circuler à vélo dans de bonnes conditions de sécurité en ville (90) ;
7. le Réseau européen de promotion de l'activité physique favorable à la santé, qui relève d'un projet international de collaboration dont l'objet est d'améliorer la santé grâce à l'activité physique (91) ;
8. le projet Villes-santé de l'OMS, qui incite les administrations locales à agir et favorise l'élaboration de politiques globales, notamment en matière d'activité physique et de vie active (92).

Sensibilisation et échange d'informations

Le secteur sanitaire peut jouer un rôle important dans la création de réseaux et la mise en place de mécanismes en vue d'un échange d'informations. À cet égard, on peut citer l'exemple du Réseau européen de promotion de l'activité physique favorable à la santé (91), dont il a été question plus haut. Il permet un échange d'informations d'expérience relatives à l'élaboration de politiques, de stratégies et de méthodes

Point de mire. Promotion de l'activité physique dans le cadre des soins de santé primaires en Suède (82)

En 2005, à l'initiative des autorités de l'Östergötland (Suède), tous les services de soins primaires de ce comté ont participé à une action de prescription de l'activité physique fondée sur une démarche axée sur l'ensemble de la population et la collaboration avec les partenaires locaux.

Il résulte d'une évaluation qu'en 2004, de l'activité physique a été prescrite à 3 344 patients, soit 1,6% des personnes qui se sont rendues dans des établissements de soins primaires au cours de cette année. Après 12 mois, 49% des personnes faisant partie de l'échantillon retenu ont déclaré qu'elles se conformaient à cette prescription, tandis que 21% ont fait état d'une activité physique régulière, prenant une forme différente de celle prescrite. Cette intervention a également contribué à réduire la proportion des personnes sédentaires dans la population considérée.

de promotion de l'activité physique, et soutient une action multisectorielle.

Encouragement à l'action par l'exemple

Enfin, le secteur sanitaire devrait donner l'exemple en favorisant l'activité physique parmi les salariés et les utilisateurs du système de santé, par exemple en permettant au personnel de se rendre à son travail à pied ou à vélo, ou à être actif pendant la pause du déjeuner.

Une action est justifiée

Les connaissances disponibles justifient une action. Un rapport rendu public récemment (93) a indiqué que l'absence générale de données solides montrant l'efficacité des interventions de santé publique ne doit pas servir d'excuse pour l'inaction. Ce principe présente une pertinence particulière dans le domaine de l'activité physique.

En conséquence, la présente section résume des données et des expériences qui proviennent de diverses sources et résultent de différents types de recherche : revues de la littérature réalisées pour l'OMS (81), déclarations de consensus, examens systématiques d'études, travaux de recherche transversale et études de cas. Il ne s'agit en aucun cas d'une revue exhaustive de la littérature sur les interventions dans le domaine de l'activité physique. Le but recherché est de donner des indications utiles aux responsables politiques, en se fondant sur les meilleures informations disponibles. Celles-ci sont regroupées selon trois types de déterminants.

Cadre de vie général

Environnement bâti

Selon des données de plus en plus nombreuses, il existe un lien entre le cadre de vie et l'activité physique (68,94). Nous disposons en effet d'études sur l'influence de l'environnement bâti (en particulier l'interconnexion des rues et le plan des villes) et l'environnement naturel (espaces verts, par exemple). Il a été constaté que des caractéristiques telles que l'esthétique, la commodité et la facilité d'accès vont de pair avec une activité physique accrue. L'aménagement (trottoirs, sentiers), l'accessibilité des destinations (magasins, parcs) et la densité plus ou moins grande de la circulation influent sur la marche à pied (68,95,96). [Une publication complémentaire de l'OMS \(79\)](#) contient des détails sur un grand nombre de ces questions.

Il résulte d'un examen récent des tentatives accomplies pour modifier le cadre de vie en vue de favoriser l'activité physique

qu'il est utile de placer des affiches d'éducation sanitaire aux endroits où il existe un choix entre un escalator et un escalier. Certaines études ont évalué les effets de modifications des politiques, de l'amélioration des pistes cyclables et des installations d'exercice, et de la possibilité de se rendre au travail à pied ou à vélo, ainsi que les campagnes d'éducation. Elles ont permis d'améliorer légèrement l'activité physique (97).

Transports

Le système de transport peut influencer considérablement sur les possibilités d'activité physique, tant en facilitant la marche à pied et le cyclisme qu'en permettant à chacun de se rendre dans des lieux de pratique d'une activité physique. Il résulte d'études des déplacements à pied et à vélo en lieu et place de la voiture (98) que des programmes ciblés peuvent modifier le comportement de groupes motivés. Par exemple, l'étude TravelSmart réalisée à Perth (Australie) a permis d'observer une réduction de 5,5 % des déplacements en voiture au profit de la marche, du cyclisme ou des transports en commun six mois après une intervention, contre une augmentation de 2 % de l'utilisation de la voiture dans un quartier témoin (99). Certaines initiatives ont également favorisé une utilisation accrue des transports publics, qui peut souvent se traduire par une augmentation de la marche par rapport aux déplacements en voiture.

Des interventions importantes menées ces dernières années dans le domaine des transports n'ont pas encore pu faire l'ob-

Point de mire. La taxe contre les embouteillages à Londres (100,101)

En 2003, les autorités londonniennes ont institué un système en vertu duquel les conducteurs de voiture doivent payer une taxe pour pénétrer dans une zone du centre de la capitale. En 2006, cette taxe s'élevait à 11,60 euros par jour. Ce système avait pour objectif principal de réduire les embouteillages dans cette zone et aux alentours, mais il a également influé sur l'activité physique : on a en effet observé une augmentation de 20 % des déplacements à vélo et une réduction de 7 % des collisions. Il se peut également que le nombre des déplacements à pied ait augmenté, qu'ils complètent ou non l'utilisation des transports en commun. L'exemple de Londres montre que des interventions relatives aux transports peuvent avoir des avantages (parfois inattendus) pour la santé publique.

jet d'un examen systématique, mais permettent de tirer des enseignements intéressants. Il résulte d'un rapport (100) que la pratique du vélo a augmenté à la suite de l'introduction d'une taxe contre les embouteillages dans le centre de Londres (voir le point de mire qui lui est consacré). Des initiatives de grande ampleur en faveur du cyclisme menées notamment à Odense (Danemark) (voir le point de mire portant sur ce sujet) et en Norvège ont également démontré qu'il est possible d'accroître les déplacements en vélo sans qu'il en résulte une augmentation des traumatismes dus aux accidents de la circulation (103). En outre, selon certaines informations, il est possible de recourir à des évaluations des effets de certaines mesures sur la santé pour mettre en évidence les possibilités d'améliorer la santé grâce à une politique des transports judicieuse (104).

Possibilités d'action

- Le secteur de la santé devrait conjuguer ses efforts avec ceux des urbanistes, des responsables des transports et des architectes pour contribuer à créer des lieux où l'activité physique est plus facile et plus sûre.
- Les programmes de promotion de la santé devraient reposer sur certains éléments du cadre de vie. Par exemple, des programmes tels que TravelSmart utilisent des itinéraires de

Point de mire. Odense, ville danoise du cyclisme (102)

De 1999 à 2002, Odense a été officiellement la ville du cyclisme au Danemark. Le ministère des Transports et la Direction nationale des routes ont investi des fonds considérables pour démontrer qu'un effort coordonné pouvait développer les déplacements à vélo. Au cours des quatre années qu'a duré l'ensemble du programme, les autorités ont conçu et mis en œuvre 50 initiatives, qui ont consisté notamment à améliorer les aménagements, à mener des campagnes de sensibilisation et à modifier la réglementation en privilégiant l'expérimentation d'idées novatrices.

À la fin de 2002, la circulation des vélos dans la municipalité d'Odense avait augmenté de 20 % et le nombre d'accidents impliquant des cyclistes avait été réduit d'autant par comparaison avec la période 1996-1997. Selon l'évaluation réalisée, il a ainsi été possible de faire des économies dans le secteur de la santé, principalement grâce à une amélioration de la sécurité et à une réduction de l'incidence des maladies non transmissibles.

marche ou des pistes cyclables, ou favorisent l'utilisation des escaliers dans certains bâtiments où cela est possible.

Cadre de vie local

Lieu de travail

Actuellement, le niveau d'activité physique sur le lieu de travail est généralement bas : en 2002, la moitié des personnes interrogées dans le cadre d'une enquête de l'UE signalaient qu'elles n'avaient pas ou guère d'activité physique au travail (71). Néanmoins, le lieu de travail peut beaucoup contribuer au niveau d'activité physique. En effet, les travailleurs passent une grande partie de la journée dans un cadre que l'employeur peut influencer dans une large mesure et qui peut être modifié afin de favoriser davantage l'activité physique.

Les informations relatives aux actions efficaces sur le lieu de travail sont contradictoires (105,106), mais ce dernier semble être un cadre approprié pour donner accès ou améliorer l'accès à des installations permettant une activité physique, mettre en place des politiques propices à cette dernière et diffuser des informations, ce qui est également de nature à augmenter l'activité physique dans d'autres cadres (107). En particulier, il est possible de favoriser l'activité physique sur le lieu de travail en mettant des installations appropriées à la disposition du personnel, en encourageant celui-ci à se rendre au travail à pied ou à vélo (108,109) et en limitant les emplacements de stationnement à proximité du lieu de travail (65).

Influences sociales : les médias

Des revues de la littérature ont permis de conclure que, si des campagnes dans les médias offrent des possibilités considérables d'influencer les normes de la communauté en matière de comportement de santé, y compris l'activité physique, et peuvent atteindre des populations importantes à un coût relativement bas, elles ont rarement des effets sur le comportement de l'ensemble de la population. Cependant, les campagnes de sensibilisation permettent généralement de diffuser des informations sur une question déterminée (110), de sorte qu'elles peuvent être un élément utile d'un ensemble complet d'interventions.

Interventions de proximité

Des actions locales permettent de favoriser l'activité physique et de créer dans les quartiers des conditions propices à celle-ci. Les programmes de proximité comprennent d'importantes initiatives de lutte contre les maladies cardiovasculaires, telles que le Stanford Five-City Project (111) et des campagnes

menées à l'échelon de localités avec la coopération des médias pour préconiser l'activité physique. De tels programmes vont parfois de pair avec des modifications de l'environnement physique (70).

Bien que de grands programmes de proximité aient eu des incidences positives, ils n'ont pas produit d'effets à l'échelon de l'ensemble de la population. De meilleurs résultats ont été obtenus grâce à de plus petits programmes qui adaptaient à un quartier des techniques de modification du comportement généralement utilisées dans le cadre des soins primaires (voir le point de mire relatif aux Pays-Bas). En outre, les campagnes de grande envergure liées à des actions de proximité sont généralement couronnées de succès, en particulier si elles sont bien ciblées et menées à une échelle locale appropriée (70).

Écoles

Les écoles offrent de nombreuses occasions d'activité physique : éducation physique, accès de l'ensemble de la population à des terrains de jeu et à des gymnases, et initiatives telles que les programmes de trajets sûrs vers l'école (voir les points de mire sur la République tchèque et la Norvège). Les actions menées dans ce domaine comprennent des aménagements

Point de mire. Santé cardiaque au Limbourg (Pays-Bas) (112)

Santé cardiaque au Limbourg est un programme de proximité mis en œuvre par des généralistes et un hôpital en vue de prévenir les maladies cardiovasculaires selon une démarche privilégiant les groupes à risque. Il visait à réduire la prévalence des maladies cardiovasculaires chez tous les habitants de la région de Maastricht en les encourageant à être plus actifs, à réduire leur consommation de graisses et à cesser de fumer. De 1999 à 2003, 790 interventions ont été menées : 361 d'entre elles ont porté sur l'activité physique, notamment par la création de clubs de marche et de cyclisme, et l'organisation de campagnes en faveur des déplacements à pied et à vélo.

Ce programme est en cours d'évaluation, mais les résultats déjà obtenus sont très encourageants. Les membres du groupe qui a bénéficié de cette intervention ont consacré plus de temps à la marche et au cyclisme que ceux d'un groupe témoin.

Point de mire. « Marchez avec notre école » : Kvasice (République tchèque) (113)

La campagne internationale « Marchons vers l'école », d'une durée d'un mois, est organisée chaque année pour donner aux enfants, aux parents, aux enseignants et aux personnalités locales la possibilité de participer à une manifestation mondiale pour célébrer les bienfaits de la marche à pied. À Kvasice (République tchèque), il existe une école primaire dont 40 % des élèves résident dans des villages voisins et sont nombreux à se rendre à l'école en autobus. L'initiative « Marchez avec notre école » a montré que les élèves qui se rendent à pied à l'école en tirent des enseignements utiles, développent leurs aptitudes émotionnelles, améliorent leur santé et contribuent à la préservation de l'environnement.

Des liens sont établis entre cette initiative et autant de matières scolaires que possible : sciences, géographie, arts, artisanat et musique. Des demi-journées de marche ont lieu le samedi à l'intention des enfants et des parents, qui peuvent ainsi se rendre dans des sites historiques et comprendre les rapports qui existent entre la santé et les objectifs éducatifs. Ces marches sont rendues attrayantes par des chasses au trésor, des concours et d'autres activités. Le but recherché est de favoriser la marche et de rapprocher les participants de l'environnement local.

Point de mire. Activité physique pour les écoliers au Nordland (Norvège) (114)

En 2004, le Nordland a mis en route un vaste programme scolaire pour permettre aux élèves des 210 écoles primaires de ce comté de faire au moins 60 minutes d'activité physique chaque jour de la semaine scolaire. À cet effet, il a fallu informer les autorités scolaires des avantages de l'activité physique pour la santé et le développement des capacités intellectuelles, en particulier chez les enfants inactifs. Les écoles désireuses de participer peuvent mettre au point des programmes d'activités en combinant par exemple l'éducation physique, des cours en plein air se rapportant à différentes matières, un aménagement plus motivant des cours de récréation, et les déplacements à pied et à vélo au départ et à destination de l'école. En 2006, 144 écoles appliquaient ou avaient élaboré des programmes d'activités en coopération avec d'autres secteurs.

de l'infrastructure (tels que la création d'une aire de stationnement pour les vélos) combinés avec des programmes de promotion, tels que la journée « À pied à l'école » et l'élaboration de plans de déplacement vers l'école (115).

Infrastructures de loisirs et de sports

La participation régulière à des activités sportives a des effets positifs sur la santé et est par conséquent un élément important des actions de promotion de la santé. C'est ainsi que la Finlande a réorienté le sport de la compétition réservée à une élite vers une activité physique favorable à la santé pratiquée par tous. Les politiques multisectorielles ont engendré d'importants changements du financement public des clubs sportifs et la construction d'installations de sports. La Finlande a élaboré trois programmes nationaux successifs d'une durée de cinq ans en vue de favoriser l'activité physique (116). Les Pays-Bas se sont également engagés dans cette voie pour :

- renforcer l'infrastructure locale de sports afin de développer les activités sportives et de favoriser aussi les contacts sociaux qu'elles engendrent ;
- contribuer à résoudre par le sport des problèmes sociaux qui se posent au niveau local ;
- établir des liens entre les différents établissements sportifs et entre ces derniers et les secteurs liés au sport à l'échelon local, tels que ceux de l'éducation, des loisirs, des services sociaux, de l'emploi et des soins de santé (117).

Possibilités d'action

- Le secteur sanitaire, les employeurs et le secteur éducatif devraient utiliser le lieu de travail et l'école comme cadres favorables à l'activité physique, et en particulier organiser des campagnes et des manifestations de sensibilisation, modifier les politiques sur les lieux de travail et dans les écoles, et mettre à disposition des installations qui favorisent l'activité physique, telles que des emplacements de rangement de vélos, des gymnases et des vestiaires.
- Les secteurs de la santé, des sports et des loisirs devraient élaborer des programmes qui utilisent l'activité physique et les sports en vue d'une mobilisation de la communauté : il faut rassembler les citoyens sous la bannière de l'activité physique favorable à la santé.

Facteurs individuels

Les informations les plus fiables concernant les avantages d'interventions au niveau individuel portent sur les lieux de soins primaires. Au Royaume-Uni, des recommandations récentes (118) ont mis en avant l'intérêt d'interventions de

Point de mire. Une localité qui bouge : l'expérience de San Mauro Pascoli (Italie) (120)

Cette initiative a ciblé les adultes sédentaires, en particulier des femmes et des personnes âgées, en vue de prévenir les maladies cardiovasculaires, de réduire le nombre de personnes sédentaires, de mener une action de sensibilisation au sujet des avantages de l'activité physique pour la santé et de permettre des contacts sociaux grâce à l'exercice physique. Les activités se sont déroulées en plein air au printemps et en été, et à l'intérieur en automne et en hiver. Près de 200 personnes y ont participé, principalement des femmes d'âge mûr, et l'on a veillé à ce que cette initiative se poursuive de façon autonome à long terme. Celle-ci a bénéficié de la participation de généralistes, de représentants de la communauté locale, d'associations sportives, de travailleurs sociaux, d'associations locales et du secteur privé.

Le principal enseignement tiré a été que, bien que la plupart des participants aient été bien conscients des avantages de l'activité physique pour la santé, ils ne pouvaient être actifs dans leur localité (par exemple, en utilisant des parcs locaux). Ces personnes ont également beaucoup apprécié la possibilité d'avoir des contacts sociaux. L'étude consacrée à cette initiative a permis de conclure que l'information et la motivation ne suffisent pas pour engendrer des modifications de comportement si elles ne s'accompagnent pas d'interventions qui facilitent l'activité physique.

courte durée dans les cadres de soins primaires et indiqué que « les praticiens des soins primaires devraient saisir toutes les possibilités de repérer des adultes inactifs et leur conseiller de pratiquer 30 minutes d'activité modérée cinq jours par semaine (ou plus) ». Un examen antérieur de la littérature (119) a permis de déterminer que les programmes mis en œuvre devraient :

- cibler certaines personnes à l'échelon local (voir le point de mire sur l'Italie) ;
- utiliser les théories relatives aux modifications du comportement pour transmettre des compétences et adapter les interventions aux besoins individuels ;
- encourager une activité physique d'intensité modérée, en particulier la marche à pied, et des activités qui ne dépendent pas d'installations particulières ;

- prévoir un suivi régulier et un contact avec un spécialiste de l'exercice.

Enfants et jeunes

Il est sans doute surprenant de constater qu'on dispose de moins d'informations sur l'efficacité d'interventions facilitant l'activité physique parmi les jeunes que ce n'est le cas pour les adultes. Il résulte d'un examen systématique des informations disponibles (121) qu'il serait utile de mener des interventions dans les domaines suivants :

1. aménagement du territoire :

- amélioration des pistes cyclables ;
- amélioration des parcs et des terrains de jeu ;
- augmentation du nombre de clubs de jeunes ;
- renforcement des liens entre les services de loisirs et les écoles pour permettre aux enfants de s'informer sur la disponibilité d'installations ;

2. services de santé locaux :

- interventions de soins primaires en vue de favoriser l'activité physique, notamment par des conseils concernant la réduction du temps passé devant la télévision ;

3. écoles :

- renforcement de l'éducation physique et de l'activité physique à l'école (par exemple, par une augmentation du temps consacré à l'éducation physique et l'encouragement du déplacement à pied et à vélo vers l'école) ;
- éducation sur l'activité physique, la réduction des activités sédentaires (télévision, jeux vidéo) et les effets potentiels de l'inactivité ;
- amélioration de l'accessibilité des installations scolaires en dehors des périodes de cours ;
- amélioration des activités extrascolaires.

Possibilités d'action

- Le secteur sanitaire devrait veiller à ce que la promotion de l'activité physique fasse partie intégrante des soins primaires. À cet effet, il convient notamment d'évaluer les niveaux d'activité physique des patients, de leur donner des conseils personnalisés et de suivre la mise en œuvre de ceux-ci.
- Les secteurs de l'éducation, de la santé, des transports et de l'urbanisme devraient considérer que les jeunes ont le droit d'être physiquement actifs, et donner la priorité à la création d'installations et de possibilités de s'activer à leur intention.

5. Perspectives



© JUPITERIMAGES

Il est urgent de mener une action coordonnée à plusieurs niveaux pour améliorer le taux d'activité physique favorable à la santé. Il ne s'agit pas uniquement d'une question de santé publique : il y va du bien-être des populations, de la protection de l'environnement et de l'investissement dans les générations futures. Nous en savons assez sur des stratégies efficaces et prometteuses pour agir maintenant afin de concevoir et de mettre en œuvre des programmes et des politiques d'ensemble visant à favoriser une vie active.

L'activité physique offre des possibilités considérables d'améliorer la santé et le bien-être. Elle est une habitude à prendre et à conserver pour être en bonne santé.

Les efforts accomplis pour accroître l'activité physique peuvent pratiquement être considérés comme des mesures de santé publique idéales. En effet, l'activité physique :

- influe sur plusieurs des problèmes de santé les plus courants ;
- est efficace et ne cause en principe pas de tort ;
- est à la portée de la majorité de la population ;
- présente un avantage global tellement important qu'elle justifie les investissements nécessaires.

Il ne faut pas attendre que des travaux de recherche plus approfondis améliorent notre compréhension de l'activité physique. En particulier, il faut expérimenter et

mettre en œuvre des stratégies novatrices pour créer un cadre de vie favorable à l'activité physique et l'améliorer constamment.

Actuellement, l'on en sait davantage au sujet des interventions menées au niveau personnel (par exemple dans les lieux de soins primaires) que des actions réalisées à un niveau plus élevé, qui portent sur les déterminants de l'activité physique liés au cadre de vie. Il semble que les actions de ce dernier type soient plus utiles. Les chercheurs devraient s'efforcer de corriger ce déséquilibre dans nos connaissances. Il est nécessaire d'approfondir certaines questions, telles que le lien entre l'activité physique et le cadre de vie, et les meilleurs moyens de

transférer et de diffuser les connaissances et les bonnes pratiques.

Il faut agir sur une grande échelle, de façon cohérente, à différents niveaux de l'action publique et dans plusieurs secteurs. Il convient que le secteur sanitaire conjugue ses efforts avec ceux de nouveaux partenaires pour tirer parti des dimensions multiples de la vie active. Des partenariats intersectoriels sont en effet essentiels si l'on veut aider les pays de la Région européenne tout entière à inverser la tendance à l'inactivité et créer les conditions nécessaires pour que la population puisse améliorer sa santé grâce à une activité physique intégrée dans la vie quotidienne.

Références

1. *Background material to the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity*. Uppsala, National Food Administration, 2005 (<http://www.fhi.se/upload/2702/TheSwedishActionplan.pdf>, accessed 28 July 2006).
2. Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 1985, 100:126–131.
3. Foster C. *Guidelines for health-enhancing physical activity promotion programmes. The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity*. Tampere, the UKK Institute for Health Promotion Research, 2000.
4. Leadership for Active Living. *Leadership action strategies*. San Diego, San Diego State University, 2003 (http://www.leadershipforactiveliving.org/pdf_file/LeadershipActionStr%20web.pdf, accessed 28 July 2006).
5. *At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer*. London, Department of Health, 2004 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4080994, accessed 28 July 2006).
6. Diet and physical activity: a public health priority [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>, accessed 28 July 2006).
7. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, accessed 28 July 2006).
8. Sjöström M et al. Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 2006, 14(1):1–10.
9. *Rapport sur la Santé dans le Monde 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/fr/>, consulté le 11 mars 2008).
10. Pedersen PK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2006, 16(Suppl. 1):3–63.
11. Bull F et al. Physical inactivity. In: Ezzati M, ed. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva, World Health Organization, 2004.
12. Berlin JA, Colditz G. A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 132:612–628.
13. Powell KE et al. Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual Review of Public Health*, 1987, 8:253–287.
14. Ellekjaer H et al. Physical activity and stroke mortality in women. Ten-year follow-up of the Nord-Trøndelag health survey, 1984–1986. *Stroke*, 2000, 31:14–18.
15. Wannamethee S, Shaper A. Physical activity and the prevention of stroke. *Journal of Cardiovascular Risk*, 1999, 6:213–216.
16. Hardman A, Stensel D. *Physical activity and health: the evidence explained*. London, Routledge, 2003.
17. Grundy SM et al. Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities: evidence report of independent panel to assess the role of physical activity in the treatment of obesity and its comorbidities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 31:1493–1500.

18. Ivy J, Zderic T, Fogt D. Prevention and treatment of non-insulin-dependent diabetes mellitus. In: Holloszy J, ed. *Exercise and sport sciences reviews*. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 1999.
19. Tuomilehto J et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 2001, 344(18):1343–1350.
20. Hu FB et al. Walking compared with vigorous physical activity and risk of type 2 diabetes in women: a prospective study. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1433–1439.
21. Folsom AR, Kushi LH, Hong CP. Physical activity and incident diabetes mellitus in postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 2000, 90(1):134–138.
22. Okada K et al. Leisure-time physical activity at weekends and the risk of type 2 diabetes mellitus in Japanese men: the Osaka Health Survey. *Diabetic Medicine*, 2000, 17:53–58.
23. Colditz G, Cannuscio C, Frazier A. Physical activity and reduced risk of colon cancer: implications for prevention. *Cancer Causes and Control*, 1997, 8: 649–667.
24. *Weight control and physical activity*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2002 (IARC Handbook of Cancer Prevention, Vol. 6).
25. Thune I, Furberg A-S. Physical activity and cancer risk: dose–response and cancer, all sites and site-specific. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S530–S550.
26. Gammon MD et al. Recreational physical activity and breast cancer risk among women under age 45 years. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 147:273–280.
27. Latikka P, Pukkala E, Vihko V. Relationship between the risk of breast cancer and physical activity. *Sports Medicine*, 1998, 26:133–143.
28. Verloop J et al. Physical activity and breast cancer risk in women aged 20–54 years. *Journal of the National Cancer Institute*, 2000, 92:128–135.
29. Tehard B et al. Effect of physical activity on women at increased risk of breast cancer: results from the E3N Cohort Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15(1):57–64.
30. Giovannucci E et al. A prospective study of physical activity and prostate cancer in male health professionals. *Cancer Research*, 1998, 58:5117–5122.
31. Brill P et al. Muscular strength and physical function. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2000, 32:412–416.
32. Huang Y et al. Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1998, 30:1430–1435.
33. Simonsick EM et al. Risk due to inactivity in physically capable older adults. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:1443–1450.
34. Grisso JA et al. Risk factors for hip fracture in men. Hip fracture study group. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:786–793.
35. Gillespie ND, McMurdo M. Falls in old age: inevitable or preventable? *Scottish Medical Journal*, 1998, 43:101–103.
36. Kujala U et al. Physical activity and osteoporotic hip fracture risk in men. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:705–708.
37. Gregg E, Pereira M, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2000, 48:883–893.
38. Gutin B, Kasper M. Can vigorous exercise play a role in osteoporosis prevention? A review. *Osteoporosis International*, 1992, 2:55–69.
39. Welten D et al. Weight-bearing activity during youth is a more important factor for peak bone mass than calcium intake. *Journal of Bone and Mineral Research*, 1994, 9:1089–1096.

40. Zhang J, Feldblum P, Fortney J. Moderate physical activity and bone density among perimenopausal women. *American Journal of Public Health*, 1992, 82:736–738.
41. Dunn AL, Trivedi MH, O'Neal HA. Physical activity dose–response effects on outcomes of depression and anxiety. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2001, 33(Suppl.):S587–S597.
42. Glenister D. Exercise and mental health: a review. *Journal of the Royal Society of Health*, 1996, 116:7–13.
43. Hassmen P, Koivula N, Uutela A. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. *Preventive Medicine*, 2000, 30:17–25.
44. Paffenbarger RS Jr et al. Changes in physical activity and other lifeway patterns influencing longevity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1994, 26:857–865.
45. Evans J, Roberts G. Physical competence and the development of children's peer relations. *Quest*, 1987, 39:23–25.
46. Maxwell K, Tucker L. Effects of weight training on the emotional well-being and body image of females: predictors of greatest benefit. *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6:338–344.
47. Sonstroem R. Exercise and self-esteem. *Sport Science Review*, 1984, 12:123–155.
48. Laforge RG et al. Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 1999, 28:349–360.
49. Morans R, Mohai P. Leisure resources, recreation activity and the quality of life. In: Driver B, Brown P, Peterson G, eds. *Benefits of leisure*. Philadelphia, Venture Publishing, 1991.
50. Department for Culture, Media and Sport (DCMS) and Strategy Unit. *Game plan: a strategy for delivering Government's sport and physical activity objectives*. London, Cabinet Office, 2002.
51. Ellaway A, Macintyre S, Bonnefoy X. Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey. *BMJ*, 2005, 331(7517):611–612.
52. *Tackling obesity in England. Report by the Comptroller and Auditor General*. London, The Stationery Office, 2001 (http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220.pdf, accessed 28 July 2006).
53. Martin BW et al. Economic benefits of the health-enhancing effects of physical activity: first estimates for Switzerland. Scientific position statement of the Swiss Federal Office of Sports, Swiss Federal Office of Public Health, Swiss Council for Accident Prevention, Swiss National Accident Insurance Organisation (SUVA), Department of Medical Economics of the Institute of Social and Preventive Medicine and the University Hospital of Zurich and the Network HEPA Switzerland. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 2001, 49(3):131–133.
54. Young people's health and health-related behaviour. In: Currie C et al., eds. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004: 53–161 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 4; http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040601_1, accessed 28 July 2006).
55. *Les citoyens de l'Union européenne et le sport. Résumé*. Bruxelles, Commission européenne, 2004 (Eurobaromètre spécial 213/Wave 62.0 ; http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_213_summ_fr.pdf, consulté le 11 mars 2008).
56. Lamprecht M, Stamm HP. *Observatorium Sport und Bewegung Schweiz. Bewegungsverhalten in der Gesundheitsbefragung 2002*. Zürich, L&S Sozialforschung und Beratung AG, 2004.
57. Helakorpi S et al. *Suomalaisen aikuisväestön terveystähtäytymien ja terveyst, kevät 2003* [Health behaviour and health among Finnish adult population, Spring 2003]. Helsinki, National Public Health Institute, 2003.
58. International Physical Activity Questionnaire [web site]. Stockholm, Karolinska Institute, 2006 (<http://www.ipaq.ki.se>, accessed 28 July 2006).
59. Global Physical Activity Surveillance [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/index.html>, accessed 28 July 2006).

60. Sallis JF, Owen N. *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, Sage, 1999:108–134.
61. Dahlgren G. The need for intersectoral action for health. In: Harrington P, Ritsatakis A, eds. *European Health Policy Conference: opportunities for the future, Copenhagen 5–9 December 1994. Volume II. The policy framework to meet the challenges – Intersectoral action for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 ([http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HFAP_94.01_CN01\(II\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_HFAP_94.01_CN01(II).pdf), accessed 28 July 2006).
62. Vuori I, Paronen O, Oja P. How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Patient Education and Counseling*, 1998, 33(Suppl. 1):S111–119.
63. Gordon-Larsen P et al. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*, 2006, 117(2):417–424.
64. Institute of Public Policy Research. *Streets ahead: safe and liveable streets for children*. London, Central Books, 2002.
65. Macro- and microenvironmental determinants of physical activity. In: Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (sous la dir. de). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070914_1, consulté le 25 juin 2008).
66. *Energy and transport in figures 2002*. Brussels, European Commission, 2002.
67. European Health for All database [online database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 28 July 2006).
68. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults’ participation in physical activity: a review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(3):188–199.
69. Urban audit [web site]. Brussels, European Commission Directorate-General Regional Policy, 2006 (<http://www.urbaudit.org>, accessed 28 July 2006).
70. Cavill N, Foster C. How to promote health-enhancing physical activity: community interventions. In: Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity*. London, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Sciences, Vol. 6).
71. European Opinion Research Group. *Physical activity*. Brussels, European Commission, 2003 (Special Eurobarometer 183-6/Wave 58.2; http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183_6_en.pdf, accessed 28 July 2006).
72. Rickards L et al. *Living in Britain. No. 31. Results from the 2002 General Household Survey*. London, The Stationery Office, 2004 (http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_compendia/lib2002.pdf, accessed 28 July 2006).
73. *Young people and sport in England. Trends in participation 1994–2002*. London, Sport England, 2003 (<http://www.sportengland.org/downloads/Young-People-and-Sport-2002-report.pdf>, accessed 28 July 2006).
74. Trost SG et al. Correlates of adults’ participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2002, 34(12):1996–2001.
75. Foster C et al. *Understanding participation in sport and physical activity amongst children and adults*. London, Sport England, 2005 (http://www.sportengland.org/understanding_participation_in_sport_2005.pdf, accessed 28 July 2006).
76. *Spanish strategy for nutrition, physical activity and prevention of obesity*. Madrid, Ministry of Health and Consumer Protection, 2005 (http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idDescarga=9&url=FileServer&file=the%20NAOS%20Strategy.pdf&language=en_US&download=yes, accessed 28 July 2006).
77. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. *Physical activity fitness and health. International proceedings and consensus statement*. Champaign, Human Kinetics, 1992.
78. Martin BW. Physical activity related attitudes, knowledge and behaviour in the Swiss population: comparison of the HEPA surveys 2001 and 1999. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 2002, 50(4):164–168.

79. *Promouvoir l'activité physique et la vie active en ville : le rôle des autorités locales*. France, Ministère de la santé et des sports, 2009.
80. *A framework to monitor and evaluate the implementation of the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/Indicators%20paper-%20English%20Version%20-May%202006%20.pdf>, accessed 28 July 2006).
81. Actions and policies to promote physical activity. In: Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070914_1, accessed 25 June 2008).
82. Leijon M, Jacobsson M. *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen* [La prescription de l'activité physique. Est-elle efficace ? Évaluation d'un modèle utilisé en Östergötland]. Linköping, Folkhälsovetenskapligt Centrum, Landstinget i Östergötland, 2006 (Rapport 2006 : 2) (en suédois).
83. Cavill N et al. An evidence-based approach to physical activity promotion and policy development in Europe: contrasting case studies. *Promotion and education*, 2006, 13(2):104–111.
84. Saelensminde K. Cost–benefit analyses of walking and cycling track networks taking into account insecurity, health effects and external costs of motorized traffic. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 2004, 38(8):593–606.
85. *Steps to health. A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (<http://www.euro.who.int/Document/E90191.pdf>, accessed 25 June 2008).
86. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/obesity/conference2006?language=French>, consulté le 11 mars 2008).
87. Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/childhealthenv/Policy/20020724_2?language=French, consulté le 11 mars 2008).
88. Diet, physical activity and health – EU platform for action [web site]. Brussels, European Commission, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm, accessed 19 July 2006).
89. *Livre vert. Promouvoir une alimentation saine et l'activité physique : une dimension européenne pour la prévention des surcharges pondérales, de l'obésité et des maladies chroniques*. Bruxelles, Commission européenne, 2005 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_fr.pdf, consulté le 11 mars 2008).
90. Transport, Health and Environment Pan-European Programme [web site]. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2006 (<http://www.thepep.org/en/welcome.htm>, accessed 19 July 2006).
91. Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/hepa?language=French>, consulté le 11 mars 2008).
92. Healthy Cities and urban governance [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (<http://www.euro.who.int/healthy-cities>, accessed 19 July 2006).
93. Wanless D. *Securing good health for the whole population. Final report*. London, HM Treasury, 2004 (http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm, accessed 28 July 2006).
94. Badland H, Schofield G. Transport, urban design, and physical activity: an evidence-based update. *Transportation Research Part D*, 2005, 10:177–196.
95. Owen N et al. Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27(1):67–76.
96. Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, 25(2):80–91.

97. Foster C, Hillsdon M. Changing the environment to promote health-enhancing physical activity. *Journal of Sports Sciences*, 2004, 22:755–769.
98. Ogilvie D et al. Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review. *BMJ*, 2004, 329(7469):763.
99. Department for Planning and Infrastructure. *Travel behaviour change program for the city of South Perth under the TravelSmart program: technical appendix*. Perth, Government of Western Australia, 2003.
100. *Congestion charging: update on scheme impacts and operations*. London, Transport for London, 2004 (<http://www.tfl.gov.uk/tfl/downloads/pdf/congestion-charging/cc-12monthson.pdf>, accessed 28 July 2006).
101. *Congestion charging. Monitoring. Impacts monitoring second annual report*. London, Transport for London, 2004 (<http://www.tfl.gov.uk/tfl/downloads/pdf/congestion-charging/cc-12monthson.pdf>, accessed 28 July 2006).
102. Troelsen J, Jensen SU, Andersen T. *Evaluering af Odense – Danmarks nationale cykelby* [Évaluation d’Odense, ville danoise du cyclisme]. Odense, Odense Cykelby, 2004 (http://www.cykelby.dk/pdf/cykel_inet.pdf, consulté le 28 juillet 2006) (en danois, avec résumé en anglais).
103. *Action for health in cities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (<http://www.who.dk/document/wa30094ac.pdf>, accessed 28 July 2006).
104. Mindell J et al. Health impact assessment as an agent of policy change: improving the health impacts of the Mayor of London’s draft transport strategy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:169–174.
105. Dishman RK et al. Worksite physical activity interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15: 344–361.
106. Proper K et al. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13:106–117.
107. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22(Suppl. 4):73–107.
108. Mutrie N et al. “Walk in to Work Out”: a randomised controlled trial of a self help intervention to promote active commuting. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(6):407–412.
109. Wen LM et al. Promoting active transport in a workplace setting: evaluation of a pilot study in Australia. *Health Promotion International*, 2005, 20(2):123–133.
110. Cavill N, Bauman A. Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media campaigns have a role? *Journal of Sports Science*, 2004, 22:171–190.
111. Young DR et al. Effect of community health education on physical activity knowledge, attitudes, and behavior. The Stanford Five-City Project. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 144:264–274.
112. Ronda G et al. The Dutch heart health community intervention ‘Hartslag Limburg’: design and results of a process study. *Health Education Research*, 2004, 19:596–607.
113. Czech Republic. *iwalk country since 2004* [web site]. Chapel Hill, National Center for Safe Routes to School, University of North Carolina Highway Safety Research Center, 2006 (<http://www.iwalktoschool.org/whoswalking/country.cfm?id=40>, accessed 28 July 2006).
114. Folkehelse [Santé publique – site Web]. Bodø, Nordland fylkeskommune, 2005 (<http://www.nfk.no/ncms.aspx?id=0C1D6177-DBD0-4493-9EF1-56799F81DFC0&menuid=25003>, consulté le 28 juillet 2006) (en norvégien).
115. School travel plan [we site]. Bristol, Sustrans, 2006 (http://www.saferoutestoschools.org.uk/index.php?f=travel_plans.htm, accessed 28 July 2006).
116. Vuori I, Lankenau B, Pratt M. Physical activity policy and program development: the experience in Finland. *Public Health Reports*, 2004, 119(3):331–345.

117. *Sport for all incentive in the Netherlands*. The Hague, Ministry of Health, Welfare and Sport, 2000 (International Publications Series Health Welfare and Sport, No. 5; http://www.minvws.nl/images/sportforall_tcm11-21864.pdf, accessed 28 July 2006).
118. *Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006 (Public Health Intervention Guidance, No. 2; <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=299528>, accessed 28 July 2006).
119. *Effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews (evidence briefing)*, 2nd ed. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=505281>, accessed 28 July 2006).
120. *Il piano per la salute di Cesena* [Le plan pour la santé à Cesena]. Bologne, région d'Emilie-Romagne, 2006 (http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/pps/area_pps/percorsi_pps/pps_cesena.pdf, consulté le 28 juillet 2006) (en italien).
121. Brunton G et al. *Children and physical activity: a systematic review of barriers and facilitators*. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2003 (http://eppi.ioe.ac.uk/EPPIWebContent/hp/reports/healthy_eating02/Summary.pdf, accessed 28 July 2006).

Annexe. Pour en savoir plus

Généralités sur l'activité physique

Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, eds. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070914_1, accessed 25 June 2008) (en particulier les chapitres 4, 11 et 15, consacrées à l'activité physique).

Oja P, Borms J, eds. *Health enhancing physical activity*. Oxford, Meyer & Meyer Sport, 2004 (Perspectives – The Multi-disciplinary Series of Physical Education and Sport Science, Vol. 6).

Informations sur les liens entre l'activité physique et la santé

At least five a week. Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. London, Department of Health, 2004 (<http://tinyurl.com/332mf>, accessed 28 July 2006).

Pedersen PK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 2006, 16(Suppl. 1):3–63

The Surgeon-General's call to action to prevent and decrease overweight and obesity [web site]. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2005 (<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity>, accessed 28 July 2006).

Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, accessed 28 July 2006).

Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 2006, 174(6):801–809.

Informations sur l'efficacité d'interventions

Effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews (evidence briefing), 2nd ed. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005 (<http://www.publichealth.nice.org.uk/page.aspx?o=505281>, accessed 28 July 2006).

Guide to community preventive services. Physical activity [web site]. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2006 (<http://www.thecommunityguide.org/pa/default.htm>, accessed 28 July 2006).

Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. Review. *The Cochrane library*, 2006, 3 (http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003180/pdf_fs.html, accessed 28 July 2006).

Interventions related to obesity: a state of the evidence review. Ottawa, Heart and Stroke Foundation of Canada, 2005.

Stratégies et méthodes

Active living research [web site]. San Diego, Active Living Research, 2006 (<http://www.activelivingresearch.org>, accessed 28 July 2006).

A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/transport/modes/20030121_1, accessed 28 July 2006).

Sallis JF, Owen N. *Physical activity and behavioral medicine.* Thousand Oaks, Sage Publications, 1999.

L'activité physique est un moyen primordial d'améliorer la santé physique et mentale. Elle réduit le risque de contracter un grand nombre de maladies non transmissibles et est bénéfique pour la société, car elle augmente les contacts sociaux et la participation à la vie de la communauté. Malheureusement, plus de cinquante pour cent des habitants de la Région européenne de l'OMS ne sont pas suffisamment actifs pour se conformer aux recommandations formulées dans ce domaine, et l'activité a tendance à baisser.

Pour faire face à ce problème, il faut encourager une activité physique favorable à la santé. À cet effet, il convient de souligner que l'activité physique doit faire partie de la vie quotidienne et n'est pas un complément optionnel d'une journée bien remplie.

Cette brochure est destinée aux responsables politiques européens de différents secteurs à même de promouvoir l'activité physique, en particulier les secteurs de la santé, des sports, des loisirs, des transports, de l'emploi, de l'urbanisme, de l'éducation et des médias. Elle présente des informations sur l'activité physique favorable à la santé, donne des exemples d'initiatives déjà prises, met l'accent sur l'action que peuvent mener le secteur de la santé et d'autres secteurs, et préconise des mesures concertées dans l'ensemble de la Région européenne.

**Ministère de la Santé et des Sports
Secrétariat d'Etat aux Sports**

95, avenue de France
75650 Paris Cedex 13
France

Tél. : +33 1 40 45 90 00

Courriel : ds.net@jeunesse-sports.gouv.fr

Site internet : www.sports.gouv.fr



ISBN 978-2-11-098554-5