



Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité

L'alimentation et l'exercice physique pour la santé

Istanbul (Turquie), 15-17 novembre 2006



EUROPE

EUR/06/5062700/10

29 septembre 2006

61932

ORIGINAL : ANGLAIS

Promouvoir l'activité physique au service de la santé : cadre d'action dans la Région européenne de l'OMS

Vers une Europe physiquement plus active

Table des matières

	<i>page</i>
Remerciements	2
Introduction.....	3
1. Le défi : bouger	3
1.1 L'activité physique, un besoin fondamental.....	3
1.2 Le concept d'activité physique	4
1.3 Notre mode de vie est sédentaire – pourquoi ?	5
1.4 L'inactivité physique, problème croissant pour la santé et l'économie dans le monde ...	6
1.5 Réponse politique.....	8
2. Orienter l'action menée	8
2.1 L'activité physique et les loisirs : un droit fondamental	8
2.2 Niveaux recommandés et types d'activité physique.....	9
2.3 Une démarche intégrée.....	10
2.4 Faire du choix de la santé le choix le plus facile	11
2.5 Interventions propres à accroître les niveaux d'activité physique	12
2.6 Principes à suivre	13
3. Des principes à l'action	15
3.1 Niveau national.....	15
3.2 La mobilisation locale, clé de la réussite	16
3.3 Le secteur de la santé	17
3.4 Le secteur des transports	19
3.5 Urbanisme et logement	20
3.6 Écoles et jardins d'enfants	21
3.7 Lieu de travail	23
3.8 Loisirs, activités extérieures et sports	24
3.9 Réseaux et alliances	25
4. Fixation d'objectifs et mesure du succès.....	26
4.1 Une action déterminée et continue.....	26
4.2 Surveillance de l'activité physique dans la Région européenne	28
Références	30
Annexe 1. Réseaux, programmes et stratégies de l'OMS et européens	37

Avant-propos

En mai 2004, l'Organisation mondiale de la santé a adopté la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, cadre mondial visant à promouvoir l'activité physique et une alimentation plus saine. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a également fait de l'obésité l'un des principaux champs de l'action de santé publique. En novembre 2006, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe organisera une Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité pour engager les milieux politiques à agir dans la Région. Se fondant sur ces initiatives et sur la prise de conscience croissante qui s'opère au niveau international, le Bureau régional de l'Europe s'emploie aujourd'hui de plus en plus à promouvoir l'activité physique, composante importante de l'action de santé publique.

Le présent document, intitulé *Promouvoir l'activité physique au service de la santé : cadre d'action dans la Région européenne de l'OMS*, marque un important pas dans cette direction et a pour but de centrer l'attention sur l'activité physique, élément nécessaire à l'action de santé publique que mènent les pays et de proposer des conseils sur la façon d'intégrer cette composante à leur action.

Présentant messages et recommandations d'éminents experts internationaux, le document se fonde sur les recherches menées récemment dans ce domaine. Il préconise également une démarche multisectorielle intégrée. Les observations et suggestions émises à la consultation intersectorielle des États membres sur la promotion de l'activité physique au service de la santé, tenue à Ljubljana en mai 2006, ont apporté une contribution précieuse à l'élaboration du présent texte final.

Ce texte, qui servira de document de travail à la Conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité qui se tiendra à Istanbul en novembre 2006, sera publié peu après la Conférence, compte dûment tenu des contributions et propositions reçues.

Il aidera les États membres, les experts et les responsables politiques à concevoir et à mettre en œuvre des politiques et des mesures de promotion de l'activité physique à l'appui de leur programme national de santé publique et dans le cadre d'une coopération multisectorielle.

Remerciements

Le présent document a été élaboré par Roar Blom, conseiller technique pour l'activité physique et la santé au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, avec le précieux appui et sous la direction générale de Haik Nikogosian, directeur adjoint de la Division des programmes de santé.

Nous remercions sincèrement pour ses compétences techniques, ses contributions aux diverses sections et l'examen qu'il a fait du texte, le comité directeur créé pour guider la rédaction du présent document :

- Mojca Gabrijelcic Blenkuš, Institut de la santé publique (Slovénie)
- Eddy Engelsman, ministère de la Santé, de la Protection sociale et des Sports (Pays-Bas)
- Sune Krarup Pedersen, Conseil national de la santé (Danemark)
- Rimma Potemkina, Centre national de recherche sur la médecine préventive, ministère de la Santé publique (Fédération de Russie)

Nous tenons également à remercier les personnes suivantes, qui ont rédigé différentes parties du document :

- Tim Armstrong, Siège de l'OMS
- Finn Berggren, Académie d'éducation physique et sportive de Gerlev (Danemark)
- Nick Cavill, Université d'Oxford (Royaume-Uni)
- Don Hunter, Colombie-Britannique (Canada)
- Sonja Kahlmeier, Centre européen de l'OMS pour l'environnement et la santé (Rome)
- Brian Martin, Office fédéral des sports (Suisse)
- Per Egil Mjaavatn, Université des sciences et des techniques (Norvège)
- Pekka Oja, Institut UKK (Finlande) et Karolinska Institutet (Suède)
- Francesca Racioppi, Centre européen de l'OMS pour l'environnement et la santé (Rome)
- Harry Rutter, ministère de la Santé (Royaume-Uni)
- Nathalie Röbbel, Environnement et santé (Coordination et partenariats), Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
- Michael Sjöström, Karolinska Institutet (Suède)
- Agis Tsouros, Programme Villes-santé et gouvernance urbaine, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Nous remercions vivement les participants à la consultation intersectorielle des États membres européens de l'OMS sur la promotion de l'activité physique au service de la santé (Ljubljana, 9 et 10 mai 2006) d'avoir examiné les textes, commentaires et suggestions.

Enfin, Don Hunter a prêté son concours à la mise au point technique finale du document, avec le précieux soutien linguistique et rédactionnel de Faith Kilford et d'Anna Müller.

Introduction

L'activité physique est l'un des principaux facteurs de santé liés au mode de vie. Ce point, il faut le faire largement comprendre si l'on veut réduire l'incidence qu'a l'inactivité physique sur le risque de développer un certain nombre de maladies chroniques. La recherche épidémiologique a déjà produit des conclusions convaincantes quant aux avantages que présente pour la santé une activité suffisante. Cependant, si les chercheurs comprennent de mieux en mieux l'incidence qu'a l'activité physique sur la santé, peu de responsables politiques semblent conscients de la nécessité de mener une action globale. Les gouvernements accordent bien moins d'attention à la promotion de l'activité physique qu'à d'autres facteurs liés au mode de vie, tels que le tabac et la nutrition.

Maintenant que l'OMS a fait de la lutte contre l'obésité l'un des principaux champs de l'action de santé publique, il faut s'attaquer aux causes de la prise de poids. L'une des causes évidentes est le mode de vie sédentaire.

Étant donné les effets multiples qu'a l'inactivité physique sur la santé, à la fois comme facteur de risque individuel et comme facteur important d'obésité, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe appelle les pays à prêter davantage attention à l'activité physique comme moyen de promouvoir la santé et de prévenir les maladies.

Le présent document a pour objectifs :

- de faire comprendre aux pays que l'activité physique est un important facteur de santé, et que l'inactivité et un mode de vie sédentaire sont des facteurs d'obésité ;
- d'inciter les pays à adopter des politiques et des mesures ;
- d'aider, par des orientations et des outils, à intégrer l'activité physique aux programmes nationaux de santé publique dans le cadre d'une action multisectorielle.

Il faut que l'activité physique soit reconnue comme étant une composante fondamentale de l'action de santé publique.

On compte que le présent document facilitera dans une grande mesure la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) (1) et de la Charte européenne sur la lutte contre l'obésité. Il aidera également à renforcer les politiques et plans d'action que les pays mettent en œuvre dans ces domaines. Enfin, il permettra que s'instaure une synergie avec l'action menée dans le cadre d'initiatives apparentées telles que le Programme d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (2) et le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (3).

1. Le défi : bouger

4.1. L'activité physique, un besoin fondamental

Marcher est l'une des premières choses qu'un enfant veut faire, et l'une des dernières auxquelles nous voulons renoncer... (4).

Le terme « activité physique » peut signifier différentes choses pour différentes personnes. Pour les professionnels de la santé, c'est un comportement bénéfique ; pour d'autres, c'est un concept qui englobe tout un ensemble de sports, de loisirs ou de voyages actifs. On oublie vite, cependant, que l'activité physique – ou le mouvement humain – est en fait l'une des fonctions humaines les plus essentielles. Le corps humain a évolué pour bouger et nos systèmes physiologiques opèrent en continu pour équilibrer l'énergie que nous dépensons par l'activité physique et celle que nous absorbons par les aliments. Il y a un siècle, l'obésité était rare, car les gens dépensaient bien plus d'énergie en travaux manuels et marchaient plus tout en consommant moins d'aliments riches en énergie. Au XXI^e siècle, cependant, nos modes de vie ont changé jusqu'à en être méconnaissables : nos vies ont été privées de tant d'activité

physique que nous découvrons aujourd'hui à quel point elle est essentielle à notre santé et à notre bien-être. Elle reste le fondement de notre santé tout au long de notre vie. Les premiers pas du nourrisson sont une étape essentielle du développement de l'enfant, qui découvre alors le monde. Tout au long de l'enfance, l'activité physique donne l'occasion de développer des fonctions motrices essentielles à une vie saine et active. Lorsque nous vieillissons, enfin, l'activité physique devient la clé d'une vie saine, heureuse et indépendante.

L'activité physique est la clé d'un vieillissement en bonne santé. Nulle part le fossé est plus important entre ce que nous savons et ce que nous faisons que dans le domaine de l'activité physique, et le bénéfice potentiel n'est nulle part plus important (5).

4.2. Le concept d'activité physique

Les principales activités physiques favorables à la santé sont des activités normales et simples telles que la marche, le cyclisme, le travail manuel, la natation, le ski, la randonnée, le jardinage, les sports récréatifs et la danse.

L'**activité physique** se définit généralement comme **tout mouvement corporel produit par les muscles du squelette et entraînant une dépense d'énergie supérieure à celle dépensée au repos (6)**. Dans le présent document, le concept d'activité physique englobe par conséquent toutes les formes d'activité conformes à cette définition.

Les termes d'exercice et de condition physique sont proches, mais distincts de celui d'activité physique. L'exercice est un sous-ensemble de l'activité physique qui se définit comme suit : **mouvement corporel planifié, structuré et répétitif accompli pour améliorer ou entretenir une ou plusieurs composantes de la condition physique (6)**. La **condition physique est un ensemble d'attributs relatifs à l'aptitude à accomplir une activité physique et que les gens possèdent ou acquièrent (6)**.

Le concept de **sport**, très souvent associé à des activités pratiquées au sein de clubs organisés, se définit, dans le présent document, comme suit : **activités revêtant la forme d'exercices et/ou de compétitions facilitées par des organisations sportives (7)**. Le sport est donc, en général, considéré comme une branche plus spécialisée et organisée de l'activité physique.

Le terme d'**activité physique favorable à la santé** est souvent utilisé pour évoquer les bienfaits pour la santé que l'on tire de l'activité physique. Par ce terme, il faut entendre toute forme d'activité physique qui améliore la santé et la capacité fonctionnelle sans dommage ni risque excessif (8). Lorsque le concept d'activité physique est utilisé dans le présent document, il est synonyme d'activité physique favorable à la santé.

Il existe plusieurs façons de classer l'activité et l'inactivité physiques par rapport à l'intensité ou à la dépense d'énergie. Pour améliorer la santé en douceur, le moyen le plus efficace, pour la plupart des gens, est de pratiquer régulièrement une **activité physique d'intensité modérée**. Une activité physique d'intensité modérée est le type d'activité qui élève le rythme cardiaque et provoque une sensation de chaleur et un léger essoufflement. Pour la plupart des gens, cette activité équivaut à une marche rapide, qui porte le métabolisme à au moins trois fois le niveau enregistré au repos (soit trois équivalents métaboliques (MET)) (9).

Les **activités physiques d'intensité élevée** sont des activités telles que la course à pied ou le cyclisme, s'ils sont assez rapides pour provoquer la sudation et l'essoufflement. Ces activités portent le métabolisme à au moins six fois le niveau enregistré au repos (soit six MET). Elles se pratiquent généralement dans le cadre de sports ou d'exercices (9).

4.3. Notre mode de vie est sédentaire – pourquoi ?

La plupart de nos cadres de vie quotidienne, y compris les transports, le logement, l'emploi, l'école et certains loisirs, sont devenus moins propices à l'activité physique. De ce fait, les niveaux d'activité totale se sont, dans l'ensemble, considérablement réduits.

On observe que les adultes et les enfants des groupes socioéconomiquement défavorisés sont physiquement moins actifs que ceux des groupes favorisés.

Les résultats de l'Eurobaromètre 2002 font apparaître que deux tiers de la population adulte de l'Union européenne ont une activité physique insuffisante pour avoir une santé optimale (10). L'inactivité physique semble également poser un problème croissant chez les enfants du fait des changements de société décrits ci-après.

Transports

Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, la demande croissante de mobilité a principalement été satisfaite, ces dernières décennies, par un recours accru à la voiture privée (11). Ces dernières années, également, on a observé une tendance similaire dans la partie orientale de la Région. Les sociétés européennes se sont, pour diverses raisons, de plus en plus tournées vers l'automobile. De ce fait, le recours à des formes physiquement actives de transport telles que le cyclisme et la marche s'est considérablement réduit (12). En outre, des obstacles liés à l'insécurité réelle ou subjective de ces formes de transport ont empêché de nombreuses personnes d'intégrer le cyclisme ou la marche dans leur mode de vie.

Urbanisme et logement

Un autre obstacle au cyclisme et à la marche est l'accroissement des distances parcourues du fait de la séparation physique des cadres de vie, de travail, de consommation et de loisirs (13). L'activité physique est plus aisée dans les quartiers qui se caractérisent par une densité résidentielle élevée, une utilisation mixte des sols, une bonne desserte routière et davantage d'espaces verts (14). En outre, la qualité de l'environnement local, en particulier sur les plans de l'esthétique et de la sécurité subjective, conditionne la propension qu'ont les résidents à utiliser leur habitat de manière physiquement active (15,16). Enfin, des progrès techniques tels que les ascenseurs et les appareils qui rendent les tâches ménagères physiquement moins éprouvantes ont également réduit les occasions d'activité physique au niveau local.

Cadre de travail

Le progrès technique a surtout réduit les occasions d'activité physique sur le lieu de travail : beaucoup d'employés, aujourd'hui, passent la plupart de leur temps de travail assis, ne pratiquant que peu ou pas d'activité physique (10). Cela s'explique en partie, dans la plupart des pays, par le développement continu du secteur privé aux dépens de l'agriculture et de l'industrie (17). La politique générale et socioculturelle que mènent les employeurs conditionne également, dans une grande mesure, l'activité physique des employés. Par exemple, il a été démontré que le fait de proposer une place de stationnement sur le lieu de travail influe considérablement sur le moyen de transport qu'utilisent les employés, favorisant les transports motorisés (18). De même, les entreprises qui proposent des automobiles comme avantages sociaux n'encouragent pas l'activité physique.

École

Les enfants passent plus de temps en établissement que jamais auparavant (19). De ce seul fait, ils pratiquent moins d'activité physique alors qu'ils grandissent. Les contraintes scolaires vont également croissant, souvent aux dépens de l'éducation physique et malgré le fait qu'une activité physique peut souvent améliorer les autres résultats (20). En outre, de nombreuses villes européennes signalent une baisse des déplacements scolaires qui s'effectuent à vélo ou à pied (21).

Loisirs et sports

L'activité physique de loisirs évolue. Longtemps, les activités sportives organisées ont offert à de nombreux groupes des possibilités multiples et variées d'activité physique (22). Cela demeure le cas, mais certains indicateurs donnent à penser que les gens, en particulier les adultes, accordent aujourd'hui davantage la priorité à des formes inorganisées d'activité telles que le fait de fréquenter des centres de culture physique ou de s'exercer seuls ou avec des amis.

Il semble que les activités de loisirs des adultes n'aient pas changé ou diminué dans la même mesure que l'activité physique pratiquée dans d'autres cadres. La véritable préoccupation concerne les enfants et les adolescents, surtout du fait de l'attrait qu'exercent les activités pratiquées sur écran.

Dans le cadre de l'action menée pour développer l'activité physique, il faudrait davantage s'employer à trouver, outre la promotion de l'activité physique, les moyens de réduire les comportements sédentaires.

Inégalités socioéconomiques et activité physique

Les inégalités croissantes, tant au sein des pays qu'entre ces derniers, sont aujourd'hui considérées comme l'un des principaux facteurs qui déterminent la santé (23). Cette situation influe aussi, probablement, sur les niveaux d'activité physique car on a démontré qu'il existe une corrélation entre la situation socioéconomique et le niveau d'activité (24). Des enquêtes ont démontré que les adultes et les enfants de condition socioéconomique modeste sont généralement moins actifs et plus sédentaires que ceux des milieux aisés (25-28). La mécanisation du travail ayant entraîné une homogénéisation générale de l'activité physique liée au travail dans tous les groupes sociaux (29), il est probable que les différences d'activité physique liées à la situation socioéconomique proviennent de différences liées aux loisirs (30). On observe également que les familles modestes pratiquent moins de sports récréatifs (31).

Pour expliquer pourquoi les membres des groupes socioéconomiquement défavorisés sont généralement moins actifs physiquement que ceux des groupes aisés, plusieurs raisons possibles ont été avancées : ils ont moins accès à des équipements, programmes et activités favorisant un mode de vie dynamique (32-34) ; ils sont en général moins instruits, sont moins conscients des bienfaits de l'activité physique et ont vis-à-vis de cette dernière une attitude moins positive (25,35) ; ils ont des revenus inférieurs (36) ; enfin, ils se sentent moins sûrs dans leur environnement et s'inquiètent davantage de la criminalité et de l'absence de sécurité dans leur voisinage que les membres des groupes aisés (37).

4.4. L'inactivité physique, problème croissant pour la santé et l'économie dans le monde

L'inactivité physique est, c'est un fait admis, un important facteur de risque responsable d'environ 3,5 % des maladies et de près de 10 % des décès dans la Région européenne. Son coût économique est énorme. On pourrait réduire ses effets sur la santé et leur coût en accroissant les niveaux d'activité physique. Une activité physique modérée et régulière est un moyen très rentable d'améliorer et d'entretenir la santé des gens. La promotion de l'activité physique devrait donc faire partie intégrante de l'action de santé publique.

La situation

Notre civilisation moderne a largement éliminé l'activité physique, qui est l'un des stimuli fondamentaux de notre vie. Le développement des maladies non transmissibles liées au mode de vie et l'accroissement épidémique de l'obésité illustrent clairement le déséquilibre qui s'est installé entre notre mode de vie et nos besoins physiques.

L'inactivité physique est un état de repos physique relativement complet qui ne stimule pas suffisamment les organes humains pour les entretenir et réguler leur fonctionnement. Elle est devenue un important facteur de risque de maladies non transmissibles chroniques. La recherche épidémiologique a montré que le risque global de maladie coronarienne, de diabète de type 2, de cancer du colon, de cancer du sein et de fracture de la hanche chez les personnes âgées est imputable à hauteur de 15 à 20 % à l'inactivité physique (38). Dans la Région européenne, la morbidité imputable à l'inactivité physique représente

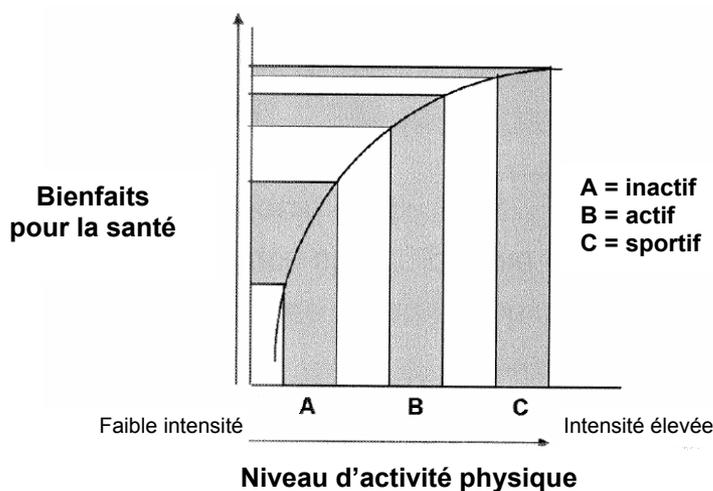
3,5 % (1) de la morbidité globale. Le *Rapport 2002 sur la santé dans le monde* a estimé à 5 à 10 % le pourcentage de décès imputables à l'inactivité physique dans la Région européenne (39). Compte tenu des taux réels de morbidité et de mortalité recensés chez les personnes physiquement inactives et actives au Danemark, un passage de l'inactivité à l'activité entre l'âge de 30 ans et celui de 80 ans produirait un gain d'espérance de vie compris entre 2,8 et 7,8 ans chez les hommes et entre 4,6 et 7,3 ans chez les femmes, en fonction de l'accroissement de l'activité (40). Une autre étude danoise montre que les personnes physiquement inactives peuvent compter vivre 8 à 10 ans de moins sans maladie grave que les personnes physiquement actives (41).

Des études épidémiologiques ont montré que l'inactivité physique a d'importantes conséquences sur les dépenses de santé et, plus encore, sur les dépenses indirectes, dont la valeur de la production perdue du fait de maladies, d'incapacités de travail liées à la maladie et de décès prématurés (40). Le coût monétaire est estimé à 910 millions d'euros par an pour une population de 10 millions d'habitants lorsque la moitié de la population est trop inactive pour retirer les bienfaits d'une activité physique régulière (42). D'après les calculs, dans une population de 5,5 millions d'habitants, 3,1 millions de jours supplémentaires de congé-maladie peuvent être imputés chaque année à l'inactivité physique (41).

Au cours de la décennie écoulée, plusieurs évaluations des données scientifiques disponibles ont montré à quel point l'activité physique peut être bénéfique pour la santé (43-48). D'après une étude récente (49), on dispose maintenant de solides éléments montrant que l'activité physique a des effets bénéfiques sur la pathogenèse de tous les syndromes métaboliques importants (insulinorésistance, diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension et obésité), de toutes les maladies cardiovasculaires importantes (coronaropathie, insuffisance cardiaque chronique, claudication intermittente) et de l'ostéoporose. On dispose également de solides éléments illustrant les effets positifs qu'exerce l'activité physique sur les symptômes liés à toutes ces maladies, à la broncho-pneumopathie chronique obstructive, à l'arthrose, à la fibromyalgie, au syndrome de fatigue chronique, à certains types de cancer et à la dépression. En outre, pour presque tous les états pathologiques, on dispose d'éléments relativement solides montrant que l'activité physique améliore la capacité fonctionnelle et la qualité de vie.

Les taux de mortalité liés aux maladies non transmissibles augmentent avec la masse corporelle et plus nettement avec l'obésité (indice de masse corporelle supérieur à 30) (50). Une activité physique régulière protège contre des gains de poids néfastes pour la santé (51). Dans la gestion de la surcharge pondérale et de l'obésité, l'activité physique joue un triple rôle : 1) prévention de la prise de poids ; 2) prévention des conséquences de l'obésité sur la santé ; et 3) perte de poids (52). Du point de vue la santé publique, les points 1 et 2 sont les plus importants.

Activité physique et santé : courbe dose-réponse



Comme le montre la courbe dose-réponse ci-dessus (46), la plupart des bienfaits pour la santé liés à un accroissement donné de l'activité physique s'obtiennent par une augmentation modérée de l'activité physique chez les personnes inactives (section A). L'action de promotion devrait se concentrer sur des activités régulières d'intensité modérée. Les bienfaits supplémentaires s'obtiennent en pratiquant une activité plus intense et variée.

Nombre des bienfaits de l'activité physique étant au moins partiellement indépendants de la masse corporelle, il faut promouvoir l'activité physique dans toutes les populations, indépendamment de la masse corporelle.

4.5. Réponse politique

Face à la progression alarmante de l'inactivité physique et des problèmes de santé qui en découlent, les chercheurs et les instances sanitaires du monde entier, dont l'OMS, appellent à agir.

Grâce aux conclusions tirées ces dix dernières années en ce qui concerne l'activité physique comme important déterminant de la santé, on dispose maintenant d'éléments solides invitant clairement à l'action. La Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé, adoptée à l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2004, est l'une des réponses apportées à cet appel (53). Cette stratégie invite les États à engager une action ou à développer celle qu'ils mènent pour combattre les maladies chroniques et l'obésité en intervenant sur deux fronts, à savoir l'activité physique et l'alimentation. La stratégie invite l'OMS, ses États membres, d'autres institutions des Nations Unies et les secteurs privé et public à agir de concert pour combattre les maladies chroniques.

L'adoption et la mise en œuvre de cette stratégie, l'adoption attendue de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2006 et l'action que mène l'OMS contre l'épidémie d'obésité en Europe, suivie de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la lutte contre l'obésité (novembre 2006), sont autant d'occasions de mener une action concertée et de prêter une attention accrue à l'activité physique en Europe afin d'améliorer la santé publique.

Il existe, en outre, d'importantes possibilités d'agir en synergie en tirant profit d'activités correspondantes que mènent d'autres secteurs qui jouent un rôle important dans la création d'environnements propices à l'activité physique. Ces activités sont notamment le Programme d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe (2) et le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement (3) (voir également l'annexe 1 – Réseaux, programmes et stratégies de l'OMS et européens).

Au niveau national, il faut mener une action multisectorielle pour mettre en œuvre des stratégies et des méthodes capables de développer progressivement l'activité physique au sein de la population.

Pour accomplir des progrès visibles et durables en matière d'activité physique, les politiques nationales doivent tendre à réduire la prévalence de l'inactivité physique d'au moins 1 % par an dans l'avenir proche.

2. Orienter l'action menée

4.1. L'activité physique et les loisirs : un droit fondamental

La Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant (1990) prévoit le droit à mener des activités ludiques et récréatives (54). Du fait des obstacles que continuent de rencontrer les enfants et les jeunes, en particulier ceux des milieux défavorisés, ceux qui en bénéficieraient le plus sont ceux qui ont le moins de chances d'y participer.

Pouvoir bénéficier de loisirs de qualité est essentiel pour la santé et le développement personnel des individus, indépendamment du sexe, des aptitudes fonctionnelles, de l'origine ethnique et culturelle, de l'âge ou de la situation socioéconomique. Cela vaut en particulier pour les enfants et les jeunes, en particulier ceux de milieux modestes. Les enfants et les jeunes ont tous le droit de mener des activités ludiques et récréatives, mais il apparaît clairement que leur niveau de participation aux activités récréatives, physiques et sportives est souvent inversement proportionnel au revenu de leur famille. Les obstacles qui s'opposent à cette participation sont le coût des activités, l'ignorance de leur existence, les obstacles liés aux transports, à la culture et à la langue, et les problèmes d'accès à des installations récréatives sûres. Pour surmonter ces obstacles, il faut mettre en place :

- des politiques d'accès à faible coût ou gratuit aux installations récréatives publiques pour les familles à faible revenu ou modestes ;
- des programmes subventionnés d'enseignement d'activités motorisées, sportives et physiques qui encouragent une participation tout au long de la vie ;
- des installations récréatives intérieures et extérieures, en particulier dans les quartiers défavorisés ;
- des installations intérieures et extérieures qui soient physiquement accessibles aux handicapés et les aident à mener une vie active ;
- des activités de sensibilisation aux différences culturelles dans les programmes et les établissements ;
- une communication coordonnée facilitant l'information sur ces activités.

4.2. Niveaux recommandés et types d'activité physique

Il faut souligner les bienfaits que procure, pour la santé, une activité physique d'intensité modérée.

L'activité physique peut se pratiquer par épisodes relativement brefs.

Chaque jour, les adultes doivent accumuler au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, les enfants et les jeunes au moins 60 minutes.

La Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé recommande de pratiquer une activité physique suffisante tout au long de la vie. En fonction des résultats souhaités, il faut pratiquer différents types et volumes d'activité (53).

Adultes

S'appuyant sur des données physiologiques, épidémiologiques et cliniques, les experts internationaux estiment que pour produire des effets bénéfiques pour la santé, le niveau d'activité physique des adultes doit être le suivant : **chaque adulte doit accumuler au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, de préférence tous les jours de la semaine (46)**. Une activité physique d'intensité modérée correspond à une marche rapide. Les activités de cyclisme, de natation et de jardinage nécessitant un effort modéré sont d'autres types d'activité physique d'intensité modérée.

La durée recommandée de 30 minutes peut être scindée en périodes plus courtes qui ne doivent pas, dans l'idéal, être inférieures à 10 minutes (55), même si des périodes plus courtes procurent néanmoins d'importants bienfaits pour la santé (56). On peut, par exemple, utiliser les escaliers au lieu de l'ascenseur.

Les adultes qui ne respectent pas le niveau recommandé doivent intensifier leur activité de manières différentes. Ceux qui ne pratiquent pas d'activité physique régulière doivent commencer en introduisant quelques minutes d'activité dans leur programme quotidien, augmentant progressivement jusqu'à 30 minutes par jour. Ceux qui pratiquent une activité irrégulière doivent s'efforcer d'adopter un programme plus cohérent (46).

Pour s'améliorer ou se spécialiser dans différentes formes de conditionnement physique (conditionnement respiratoire, force musculaire, sports divers), il faut mener différents types d'activités adaptées. En ajoutant

des activités plus ou moins spécialisées et répétitives au volume recommandé d'activité physique d'intensité modérée, on peut améliorer à la fois sa condition physique et sa santé (57).

Tous les mouvements entraînent une dépense d'énergie et sont utiles pour gérer son poids. Pour de nombreuses personnes, cependant, il faudra 45 à 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour pour ne pas prendre de poids ou pour en perdre (58-60). Ce chiffre dépendra du métabolisme, de l'apport calorique et de l'alimentation de chacun.

Les recommandations applicables aux adultes valent aussi pour les personnes âgées. Celles-ci doivent veiller tout particulièrement à rester actives et à conserver leur mobilité et leur masse maigre par une activité quotidienne. En outre, elles peuvent bénéficier, en particulier, d'activités qui entretiennent la force, la coordination et l'équilibre (61).

Enfants

Pour les enfants et les jeunes, les recommandations actuelles sont les suivantes : **les jeunes doivent tous pratiquer une activité physique d'intensité modérée 60 minutes par jour. Au moins deux fois par semaine, certaines de ces activités doivent aider à accroître ou à entretenir la force musculaire, la souplesse et la solidité des os (62,63).** L'activité peut se scinder en périodes plus courtes réparties sur la journée et doit être aussi diversifiée et attrayante que possible.

Selon une étude récente, pour empêcher, chez les enfants, l'accumulation de facteurs de risques de maladies cardiovasculaires, il faudrait que leur niveau d'activité physique soit d'environ 30 minutes supérieur aux recommandations internationales actuelles, qui sont d'au moins 60 minutes d'activité d'intensité au moins modérée par jour (64).

Un autre point important, en ce qui concerne la santé des enfants, est le contrôle du poids. Une activité physique régulière peut aider à prévenir ou à réduire l'obésité ou à conserver un poids sain (65).

4.3. Une démarche intégrée

Pour réduire la prévalence de l'inactivité physique, il faut adopter une démarche globale, intégrée et intersectorielle. Il faut mettre en œuvre des interventions individuelles, institutionnelles, collectives, environnementales et politiques complémentaires.

À l'appui des stratégies individuelles, il faut mettre en œuvre des stratégies environnementales et sociales.

Pour pouvoir mener une action intersectorielle ciblée et dotée de moyens suffisants, il faut s'attacher un soutien politique.

Les faibles niveaux actuels d'activité physique ont un grand nombre de causes. Toutes les données dont on dispose actuellement montrent qu'il faut, pour combattre ou inverser cette tendance, faire intervenir un grand nombre d'instruments et d'acteurs (66). Cela correspond à ce qu'on a observé dans d'autres domaines de l'action de santé publique, où l'on doit prendre, avec la population, des mesures déterminées dans le cadre de stratégies continues et intégrées (67). Cette action doit être soutenue à tous les niveaux par les autorités et les intervenants. Pour assurer sa synergie et sa complémentarité, il faut mettre en place des réseaux de collaboration, des alliances et des partenariats.

Les pays les plus avancés dans ce domaine s'appuient de plus en plus, pour concevoir leurs plans et leurs activités, sur une telle démarche intégrée et « écologique ». Dans cette démarche, les facteurs de réussite sont les suivants (68) :

- adoption d'une démarche intégrée, multidisciplinaire et globale ;
- intégration d'actions complémentaires ;
- action individuelle, collective, environnementale et politique.

Une démarche écologique vise à la fois à faciliter l'adoption de modes de vie sains par les individus et à influencer sur les politiques pour qu'elles créent le cadre d'action requis et encouragent les changements sociaux et culturels nécessaires. Les stratégies peuvent être classées, suivant leur finalité, en fonction des niveaux écologiques interdépendants suivants (69) :

- facteurs intrapersonnels (motivation, compétences, attitudes et connaissances) ;
- processus interpersonnels (soutien social, réseaux sociaux, normes sociales) ;
- facteurs institutionnels ou organisationnels (gestion de l'entreprise, politiques mises en œuvre sur le lieu de travail) ;
- facteurs collectifs (capital social, externalités de voisinage) ;
- politique publique (réglementation, fiscalité).

Jusqu'à présent, l'action de promotion de la santé s'est fortement – peut-être trop fortement – concentrée sur la responsabilité des individus. L'étude des déterminants de l'obésité montre que toute tentative de modifier les comportements doit prendre en compte les contextes social, culturel et physique (68). Il est évident que la surcharge pondérale et l'obésité ne sont pas qu'un problème individuel. Ce problème de santé et ses déterminants doivent être envisagés de façon bien plus large et traités en facilitant de façon combinée et complémentaire l'accès à des aliments sains et à une activité physique. Dans d'autres domaines tels que le tabac, la ceinture de sécurité, l'allaitement et le recyclage, on est parvenu à susciter des changements sociaux similaires à ceux requis pour combattre l'inactivité physique et l'épidémie d'obésité. Ces modèles se sont principalement appuyés sur des politiques environnementales et locales (70), et c'est une démarche similaire qu'il faudrait adopter pour promouvoir l'activité physique.

Pour mener à bien un changement des comportements, il faut impérativement s'attacher un soutien politique. Pour mettre en place une réglementation, obtenir un financement suffisant, mener une action intersectorielle et intégrée dans le cadre des programmes et structures existants et nouveaux, il faut une intervention politique (71). Dans ce domaine, le secteur de la santé peut jouer un rôle de premier plan.

4.4. Faire du choix de la santé le choix le plus facile

L'activité physique doit être intégrée dans notre vie quotidienne de façon à en faire le choix facile, naturel et souhaitable.

Pendant la majeure partie du développement de l'humanité, l'activité physique a été, presque toujours, un élément essentiel de la vie. Elle n'était pas un choix, mais une nécessité. Ces dernières décennies, avec l'évolution rapide des transports, des moyens de communication, de l'urbanisme, de l'architecture et des loisirs, l'activité physique est devenue un choix parmi d'autres. Dans le même temps, le sport s'est développé dans de nombreux pays européens et est devenu, pour beaucoup, un nouveau choix.

La multiplication des choix aurait théoriquement dû produire une société physiquement plus active. Malheureusement, cela n'a pas été le cas. La participation à des activités de loisirs et à des sports s'est certes développée dans certains sous-groupes, mais on a observé, en matière d'activité physique quotidienne, une régression dans de nombreux pays tels que la Finlande et la Suisse (72,73). Le fait que l'on observe, en matière d'activité physique, des comportements différents non seulement entre les individus, mais aussi entre les groupes de population (74) montre que ce choix n'est pas uniquement individuel. Cela illustre également les limites d'une promotion de l'activité physique ne visant que les comportements individuels, et celles de stratégies de communication isolées. Le « manque de temps » souvent cité comme obstacle à l'activité physique peut révéler non seulement la faible priorité que beaucoup accordent à cette dernière, mais aussi la difficulté réelle qu'il y a à « caser » cette activité dans une journée chargée.

Il faut largement communiquer sur les bienfaits et les possibilités de l'activité physique et inviter les gens à être physiquement actifs. En soi, cependant, cela ne suffira pas à modifier le comportement de la population ; il faut que soient assurés une infrastructure, une sécurité, un contexte dans lequel l'activité

physique soit la norme et, au besoin, un soutien social. Les exemples de bonnes pratiques ne manquent pas : manifestations sportives dans toute l'Europe, zones piétonnières dans de nombreuses villes, pistes cyclables au Danemark et aux Pays-Bas et limitation de la circulation à Londres.

« Faire du choix de la santé le choix le plus facile » : tel est, depuis l'adoption de la Charte d'Ottawa en 1986 (75), l'un des grands principes de promotion de la santé. Pour produire un effet dans la population, il va nous falloir appliquer ce principe et créer, dans toute l'Europe, un environnement physique et social propice à l'activité physique.

4.5. Interventions propres à accroître les niveaux d'activité physique

Il existe au niveau local, dans différents cadres, de nombreuses possibilités de promouvoir de façon économique, au quotidien, l'activité physique.

Toute action déterminée visant à accroître les niveaux d'activité physique doit combiner des stratégies informatives, comportementales et environnementales associant différents secteurs.

La priorité doit aller aux interventions qui visent à modifier les comportements collectifs plutôt qu'à celles qui visent les comportements individuels.

L'importance de l'activité physique comme déterminant de la santé est un élément relativement nouveau des sciences de la santé. De ce fait, les tentatives d'accroître les niveaux d'activité des gens sont relativement récentes. Malgré les lacunes qui persistent dans ce domaine, il est encourageant de constater que l'on dispose de connaissances et d'une expérience suffisantes pour mener une action réussie.

Il faut maintenant agir en se fondant sur les meilleures données et pratiques disponibles, sans attendre que celles-ci soient optimales !

La réussite, dans ce domaine, dépendra essentiellement de la prise de conscience des milieux politiques et de leur volonté de combattre le problème croissant que représente l'inactivité physique.

De nombreux articles décrivant et évaluant systématiquement les stratégies de développement de l'activité physique ont été publiés ces dernières années (76-79). Le *Community Guide* produit par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis utilise, dans son examen systématique, les catégories suivantes pour classer les interventions recommandées (80) :

Stratégies informatives

Campagnes locales

Recommandées – fortes indications

Invitations à la décision

(à utiliser, par exemple, les escaliers)

Recommandées – indications suffisantes

Stratégies comportementales et sociales

Éducation physique scolaire

Recommandée – fortes indications

Soutien social extrafamilial

Recommandé – fortes indications

Modification individuelle

du comportement de santé

Recommandée – fortes indications

Stratégies environnementales et politiques

Création de lieux d'activité physique ou

accès facilité à ces lieux combiné à des

activités d'information

Recommandé – fortes indications

En outre, d'autres articles systématiques révèlent qu'il existe de fortes indications que les *stratégies intégrées qui visent le lieu de travail* (78) et *celles qui encouragent des déplacements physiquement actifs* (81,82) sont efficaces. Dans ce dernier domaine, cependant, il est clairement apparu qu'il faudrait effectuer

des évaluations plus approfondies. On dispose également de solides éléments qui prouvent l'utilité de proposer un environnement sûr favorisant des déplacements actifs (83).

Enfin, on dispose d'éléments relativement solides indiquant que l'activité est stimulée par des éléments d'urbanisme tels que la densité, la desserte routière et l'utilisation des sols, ainsi que par des facteurs environnementaux subjectifs et objectifs tels que l'esthétique, la commodité (chaussées et trottoirs), l'accès (espaces verts), la sûreté et la sécurité (84).

Les interventions qui ont fait l'objet d'une analyse coût/avantages se sont toutes révélées très efficaces par rapport au coût (déplacements actifs (82), stratégies intégrées visant le lieu de travail (85), modification individuelle du comportement de santé, et création de lieux d'activité physique ou accès facilité à ces lieux combiné à des activités d'information (80)).

On notera que nombre des études mentionnées dans ces articles n'ont pas duré plus d'un an ; il est donc difficile d'évaluer les effets à long terme de ces interventions. Pour évaluer ces effets, il faudra réaliser des études plus poussées (78).

D'autres interventions qui ne sont, individuellement, pas suffisamment efficaces peuvent produire un effet accru dans des stratégies combinées et intégrées. Il faudra étudier ces relations plus avant.

Le choix des interventions et des mesures doit également tenir compte des ressources locales, des caractéristiques du lieu et des groupes visés. Pour mettre au point les futures interventions de prévention, il faudra nouer des relations avec les collectivités et fonder ces interventions sur leurs besoins et leurs priorités. Il faudra concevoir des modèles qui incitent les membres de la collectivité et les chercheurs à travailler ensemble pour concevoir de tels programmes, s'y former et les mettre en œuvre (69).

Il faudra également définir la meilleure façon de mobiliser les responsables politiques et les décideurs. Quelles interventions motiveront ces groupes essentiels et garantiront leur engagement durable ?

La section 3, intitulée « Des principes à l'action », indique plus en détail comment susciter, dans différents cadres, des niveaux accrus d'activité physique.

4.6. Principes à suivre

Il existe plusieurs principes clés que les États membres doivent suivre pour élaborer des stratégies nationales de développement de l'activité physique. Ces sept principes se sont révélés essentiels à la réussite des stratégies et s'appliquent aux niveaux national, régional et local.

Santé de la population : La stratégie de santé de la population vise à améliorer l'état de santé général de la population et de sous-populations plutôt que d'individus. Si le but ultime est d'améliorer la santé des individus, cette stratégie place l'accent sur les facteurs plus généraux qui influent sur la santé et sur les choix qui peuvent l'améliorer. Il faut pour cela combattre à la racine les maux qui nuisent à la santé, réduire les inégalités entre les sous-populations, faire connaître les choix sains, et créer des services et des environnements propices à la santé.

Globalité : Les stratégies qui réussissent sont multiples et globales. Elles doivent inclure des *éléments* tels que la sensibilisation du public, des interventions et des types multiples d'activité physique, le développement de l'initiative, le développement et le renouvellement de l'infrastructure, l'élaboration de politiques et l'instauration de partenariats. Elles doivent envisager de d'opérer dans des *cadres* – foyer/famille, communauté, école, lieu de travail et système de santé. Elles doivent se concentrer sur des *groupes cibles*, en particulier les inactifs, sans oublier le reste de la population et les individus déjà actifs.

Intégration : Nombre de stratégies, mises en œuvre de façon isolée, n'ont ni l'intérêt, ni l'efficacité de démarches intégrées. L'intégration doit être à la fois verticale et horizontale. L'intégration verticale consiste en un flux continu d'information et de participation aux niveaux national, régional et local.

L'intégration horizontale entre des secteurs tels que la santé, l'éducation, les transports, l'urbanisme, les loisirs, les services sociaux et le sport est tout aussi essentielle. Les stratégies nationales et régionales doivent soutenir l'action menée au niveau local, qui est le lieu idéal pour produire un effet.

Complémentarité et collaboration : L'activité physique est l'un des principaux déterminants de la santé et un moyen essentiel de combattre l'obésité. Les stratégies de développement de l'activité physique doivent établir un lien avec celles qui visent l'alimentation et d'autres facteurs de risque de maladies chroniques. Au besoin, les campagnes de communication doivent se compléter. À tous les niveaux, il faut que s'instaure une collaboration entre les secteurs public, privé et bénévole. Les responsables de la planification et de la mise en œuvre des stratégies doivent représenter différents secteurs et domaines, et rechercher les possibilités de collaboration.

Viabilité : À tous les niveaux, il faut s'attacher un appui politique et organisationnel à la mise en place de stratégies *durables*. Les stratégies locales doivent être soutenues par les stratégies nationales, mais ne doivent pas en dépendre financièrement. Au niveau national, l'appui le plus efficace pourra prendre les formes suivantes : développement de l'initiative, ressources et outils, recherche et évaluation, contribution proportionnelle au développement de l'infrastructure, politiques publiques favorisant l'action et la collaboration locales, et campagnes de communication que pourront compléter des actions locales. La viabilité d'une stratégie dépendra de l'*engagement local* à mener une action continue et à investir dans la planification, des programmes, des installations, des espaces verts et des solutions de transport actives.

Pragmatisme et efficacité : Les stratégies nationales doivent fixer des objectifs clairs fondés sur un changement mesurable. Il pourra s'agir de développer l'activité physique de la population ou de réduire l'obésité. Il faudra fixer des objectifs réalistes à atteindre dans un délai donné. Il faudra mettre en place des mécanismes de suivi des progrès et en rendre compte en temps voulu et de façon utile. La stratégie nationale devra intégrer à son programme des activités de recherche et d'évaluation et aider les collectivités à mesurer et à évaluer leurs propres résultats. Les résultats d'ensemble devront être synthétisés et diffusés en continu.

Communication : Dans le cadre des stratégies nationales de développement de l'activité physique, il faudra envisager de mettre au point de vastes campagnes de communication sensibilisant l'ensemble de la population aux bienfaits de l'activité physique et suscitant un changement des comportements. Les messages devront être clairs et cohérents et viser, pour nombre d'entre eux, certains segments de la population. Les stratégies de communication nationales devront appuyer les campagnes locales et être suffisamment souples pour pouvoir utiliser des canaux différents. Il faudra également créer des réseaux permettant aux collectivités de partager des projets et des données d'expérience. Enfin, les États membres devront mettre sur pied des mécanismes de communication et d'information continues sur leurs stratégies.

Pour résumer : les fondements d'une stratégie nationale

- Adopter les sept principes ci-dessus pour élaborer des stratégies nationales de développement de l'activité physique.
- Inclure, dans les stratégies de développement de l'activité physique, des programmes et politiques qui atténuent les obstacles et garantissent à tous l'accès à l'activité physique et aux loisirs.
- Créer des environnements sociaux et physiques où l'activité physique soit la norme pour tous les groupes d'âge.
- Associer les groupes cibles (âge, sexe, culture, normes, fonctionnement, classe sociale, etc.) pour concevoir des interventions adaptées à leurs besoins.
- Concevoir et mettre en œuvre des interventions visant les inactifs et quasi-inactifs. En pratiquant une activité, ils amélioreront leur santé.

3. Des principes à l'action

4.1. Niveau national

La promotion de l'activité physique doit s'intégrer à la politique de santé nationale dans le cadre de l'action intersectorielle que mènent les gouvernements.

Les ministères de la Santé ont un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de sensibiliser le public et les responsables politiques et de faciliter l'action interministérielle.

L'action menée au plan national doit impérativement s'appuyer sur des stratégies définissant la façon de collaborer et de renforcer les moyens aux niveaux régional et local.

Une population en meilleure santé et plus productive est l'un des premiers objectifs de tout pays. Avec l'accroissement des problèmes de santé liés au mode de vie, il va falloir, si l'on veut atteindre cet objectif, repenser les politiques de santé. La santé et la promotion de la santé doivent être envisagées et pratiquées comme des éléments complémentaires d'une même politique. La nécessité d'intégrer la promotion de la santé à l'action nationale menée dans ce domaine doit s'exprimer dans l'organisation, l'élaboration de politiques et l'utilisation des ressources.

L'activité physique, qui est l'un des principaux déterminants de la santé liés au mode de vie, doit faire partie intégrante de l'action intersectorielle que mènent les gouvernements. Pour réussir, il faut en premier lieu faire comprendre aux autres secteurs le rôle qu'ils ont à jouer et la façon de coopérer.

Les ministères de la Santé doivent élaborer des politiques comprenant des orientations, des stratégies, des plans et des programmes clairs. Ils doivent fixer des objectifs précis, répartir les responsabilités, rédiger des rapports de référence et instaurer un suivi et une évaluation indépendants et efficaces des résultats. Le ministère de la Santé doit diriger les opérations, suscitant et facilitant la collaboration avec d'autres ministères en fonction de leurs compétences, en ayant à l'esprit les bienfaits multiples de l'activité physique (des messages en ce sens sont fournis aux sections 3.3 à 3.7).

Pour faciliter, aux niveaux régional et local, l'adoption de choix favorables à la santé, il faut disposer, au niveau national, d'une direction déterminée et coopérante. La politique nationale doit intégrer des stratégies définissant la façon de collaborer et de renforcer les moyens aux niveaux régional et local. Dans l'élaboration de politiques régionales et locales, la mise à disposition de moyens financiers, y compris par le gouvernement, revêt une importance primordiale.

L'acteur le plus approprié pour sensibiliser le public et les différents secteurs dans le cadre de cette démarche intégrée est le ministère de la Santé. En instaurant une collaboration interministérielle, on peut mettre sur pied un cadre d'action complémentaire, efficace et intégré.

Élaborant des politiques, des plans et des programmes nationaux, les États membres peuvent s'appuyer sur des projets, des programmes et des réseaux européens. On trouvera, à l'annexe 1, des exemples de ces précieuses sources de compétences, d'expérience et de conseils.

Recommandations

- Une politique nationale déterminée doit veiller à renforcer les moyens suivants :
 - ressources humaines qualifiées et compétentes ;
 - structure d'organisation traduisant l'importance accordée à ce déterminant de la santé ;
 - réglementation et législation appropriées ;
 - lignes directrices nationales ;

- plan national d'action en faveur de l'activité physique ;
 - campagnes et programmes nationaux ;
 - démarche intersectorielle passant par une coopération de différents ministères ;
 - moyens économiques.
- En mesurant la prévalence de l'inactivité physique à l'aide des statistiques de santé, de données épidémiologiques actualisées et de modèles pertinents (40), on peut évaluer, au plan national, l'incidence qu'a l'inactivité physique sur certaines maladies et sur l'état de santé de la population.
 - À partir des mêmes données, on peut également calculer le coût économique direct et indirect que représente, pour le pays, l'inactivité physique (42).
 - Pour sensibiliser l'opinion, élaborer des politiques et développer les moyens de combattre cette cause évitable de maladie et d'invalidité, il faudra se servir de ces données relatives à l'incidence et au coût économique de l'inactivité physique.
 - Il faudra, enfin, appuyer activement les programmes et initiatives mis en œuvre au niveau international pour promouvoir l'activité physique.

4.2. La mobilisation locale, clé de la réussite

Les initiatives locales sont le mieux à même d'encourager l'activité physique. Pour réussir, par conséquent, il faut mobiliser les collectivités locales et les aider à exploiter ce potentiel.

La mobilisation locale doit être appuyée politiquement, techniquement et économiquement par les autorités régionales et nationales. Au besoin, il faudra mettre en place de nouveaux mécanismes d'appui technique et économique et les adapter aux besoins locaux.

Vie locale

Pour être pratiquée régulièrement, l'activité physique doit s'intégrer à la vie quotidienne des gens, à leur cadre de vie (lieu de travail et école, par exemple), à leur façon d'aller au travail et à l'école et d'en revenir, à leur foyer et à leurs loisirs.

Comme nous l'avons souligné plus haut, les choix sains doivent être naturels, faciles et réguliers ; la plupart d'entre eux se feront au niveau local. Ce sont principalement les collectivités locales qui peuvent offrir des possibilités régulières et accessibles d'activité physique. Pour réussir, il faut développer l'initiative, l'information et les moyens au niveau local (86,87). La prise de conscience, la volonté et l'action locales sont donc essentielles pour créer l'environnement social et physique nécessaire pour inciter les gens à être suffisamment actifs physiquement.

Avec l'appui politique, technique et économique des autorités nationales et régionales, les collectivités locales seront en mesure d'atteindre des objectifs plus vastes.

Mobilisation locale

Il est par conséquent essentiel de reconnaître le rôle clé que jouent les collectivités locales et d'exploiter les ressources locales (88). En sensibilisant et en informant à ce niveau, on renforcera la volonté d'agir. Cela devra se faire de façon appropriée et motivante.

En outre, l'action locale de développement de l'activité physique doit s'enraciner dans un cadre durable et prospectif de mesures, de plans et d'activités de collaboration entre les services et les secteurs qui soit doté de moyens financiers et humains suffisants. Ce cadre doit, dans tous ses aspects, refléter l'objectif global consistant à donner à tous les groupes la possibilité d'exercer une activité physique.

Au niveau local, les plans d'action et les nouvelles initiatives doivent s'appuyer en partie sur des interventions qui ont démontré leur aptitude à accroître les niveaux d'activité. Il faudra également prendre en compte les objectifs, les traits et les moyens locaux (80).

On dispose d'indications de plus en plus nombreuses et concrètes sur la façon de mobiliser localement, sur les interventions à mener en priorité et sur la façon des mettre en œuvre. On dispose également d'exemples sur la façon de faciliter l'activité physique de différents groupes dans différents contextes. Ces données d'expérience et ces exemples, il faudra les systématiser et les adapter aux situations nationales et locales (87).

Les autorités nationales et régionales ont généralement de grandes ambitions en matière de santé publique. Elles ont également un intérêt économique à encourager un mode de vie sain. En offrant aux autorités locales un appui technique et économique, elles peuvent accroître leur crédibilité dans ce domaine.

Recommandations

- Élaborer des orientations et réaliser des études de cas sur la façon de mobiliser les collectivités locales, en fonction de la situation et des traditions du pays.
- Cette information devra porter sur :
 - les bienfaits d'une activité physique pour la santé des individus et de la population ;
 - les arguments qui militent en faveur d'une participation de différents secteurs ;
 - la façon d'organiser et d'enraciner l'action comme un instrument prospectif de santé ;
 - l'étude de pratiques intégrées et innovantes compatibles avec les traditions et les systèmes d'organisation locaux ;
 - la façon de mettre en œuvre des stratégies et des mesures qui ont fait leurs preuves et de les adapter aux situations locales.
- Pour faire en sorte que les programmes soient bien financés et intégrés aux structures et programmes existants, il faut s'attacher la participation et l'appui des responsables politiques et la collaboration de tous les services et secteurs (68).
- Il faut, pour mettre en œuvre et suivre l'action menée, instaurer une coopération étroite entre les autorités régionales et locales.

4.3. Le secteur de la santé

Le secteur de la santé a un rôle essentiel à jouer dans la promotion et la coordination de l'action menée pour développer l'activité physique. Il peut le faire de trois façons complémentaires :

- en promouvant et en engageant une action intersectorielle à tous les niveaux ;
- en veillant à ce que les professionnels de la santé, dont l'avis est respecté par la population, promeuvent l'activité physique auprès des individus ;
- en donnant l'exemple en tant qu'employeur.

L'avantage – à **double sens** – est le suivant :

En contribuant à développer l'activité physique, le secteur de la santé utilise une stratégie de promotion et de prévention efficace, qui lui permet d'atteindre son propre but de réduction de la morbidité et son coût.

La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation souligne que le secteur de la santé a un rôle de premier plan à jouer pour ce qui est de concevoir des politiques et des partenariats de promotion de la santé (23). La promotion de l'activité physique offre une occasion idéale de le faire.

On ne peut mettre en œuvre une stratégie intégrée et intersectorielle de développement de l'activité physique sans une direction convaincante et engagée. Cette direction, c'est le secteur de la santé qui a pour vocation de l'exercer. Il doit, aux niveaux national, régional et local, inviter et engager différents secteurs et acteurs à collaborer pour promouvoir l'activité physique. Les autorités sanitaires sont conscientes de la nécessité d'accorder une priorité plus grande à cette question et capables de faire passer les messages correspondants.

Les professionnels de santé ont des contacts individuels relativement réguliers avec une grande partie de la population. Ces contacts doivent être utilisés pour informer et éduquer les clients sur les causes de maladie et de mauvaise santé, notamment en ce qui concerne les maladies évitables liées au mode de vie. Ils peuvent aussi aider à répondre à l'importante question de ce que les individus peuvent faire personnellement pour limiter les causes de maladie. Les professionnels de santé font autorité auprès d'un grand nombre de personnes, notamment des personnes âgées ; cette autorité devrait être mieux utilisée pour promouvoir des modes de vie plus sains, y compris l'activité physique. Les soins primaires sont un cadre idéal pour promouvoir l'activité physique (89). Les conseils prodigués et les médicaments prescrits par les médecins sont considérés par beaucoup comme la source ultime d'une vie plus saine. L'activité physique doit y avoir sa place, que ce soit sous la forme de conseils ou d'encouragements opportunistes ou de prescriptions écrites plus contraignantes. Ces recommandations écrites, dites prescriptions d'activité ou d'exercice, se révèlent susciter une meilleure réponse des patients que des conseils purement verbaux (90-92) ; elles ont été introduites dans plusieurs pays à plus ou moins grande échelle (93-96). Outre les recommandations écrites, on a observé que l'on obtient de bons résultats lorsque les patients fixent leurs propres objectifs, lorsque les activités recommandées sont adaptées à chaque individu, et lorsque les individus font l'objet d'un suivi après avoir consulté un professionnel de santé (97).

Il a également été suggéré qu'en introduisant des programmes d'exercice prescrit, on sensibiliserait davantage les gens, on améliorerait la perception qu'a la société de l'activité physique et l'on faciliterait la prise de conscience, par les professionnels de santé, du fait que cette méthode peut servir à la fois à prévenir et à traiter les maladies. Si l'on veut, cependant, utiliser le secteur de la santé pour promouvoir l'activité physique, il faut former les médecins et infirmiers et leur faire comprendre pourquoi et comment utiliser cette activité. Il existe déjà des manuels qui décrivent comment différentes maladies peuvent être traitées et l'activité physique utilisée dans la prévention des maladies (98) ; ces manuels peuvent être utiles pour prescrire des activités adaptées à chaque individu de façon à limiter le risque d'effets secondaires.

En tant qu'employeur et générateur de déplacements (patients, notamment), le secteur de la santé peut exercer une grande influence sur l'activité physique et doit montrer l'exemple à d'autres secteurs en offrant à certains groupes de patients et d'employés l'occasion d'être physiquement actifs au sein et autour du système de santé.

Recommandations

- Le secteur de la santé doit, à tous les niveaux, inviter et engager différents secteurs et acteurs à collaborer pour promouvoir l'activité physique.
- La formation des professionnels de santé doit accorder la priorité à la prévention et au traitement des maladies et problèmes de santé liés au mode de vie, y compris par l'utilisation de l'activité physique comme « médicament » ou traitement de différentes maladies et comme moyen d'améliorer la santé.
- Il faudrait concevoir à l'intention des professionnels de santé un manuel d'activité physique afin de montrer comment utiliser l'activité physique pour prévenir et traiter les maladies.
- Il faudrait inciter les médecins, y compris financièrement, à prodiguer des conseils et à rédiger des prescriptions d'activité physique.
- Les collectivités locales devraient coopérer avec les services de santé pour aider et informer les individus auxquels des professionnels de santé ont recommandé de pratiquer une activité physique à titre préventif.
- Pour montrer l'exemple, le secteur de la santé devrait créer des environnements propices à l'activité physique dans tous les établissements de santé.

4.4. Le secteur des transports

Le cadre des transports, en Europe, peut fournir d'excellentes occasions, encore sous-exploitées, d'atteindre le volume quotidien recommandé d'activité physique modérée bénéfique pour la santé.

Pour faciliter le choix de solutions de transport physiquement actives, il faut répondre aux besoins de sûreté des cyclistes et des piétons.

Il faut instituer des partenariats plus solides entre les secteurs de la santé et des transports si l'on veut maximiser la cohérence et la synergie entre leurs politiques.

L'avantage – **à double sens** – est le suivant :

Le développement du cyclisme et de la marche réduira la pollution de l'air, le bruit et la circulation. Il réduira la nécessité de construire et d'entretenir de nouvelles routes onéreuses. Enfin, il est très rentable d'investir dans des solutions de transport physiquement actives si l'on tient compte de leurs bienfaits pour la santé.

La situation

Le cadre des transports pourrait fournir une excellente occasion de développer l'activité physique au quotidien. Ce potentiel, cependant, demeure largement sous-exploité : dans la plupart des pays, le cyclisme et la marche sont généralement marginalisés dans les décisions relatives aux transports, comme en témoigne la faible part qu'ils représentent (moins de 10 %) dans les investissements (99).

En Europe occidentale, les citoyens parcourent environ, chaque jour, 0,5 km à vélo, 1 km en marchant et 27,5 km en voiture. Le cyclisme ne représente une partie importante des déplacements quotidiens qu'aux Pays-Bas et au Danemark (100). La place qu'occupent le cyclisme et la marche dans ces pays montre que l'on pourrait appliquer ce modèle ailleurs. Cette assertion est étayée par les schémas observés en Europe, où plus de la moitié des déplacements effectués actuellement en voiture couvrent moins de 6 km, distance que l'on pourrait facilement parcourir à vélo en environ 15 minutes. Plus de 30 % des déplacements en voiture couvrent moins de 3 km, distance que l'on pourrait facilement parcourir en environ 20 minutes en marchant d'un bon pas (99). On estime qu'au moins la moitié de ces brefs déplacements en voiture pourraient être remplacés par le cyclisme ou par la marche (101). Autrement dit, en parcourant de courtes distances à pied ou à vélo, on pourrait obtenir le volume quotidien recommandé d'activité physique modérée bénéfique pour la santé. En outre, l'adoption de modes de déplacement physiquement actifs pourrait bénéficier à l'environnement en réduisant la pollution de l'air, le bruit et la circulation, ce qui pourrait inciter le secteur des transports à s'intéresser davantage, dans ses politiques, à la promotion du cyclisme et de la marche (102).

Pour promouvoir, cependant, ces modes de déplacement, il faut garantir la sécurité des cyclistes et des piétons (103).

On peut lever les obstacles rencontrés en mettant en place, par exemple, une infrastructure qui favorise le cyclisme et la marche, en réduisant les limites de vitesse dans les environnements où des usagers de la route vulnérables croisent des usagers motorisés, en réaffectant de l'espace aux cyclistes et aux piétons et en travaillant avec les urbanistes pour faire en sorte que les services, les emplois et les équipements soient situés à des distances facilement parcourables à pied ou à vélo.

Recommandations

- **Il faudrait mettre en œuvre une politique cohérente et synergique facilitant, dans la vie quotidienne, le choix de modes de déplacement physiquement actifs.**
Cet argument est étayé par le fait – constaté – que les niveaux d’obésité sont nettement plus élevés dans les pays où l’on utilise peu le cyclisme, la marche et les transports en communs, et par le fait que dans les pays qui ont adopté une politique favorable, le cyclisme et la marche sont plus développés. Pour élaborer une telle politique, il faut : a) que les secteurs de la santé, des transports et de l’environnement analysent la situation et émettent des recommandations facilitant la définition d’objectifs communs et la mise en œuvre d’activités mutuellement bénéfiques ; et b) tirer pleinement profit d’initiatives internationales existantes telles que le Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l’environnement (3) et des orientations actuelles relatives à l’élaboration de politiques de développement de solutions de transport physiquement actives (104).
- **Il faudrait concevoir des arguments et des outils démontrant les bienfaits de modes de déplacement physiquement actifs en des termes qui pourraient être repris par le secteur des transports.**
Pour s’attacher le soutien du secteur des transports et accroître l’investissement dans des modes de déplacement physiquement actifs, il faut comprendre ses motivations et ses priorités. En analysant, par exemple, le rapport coût/avantages de solutions de transport intégrant les bienfaits d’une activité physique accrue, ce secteur pourrait évaluer la solidité de ses investissements.
- **Il faudrait développer l’échange d’informations et de données d’expérience sur les possibilités de faire des transports un lieu évident d’activité physique et d’accroître la base factuelle étayant l’action menée dans ce domaine.**
Il faudrait engager les chercheurs à transmettre leur savoir aux responsables politiques dans le cadre, par exemple, d’initiatives internationales telles que le Réseau européen de promotion de l’activité physique au service de la santé (105) et le Réseau européen sur la nutrition et l’activité physique (106).
- **Il faudrait développer la recherche pour évaluer l’efficacité d’interventions qui promeuvent des modes de déplacement physiquement actifs et pour déterminer la meilleure façon de susciter un changement culturel favorisant de tels modes de déplacement.**

4.5. Urbanisme et logement

L’environnement physique et l’urbanisme peuvent faciliter ou freiner l’activité physique.

La qualité de l’environnement urbain conditionne la possibilité et la volonté qu’ont les résidents d’utiliser physiquement les espaces communs.

L’avantage – à **double sens** – est le suivant :

Le développement du cyclisme et de la marche réduira la pollution de l’air, le bruit et la circulation. Il créera un milieu urbain plus sûr. En investissant dans des solutions de transport physiquement actives, on réduira la nécessité de construire et d’entretenir de nouvelles routes onéreuses, ce qui sera aussi très rentable si l’on tient compte des bienfaits pour la santé.

La situation et les données actuelles

Face aux modes de vie de plus en plus sédentaires et à la progression de l’obésité, les spécialistes et les responsables politiques s’interrogent sur la façon dont l’environnement construit pourrait faciliter le développement de l’activité physique. L’obésité et l’absence d’exercice sont liées à plusieurs caractéristiques de l’environnement physique, notamment à la prolifération urbaine et aux distances interurbaines (107). Lorsque des services essentiels (centres commerciaux, services administratifs ou hôpitaux) s’installent hors de la ville, on dépend davantage de l’automobile.

La relation entre l'environnement construit et l'activité physique est complexe et s'exprime de diverses façons – caractéristiques sociodémographiques, variables personnelles et culturelles, sûreté et sécurité, et aménagement du temps. Des études montrent qu'il existe des liens entre l'environnement construit et l'activité physique (108). Ce qu'on sait moins, en revanche, c'est définir les caractéristiques de cet environnement qui sont le plus directement liées à l'activité physique (109). Un environnement construit favorable ne suffit pas, en soi, à garantir que les gens seront physiquement actifs. Cependant, on sait que des éléments tels que l'accès aux services, aux magasins, aux espaces verts et aux équipements de loisirs ainsi que l'existence de voies piétonnières et de pistes cyclables favorisent fortement l'activité physique (110,111).

Au quotidien, de nombreux obstacles peuvent freiner l'activité, notamment la crainte d'accidents (route ou trottoirs défoncés), la crainte d'agressions et la pollution automobile (110,112,113). L'environnement construit peut influencer l'activité physique dans de nombreux cadres – au foyer, au travail, à l'école, en voyage, dans le quartier et dans les loisirs. En outre, la qualité de l'environnement urbain conditionne la possibilité et la volonté qu'ont les résidents d'utiliser physiquement les espaces communs. Il faudrait que les stratégies d'urbanisme promeuvent l'activité physique dans tous les milieux, quels que soient l'âge, la situation sociale, le quartier et le type de logement.

Recommandations

- Les politiques et stratégies nationales de santé devraient souligner l'importance de l'environnement construit et de l'urbanisme pour ce qui est de faciliter l'activité physique. Il faut reconnaître le rôle important que jouent les collectivités locales et favoriser la création de partenariats et de réseaux avec les autorités régionales et les associations nationales.
- Il faudrait décourager la prolifération urbaine et les types d'urbanisme similaires.
- Il faudrait encourager un usage mixte des sols et développer, parallèlement aux magasins, aux parcs, aux services de transport et aux emplois, l'offre de logements abordables.
- Il faudrait, pour faciliter la mise en œuvre de ce programme, mettre au point, sur la base de données scientifiques, des outils et des normes d'urbanisme en étroite collaboration avec les ministères, les organismes et les professions qui traitent de planification, d'architecture et d'urbanisme.
- Il faudrait promouvoir et appuyer la participation des citoyens et l'adoption de stratégies intégrées d'urbanisme, et mettre sur pied des programmes nationaux d'encouragement de modèles urbains propices à l'activité physique.
- Il faudrait que les politiques nationales de logement soulignent la nécessité d'améliorer les conditions de vie dans les zones résidentielles en assurant un bon entretien et, autour des bâtiments, un environnement sûr et adapté aux piétons.

4.6. Écoles et jardins d'enfants

L'enfance, aujourd'hui, se passe de plus en plus en établissement, ce qui engendre un comportement plus sédentaire. Il faudrait, par conséquent, que les écoles et les jardins d'enfants offrent aux enfants et aux adolescents davantage de possibilités d'activité physique, adaptées à leurs besoins et à leurs droits fondamentaux.

Les écoles, qui touchent tous les jeunes gens, peuvent contribuer à réduire l'incidence des facteurs socioéconomiques sur leur niveau d'activité physique.

Pour que les jardins d'enfants et les écoles assurent une bonne partie du volume quotidien recommandé d'activité physique, qui est de 60 minutes d'activité variée pour les enfants et les jeunes gens, il faudrait proposer diverses activités scolaires et extrascolaires.

L'avantage – à **double sens** – est le suivant :

À l'école, une éducation et une activités physiques plus intensives ne compromettent pas les résultats dans les matières classiques (même si le temps qui y est consacré est légèrement réduit). Il est même démontré qu'il existe une importante relation positive entre l'activité physique et le fonctionnement cognitif.

À l'école primaire et secondaire, le temps accordé à l'éducation physique a globalement diminué au cours de la dernière décennie (114,115). On accorde une priorité accrue à d'importantes disciplines théoriques telles que les mathématiques et les langues. La pression scolaire peut aussi se traduire par une diminution du temps consacré aux activités physiques pendant les récréations et les pauses-déjeuner. Dans le même temps, de nombreux pays signalent une diminution des déplacements scolaires qui s'effectuent à vélo ou à pied (116), principalement en raison du danger réel ou subjectif lié à la circulation (117). Enfin, les ordinateurs, les cafétérias et la liberté accrue d'accès aux équipements intérieurs ont également contribué à réduire, dans la journée scolaire, la place de l'activité physique.

Plusieurs projets ont montré que les résultats ne chutent pas dans les matières classiques lorsque l'on intensifie l'enseignement de l'éducation physique (118). Ces projets ont, en revanche, produit une amélioration de la santé des enfants (119). De nombreuses études font aussi clairement apparaître une importante relation positive entre l'activité physique et le fonctionnement cognitif des enfants et des adolescents (120). On a en outre observé un lien relatif entre les niveaux d'activité physique et l'aptitude des enfants à se concentrer en cours (121).

La meilleure façon, pour les écoles et les jardins d'enfants, de compenser la sédentarité accrue des enfants est probablement de proposer diverses activités physiques. En sus d'améliorer l'éducation physique dispensée par des enseignants qualifiés, cette démarche doit viser à encourager, à l'école, une activité moins structurée pendant les pauses et autres périodes libres, l'enseignement de diverses matières à l'extérieur (classes vertes), la pratique de brèves activités physiques en classe avant ou pendant les cours, et la marche ou le cyclisme sur le trajet école-domicile et vice-versa.

Le développement de l'activité physique à l'école pourrait grandement aider à combattre l'épidémie croissante d'obésité et à améliorer la santé globale des enfants.

Recommandations

- Il faudrait envisager de placer davantage l'accent sur la mission de santé qu'assument les écoles et les jardins d'enfants et introduire l'activité physique dans la législation scolaire.
- Pour inciter les enfants à adopter des habitudes d'activité physique qu'ils conserveront tout au long de leur vie, il faudrait que l'éducation et les activités physiques proposées à l'école et au jardin d'enfants soient avant tout distrayantes (122). Les écoliers inactifs, en particulier les filles, pourraient tirer profit d'activités moins axées sur la compétition. Parallèlement, il faudrait inviter les écoliers à pratiquer et à apprendre de nouvelles activités physiques et de nouveaux sports et à apprendre ainsi comment ces efforts peuvent leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences, de nouvelles aptitudes et une confiance accrue en eux-mêmes.
- De nombreuses écoles, notamment en ville, possèdent des cours de récréation qui sont en mauvais état ou mal adaptées à l'activité physique et au jeu. Pour encourager une activité scolaire plus intense et variée, il faudrait réparer et équiper ces cours dans une optique d'activité physique.
- On peut réduire le danger lié à la circulation en instaurant des zones exemptes de voitures ou en ramenant la limite de vitesse à 30 km/h et en installant des « gendarmes couchés » (ralentisseurs). Des « bus de marche » (enfants allant à pied à l'école, en groupes et accompagnés d'adultes) peuvent offrir une bonne alternative lorsque la route de l'école est jugée trop dangereuse (123).
- Les écoles et les jardins d'enfants doivent collaborer avec les collectivités locales et les réseaux existants, y compris les réseaux de parents.

4.7. Lieu de travail

Le lieu de travail est, pour beaucoup de personnes, le cadre le plus pratique pour devenir actif. Il devrait donc être idéal pour promouvoir l'activité physique auprès des adultes.

On obtient les meilleurs résultats en pratiquant régulièrement, de préférence trois fois par semaine, des exercices d'intensité modérée à élevée conçus, de préférence, pour compléter l'activité physique professionnelle.

L'avantage – **à double sens** – est le suivant :

Une activité physique régulière améliore la santé et réduit l'absentéisme pour cause de maladie. Une meilleure santé accroît la productivité, améliore les relations de travail et favorise l'esprit d'équipe.

La situation

À l'heure où les entreprises rationalisent leur personnel, les contraintes de temps et la fatigue sont le lot des employés qui demeurent. Les longues heures de travail et l'absence de repos sont une réalité. Heureusement, de nombreux employeurs ne laissent pas les problèmes dégénérer en situations ingérables. Il existe des solutions efficaces. Une activité régulière d'intensité modérée à élevée, pratiquée de préférence trois fois par semaine et conçue idéalement de préférence pour compléter l'activité physique professionnelle, réduit l'absentéisme pour cause de maladie (124). En outre, l'activité physique améliore l'humeur, la performance et la concentration. Les faits sont probants, même s'il reste à réaliser davantage d'essais contrôlés randomisés de bonne qualité méthodologique (125,126).

Les lieux de travail qui favorisent l'activité physique non seulement améliorent la santé et la condition physique des employés, mais aussi accroissent la productivité et le moral, réduisent les taux d'accidents avec blessures, améliorent les relations entre employés, accroissent la satisfaction au travail et favorisent l'esprit d'équipe. Pour beaucoup d'adultes, dont la plupart passent la moitié de leur temps au travail, la pratique d'une activité physique sur ce lieu et pendant le trajet travail-domicile et vice-versa est la façon la plus pratique de devenir actif.

Recommandations

- Il faut analyser les besoins des employés, concevoir et adopter une politique d'activité physique et agir en conséquence.
- Dans le cadre de cette politique, les employeurs peuvent contribuer à créer un cadre de travail dans lequel tous les employés peuvent pratiquer, tout au long de l'année, une activité physique régulière.
- Un peu de créativité peut être très productif. Il n'est jamais trop tard pour introduire une activité physique régulière ou des exercices dans la journée de travail.
- Pour pratiquer une activité physique sur le lieu de travail, on peut marcher jusqu'au bureau d'une personne plutôt que de lui envoyer un message électronique ou de lui téléphoner ; emprunter les escaliers ; se promener pendant les pauses café et déjeuner ; faire des pauses de remise en forme ; s'inscrire à un club de course et participer à des ateliers d'exercice.
- Les employeurs devraient faciliter et encourager des déplacements physiquement actifs entre le domicile et le lieu de travail.
- Les dirigeants d'entreprise ont la possibilité unique de créer au travail une culture favorisant une vie active, qui peut bénéficier à la fois à l'entreprise et à ses employés.
- On peut sensibiliser les employés à l'importance de l'activité physique par des moyens tels que la messagerie électronique ou des affiches.
- On peut aussi organiser le travail de façon à stimuler l'activité spontanée ou modifier le lieu de travail pour permettre l'accès à des activités physiques tout au long de l'année, par exemple en installant des douches, en proposant des activités de gymnastique ou en facilitant l'inscription à des clubs de sport.

4.8. Loisirs, activités extérieures et sports

Le fait que les gens aient plus de loisirs qu'autrefois et la réduction du travail physique, tant au travail qu'à domicile, offrent un bon argument pour développer l'activité physique dans ce contexte.

En matière d'infrastructure d'activité physique, il faut aujourd'hui privilégier les groupes moins actifs en leur consacrant davantage de ressources et en leur proposant des activités non structurées attrayantes et des sports à fort potentiel.

Les organisations non gouvernementales qui promeuvent et organisent des activités sportives, physiques et extérieures travaillent avec d'importantes franges de la population. Il faudrait soutenir davantage ces organisations bénévoles et les aider à concevoir des activités touchant de nouveaux groupes.

Loisirs

Par rapport à d'autres aspects de la vie (sections 3.4 à 3.7), les loisirs ont mieux conservé leur aptitude à encourager l'activité physique, même si les formes d'activité ont changé et continuent de changer (127).

Parce qu'ils travaillent moins et ont adopté un mode de vie imprégné de technologie, la plupart des gens ont aujourd'hui plus de loisirs qu'autrefois. Parallèlement à l'accroissement de la mobilité, cette réalité permet de pratiquer davantage d'activités physiques.

Activités sportives

Les organisations sportives forment, pour beaucoup de gens, le cadre de loisirs physiquement actifs. La pratique de sports varie selon les pays d'Europe, mais la tendance générale est à la stabilisation du nombre de membres des clubs de sports traditionnels (127). Les gens qui pratiquent des sports ont bien plus de chances de respecter les recommandations relatives à l'activité physique que ceux qui sont inactifs (128). Chez les enfants, en particulier, le sport continue d'exercer, par l'exercice, les compétitions et le nombre croissant d'activités proposées, un puissant attrait. À l'adolescence, cependant, la perte de nombreux membres actifs pose aux organisations sportives un grave problème.

Chez les adultes, on observe, dans de nombreux pays, une « fuite » des activités sportives organisées vers des activités plus individuelles dans le cadre desquelles les gens s'exercent seuls ou dans des centres de conditionnement physique souvent situés dans des zones résidentielles, offrant des heures d'ouverture souples et des installations attrayantes, et répondant aux besoins de chacun. Une autre raison est peut-être que davantage de gens considèrent l'exercice physique comme un moyen de rester en forme et en bonne santé. L'individualisation croissante de la société se manifeste aussi dans ce domaine, et les organisations sportives traditionnelles doivent, si elles veulent devenir plus attrayantes, en tenir compte et adapter leur offre aux besoins « modernes ».

Il faut soutenir et encourager davantage le travail bénévole impressionnant et précieux qu'accomplissent les organisations de sports et de loisirs extérieurs. Il faut également inciter ces organisations à élargir leurs activités pour conserver des membres dont les intérêts évoluent et en intéresser de nouveaux. Un excellent exemple de nouveau domaine plus adapté aux besoins individuels est le nombre croissant de clubs de marche nordique (marche avec bâtons) (129).

Activités non structurées

Quelle que soit la forme d'activité, il faut, pour qu'elle soit pratiquée régulièrement, que l'accès en soit aisé (distance, capacité, utilisateurs, attrait et coût). Pour pratiquer un sport, il faut des équipements. Même si la plupart des installations, destinées à des activités plus ou moins spécialisées et utilisées par les membres les aptes et actifs de la population, sont théoriquement ouvertes à tous, il est clair qu'elles ne sont pas attrayantes pour les personnes moins actives (130). Dans la plupart des pays, on continue d'accorder, dans l'affectation des ressources destinées à développer l'activité physique, la priorité à des installations sportives spécialisées et onéreuses. Si nous voulons développer l'activité physique, en particulier chez les groupes moins actifs, il nous faut aujourd'hui mieux équilibrer la planification et l'investissement dans

l'infrastructure (locale) et mettre au second plan le sport organisé spécialisé pour privilégier l'activité physique et les loisirs de base non structurés. Nous devons utiliser davantage de moyens pour proposer aux groupes moins actifs une infrastructure adaptée et appropriée comprenant, par exemple, des parcs et espaces verts qui encouragent des jeux actifs et diverses activités récréatives non structurées (jeux de balle, par exemple), des chemins, des pistes cyclables et des centres de loisirs. En veillant à ce que ces installations soient de qualité et facilement accessibles, on développera l'activité physique (80).

Les espaces naturels, en particulier à proximité des zones résidentielles, doivent être préservés et ouverts aux activités récréatives. Il est démontré que le contact avec la nature a, associé à d'autres formes d'activité, un effet positif sur la santé mentale (131,132).

Il existe d'amples possibilités d'introduire davantage d'activité physique dans nos loisirs. La concurrence d'un nombre croissant d'autres activités de loisirs principalement sédentaires a engendré un paradoxe « manque de temps » pour l'activité physique et le sport (130). Les heures que les gens passent à regarder la télévision chaque jour sont l'une des principales raisons de ce « manque de temps » ; il est donc vital de les informer et de leur faire comprendre que l'activité physique enrichit nos vies en nous distrayant, en accroissant notre confiance en nous, en renforçant notre énergie et en améliorant notre santé.

Recommandations

- Il faudrait édicter des normes garantissant l'accès aisé à des aires de loisirs extérieures attrayantes dotées d'une infrastructure et d'équipements engageants et abordables.
- Il faudrait que les organisations sportives clarifient leur futur rôle ainsi que leur disposition et leur aptitude à développer leurs activités pour attirer de nouveaux membres. Il faudrait élargir la collaboration pour mettre au point de nouvelles activités moins axées sur la compétition, de nouvelles formes d'adhésion et de nouveaux types d'organisation.
- Il faudrait aider les autorités locales à créer des environnements attrayants et une infrastructure desservant tous les groupes.
- Il faudrait davantage prêter attention à la nature et aux parcs en raison des effets bénéfiques qu'ont les loisirs extérieurs sur la santé mentale.

4.9. Réseaux et alliances

Promouvoir l'activité physique ne relève pas exclusivement des secteurs de la santé, des sports, des loisirs et de l'éducation. Cette mission, ces secteurs la partagent avec d'autres tels que les transports, l'urbanisme et l'environnement.

En instaurant une collaboration entre les secteurs public et privé, on progressera plus rapidement vers des modes de vie plus sains et plus viables. Les synergies produites créent une situation dont tous les acteurs bénéficient.

Les gouvernements, par leurs systèmes de santé, ont un rôle de premier plan à jouer dans la création de réseaux et d'alliances.

Traditionnellement, la promotion de l'activité physique a toujours été considérée comme une tâche incombant aux secteurs des loisirs et de l'éducation, chargés de promouvoir le sport auprès du public et dans les écoles, les lycées et les universités. Ces dernières années, cependant, on a pris conscience que le sport organisé, bien qu'essentiel, contribue relativement peu – pour moins de 10 % dans de nombreux pays – au développement de l'activité physique. Des activités plus générales telles que la marche et le cyclisme ont un rôle important à jouer, et le secteur de la santé reconnaît de plus en plus la nécessité d'appuyer l'activité physique, comme en témoigne la création d'écoles et d'entreprises lieux de promotion de la santé, qui peuvent réellement améliorer la vie des gens et aider à combattre des problèmes tels que l'obésité.

L'éducation, la vie professionnelle, les transports et l'environnement construit sont au cœur de cette approche. Pour qu'elle réussisse, les urbanistes, les responsables des transports, les ingénieurs de la circulation et les architectes doivent collaborer avec des représentants des écoles et des secteurs des loisirs, des sports et de la santé. Nombre des initiatives qui encouragent l'activité physique, comme la création d'itinéraires sûrs vers l'école, l'instauration de déplacements actifs, la facilitation de la marche, la création d'espaces verts attrayants et l'amélioration de la conception des bâtiments, peuvent également avoir un effet positif sur l'environnement et la qualité de vie.

On peut faire en sorte que des organismes publics œuvrent à la réalisation d'objectifs communs en fixant, par exemple pour ce qui est de combattre des problèmes tels que l'obésité infantile, des buts qu'ils partageront avec les secteurs des transports, de l'éducation, des sports et des loisirs. Pour influencer les secteurs non gouvernementaux et commerciaux, il faudra adopter des approches différentes. Pour aborder ces secteurs, il faudra créer des réseaux et des alliances ayant des priorités communes et souhaitant véritablement réussir ensemble. Le secteur public peut façonner la façon dont les décisions commerciales sont prises en influençant la réglementation et en promouvant un environnement dans lequel les consommateurs sont capables et désireux de faire des choix sains.

La grande difficulté, pour le secteur de la santé, consiste à concilier et à intégrer des approches et des intérêts différents et parfois conflictuels. Pour accroître les possibilités de développement de l'activité physique, il faut mettre en œuvre des stratégies horizontales et transversales intégrant, à tous les niveaux, les activités de différents secteurs et les incitant à collaborer en présence de structures, de priorités et d'objectifs différents (et parfois conflictuels). Il faut également admettre la nécessité de mettre en place des structures « verticales » dans les secteurs qui placent la prise de décisions locales dans le contexte des politiques nationales et régionales applicables à ce secteur.

Le secteur de la santé doit, à tous les niveaux, accepter de jouer un rôle de premier plan pour ce qui est de créer des réseaux et des alliances et de coordonner l'action menée pour développer l'activité physique.

Recommandations

- Le secteur de la santé et les autres secteurs doivent favoriser à tous les niveaux et entre les niveaux la création de solides réseaux et alliances développant l'activité physique et améliorant la qualité de vie.
- Les créateurs de réseaux et d'alliances doivent travailler en synergie pour maximiser les bienfaits de cette action qui profite à tous.

4. Fixation d'objectifs et mesure du succès

4.1. Une action déterminée et continue

Les programmes de santé publique qui visent le développement de l'activité physique doivent être planifiés dans une perspective à long terme et doivent se fixer des objectifs clairs et mesurables.

Les principaux acteurs doivent être associés à la fixation de ces objectifs et indicateurs.

L'évaluation des objectifs et indicateurs doit toujours faire partie intégrante des programmes.

La situation

L'un des principaux aspects de l'élaboration et de la coordination d'un plan intégré d'action de santé publique est la fixation de buts, d'objectifs et d'indicateurs clairs permettant de suivre les résultats. La fixation d'objectifs et d'indicateurs permet de savoir ce que vous avez l'intention de faire et la façon dont vous comptez y parvenir. Ce processus permet d'associer tous les principaux acteurs d'un projet à sa planification.

Les *objectifs* d'un projet énoncent ce qu'il entend accomplir. Dans l'idéal, ils doivent être précis, mesurables, réalisables, réalistes et assortis d'un délai (133). Par exemple, un objectif consistant à « veiller à ce que les autorités locales aient toutes publié un engagement à développer le cyclisme dans leur plan local de transports d'ici à ... (année définie) » sera préférable à un objectif consistant à « inviter les autorités locales à promouvoir le cyclisme ». Des objectifs plus précis permettent de mieux évaluer la mesure dans laquelle ils ont été atteints.

Évaluation et utilisation d'indicateurs

Pour voir si les objectifs ont été atteints, comment ils l'ont été et si les ressources sont utilisées efficacement, chaque programme doit être suivi d'une évaluation du *processus* et des *résultats*.

Les *indicateurs* sont des variables mesurées, qui aident à évaluer les changements que l'on peut directement (et indirectement) lier aux buts et objectifs fixés. Ce sont des mesures indirectes ou partielles d'une situation complexe qui, effectuées de façon séquentielle dans le temps, indiquent l'orientation et la rapidité du changement et permettent de comparer différents domaines ou groupes de personnes à un moment donné (134).

La fixation d'indicateurs dans le cadre d'un projet permet aux intervenants de se concentrer sur l'élément précis qu'ils tentent de faire évoluer. Par exemple, un indicateur de « la proportion d'écoliers qui vont à l'école à pied ou à vélo chaque jour » orientera l'activité du programme vers l'amélioration (planification, éducation, infrastructure, formation et promotion) des déplacements de et vers l'école. Les différents ensembles d'indicateurs peuvent se classer comme suit :

- Les *indicateurs de résultat* servent à mesurer les résultats des processus. Il pourra s'agir, par exemple, de la publication d'une stratégie ou du lancement d'un programme national. Outre des plans et programmes d'action, ils peuvent également englober les mesures prises pour améliorer l'environnement social et physique de différents cadres de vie et favoriser l'adoption de comportements plus sains (création de pistes cyclables, par exemple).
- Les *indicateurs de processus* servent à mesurer les changements et à évaluer la méthode utilisée. Il pourra s'agir, par exemple, de la création, dans un État membre, de comités consultatifs d'experts sur l'activité physique.
- Les *indicateurs de produit* servent à mesurer le produit final d'une action. Il pourra s'agir d'un produit à court terme (amélioration des connaissances), d'un produit intermédiaire (changement de comportement) ou d'un produit à long terme (réduction de l'incidence des maladies cardiovasculaires) (135).

Dans le présent contexte, le principal indicateur de produit est la proportion de gens qui pratiquent les niveaux recommandés d'activité physique. Pour suivre cet indicateur, il faudra donc mener, au sein de la population des pays, des enquêtes utilisant des outils bien validés de surveillance de l'activité physique.

Recommandations

- Tous les programmes d'activité physique doivent, dans l'idéal, s'accompagner d'objectifs précis, mesurables, réalisables et réalistes mesurables par rapport à une situation de référence.
- L'évaluation doit toujours être planifiée et intégrée aux programmes et bénéficier de moyens suffisants.
- Pour suivre le déroulement de programmes complexes, il faut définir et mesurer tout un ensemble d'indicateurs de résultat et de processus.
- Pour échapper aux contingences et à l'influence du milieu, les programmes doivent être planifiés dans une optique à long terme.

4.2. Surveillance de l'activité physique dans la Région européenne

La surveillance des niveaux d'activité physique de la population au moyen de protocoles normalisés est un élément essentiel et nécessaire de l'action de santé publique menée pour faire face aux préoccupations actuelles.

Pour évaluer la prévalence de l'activité physique, déterminer les tendances, mieux planifier les interventions et suivre leur impact sur les maladies chroniques, il faut adopter des méthodes de surveillance normalisées.

Ces méthodes permettent d'effectuer des comparaisons entre les pays et les régions, et d'améliorer ainsi l'action menée au niveau international.

Méthode de surveillance de l'activité physique

La surveillance de l'activité physique des adultes s'effectue le plus souvent au moyen de questionnaires d'auto-évaluation, méthode relativement économique et plus facile à mettre en place que la mesure objective de l'activité effectuée à l'aide de podomètres ou d'accéléromètres. Jusqu'à récemment, cependant, on ne disposait pas d'outils valables et fiables permettant d'évaluer les niveaux d'activité physique de la population. Une récente étude mondiale portant sur la prévalence de l'activité physique dans les pays a révélé que seuls quelques-uns d'entre eux possédaient de solides données permettant de suivre l'évolution de la situation (136).

En outre, la plupart des questionnaires utilisés dans le passé portaient davantage sur les activités de loisirs que sur l'activité physique liée au travail ou aux transports (cyclisme et marche, par exemple).

Prenant acte de cette lacune, on a élaboré, ces dernières années, une « nouvelle génération » de questionnaires. Ces questionnaires prennent en compte le fait que les activités menées sur le lieu de travail et dans les transports peuvent également profiter à la santé et peuvent, en particulier, accroître la dépense énergétique et faciliter le contrôle du poids.

Le Questionnaire international sur l'activité physique (137) et le Questionnaire mondial sur l'activité physique (138) forment une nouvelle génération d'instruments multidomains qui rassemblent des informations sur l'activité physique d'intensité modérée et vigoureuse pratiquée dans tous les cadres de la vie quotidienne afin de cerner tous les aspects de l'activité physique qui intéressent la santé.

Le premier rassemble des informations fiables et valables sur l'intensité, la fréquence et la durée de l'activité physique dans tous les domaines de la vie (loisirs, travail et transports). Il a été utilisé en 2002 pour rassembler des données sur l'activité physique pratiquée dans les États Membres de l'Union européenne. Ces données ont permis de se faire pour la première fois une idée des niveaux d'activité physique pratiqués dans les pays européens (10).

Le second, qui découle du premier, fournit, outre le volume total d'activité physique, des estimations de l'activité physique des adultes dans chaque domaine (travail, loisirs, transports). Le fait de pouvoir évaluer la prévalence de l'activité physique dans certains domaines est utile pour élaborer des politiques et des interventions ciblées.

De nombreux pays de la Région européenne de l'OMS ont acquis, en matière de surveillance de l'activité physique, une précieuse expérience, en particulier grâce à d'autres outils appropriés tels que l'enquête FINBALT (139).

Malgré le perfectionnement des outils utilisés dans la Région européenne, la surveillance de l'activité physique continue de présenter des lacunes. On notera, en particulier, qu'il reste à mettre au point et à valider des méthodes de surveillance des enfants et des jeunes.

Recommandations

- Il faut dégager des ressources permettant de rassembler, d'analyser, d'interpréter et de communiquer des données relatives à l'activité physique.
- On peut utiliser, pour faciliter la collecte continue de données dans la Région, des mécanismes nationaux et régionaux de surveillance tels que l'Eurobaromètre.
- Dans les pays qui utilisent déjà une méthode normalisée et valable, il faut mener des enquêtes tous les trois à cinq ans pour dégager des tendances. Dans les pays qui ne le font pas encore, il faut prendre en compte les points évoqués plus haut : validité, fiabilité, comparabilité et utilisation des données pour la prise de décisions.
- La mise au point et l'utilisation récentes des questionnaires international et mondial sur l'activité physique dans de nombreux pays a d'importantes incidences sur la surveillance de cette activité. Le second Le second fournit des estimations de l'activité physique des adultes dans chaque domaine (travail, loisirs, transports). Le fait de pouvoir évaluer la prévalence de l'activité physique dans certains domaines peut être extrêmement utile pour élaborer des politiques et des interventions ciblées
- Il faut, lorsque c'est possible, rassembler des données sur la prévalence de l'activité physique chez les jeunes et accorder la priorité à l'élaboration d'instruments valables et fiables de surveillance de cette activité.
- Il faudra envisager d'utiliser, parallèlement aux questionnaires, des outils de mesure objective (accéléromètres, podomètres, mesure de la condition physique) afin d'obtenir et de valider en continu des données complémentaires. Il faudra également envisager, dans le cadre de futures recherches et à des fins d'inclusion dans des systèmes plus élaborés, de surveiller l'incidence de facteurs nouveaux et importants tels que l'environnement construit.

Références¹

1. *Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte)*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (www.euro.who.int/Document/RC56/edoc08.pdf).
2. *Programme d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (www.euro.who.int/document/e83338.pdf).
3. Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement. Genève, Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002 (ECE/AC.21/2002/9-EUR/02/5040828/9) (<http://www.unece.org/doc/ece/ac/ece.ac.21.2002.9.e.pdf>).
4. Sussman A, Goode R. *The Magic of Walking*, Simon and Schuster, 1967.
5. *Healthy Aging: Preventing Disease and Improving Quality of Life Among Older Americans*, Atlanta, National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2001.
6. 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.
7. Idrettslivet i endring. Om statens forhold til idrett og fysisk aktivitet. [La vie sportive en mutation. Relation entre l'État, le sport et l'activité physique]. *Stortingsmelding [Rapport parlementaire norvégien]*, 1999-2000:14.
8. *HEPA Europe. Réseau européen de promotion de l'activité physique au service de la santé*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/hepa/20050708_5).
9. Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F, coll. *Activité physique et santé : des faits à l'action*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, sous presse.
10. European Opinion Research Group. *Eurobaromètre spécial : activité physique*. Bruxelles, Commission européenne, Directions générales de la santé et de la protection des consommateurs et de la presse et de la communication, 2003.
11. *L'énergie et les transports en chiffres, 2004*. Bruxelles, Commission européenne, Direction de l'énergie et des transports, 2004 (http://ec.europa.eu/dgs/energy_transport/figures/pocketbook/doc/2004/pb2004.pdf).
12. *Road transport and health*. London, British Medical Association, 1997.
13. Racioppi F, Dora C, Rutter H. Urban settings and opportunities for healthy lifestyles: rediscovering walking and cycling and understanding their health benefits. *Built Environment*, 2005, 31(4):302-314.
14. Atkinson J L et al. The association of neighbourhood design and recreational environments with physical activity. *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19(4):304-309.
15. 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.
16. Loukaitou-Sideris A. Is it safe to walk? Neighbourhood safety and security considerations and their effects on walking. *Journal of Planning Literature*, 2006, 20(3):219-232.
17. *Trends in Europe and North America. The statistical yearbook of the Economic Commission for Europe 2003*. Genève, Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, 2003.
18. *Mobilität in der Schweiz: Ergebnisse des Mikrozensus 2000 zum Verkehrsverhalten*. Bern and Neuenburg, Bundesamt für Raumentwicklung, Bundesamt für Statistik, 2001.
19. Rønning E. *Barns levekår før og nå [Conditions de vie des enfants hier et aujourd'hui]*. Oslo, Statistisk Sentralbyrå, 2001 (<http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200104/01/art-2001-09-20-01.html>).

¹ Tous sites web consultés le 28 septembre 2006.

20. Brettschneider WD, Naul R. *Study on young people's lifestyles and sedentariness and the role of sport in the context of education and as a means of restoring the balance. Final report.* Paderborn, Direction générale de l'éducation et de la culture, Service des sports, 2004.
21. *European common indicators: towards a local sustainability profile (Indicator 6 – Children's journeys to and from school).* Milan, Ambiente Italia Research Institut, 2003.
22. Vuori I, Lankenau B, Pratt M. Physical activity policy and program development: The experience in Finland. *Public Health Reports*, 2004, 119(3):331-345.
23. Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Bangkok, Organisation mondiale de la santé, 2005 (www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf).
24. *2001 Physical Activity Monitor.* Ottawa, Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 2002.
25. Dowler E. Inequalities in diet and physical activity in Europe. *Public Health Nutrition*, 2001, 4(2B):701-709.
26. Currie C et coll. *La santé des jeunes en contexte. Étude du comportement des écoliers en matière de santé : rapport international de l'enquête 2001/2002.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2004 (Politique de santé des enfants et des adolescents, n° 4).
27. Wardle J, Steptoe A. Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(6):440-443.
28. Coggins A, Swanton D, Crombie H. *Physical activity and inequalities. A briefing paper.* London, Health Education Authority, 1999.
29. Monteiro C A et coll. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé.* 2004, 82(12):940-946.
30. Pomerleau J, Knai C, Suhrcke M. Inégalités d'origine socioéconomique face à l'obésité en Europe : problèmes et incidences politiques. In: *Document technique : Le problème de l'obésité en Europe – situation, défis et perspectives.* Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (en préparation).
31. Kremarik F. A Family Affair: Children's Participation in Sports. *Canadian Social Trends*, 2000:20-24.
32. Popkin B M, Duffey K, Gordon-Larsen P. Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology & Behaviour*, 2005, 86(5):603-613.
33. Estabrooks PA, Lee RE, Gyuresik NC. Resources for physical activity participation: does availability and accessibility differ by neighbourhood socioeconomic status? *Annals of Behavioural Medicine*, 2003, 25(2):100-104.
34. *Health update 5: physical activity.* London, Health Education Authority; 1995.
35. Kafatos A et al. Regional, demographic and national influences on attitudes and beliefs with regard to physical activity, body weight and health in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 1999, 2(1a):87-95.
36. Sobal J, Stunkard A J. Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1989, 105(2):260-275.
37. Peters A. Is Your Community Child-friendly? *Canadian Social Trends*, 2002:2-5.
38. Bauman A, Miller Y. The public health potential of health enhancing physical activity. In: Oja P, Borms J., eds. *Health-enhancing physical activity.* International Council of Sport Science and Physical Education, 2004.
39. *Rapport sur la santé dans le monde 2002 – Réduire les risques, promouvoir une vie saine.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002 (<http://www.who.int/whr/2002/en/>).

40. Sørensen J, Horsted C, Andersen LB. *Modellering af potentielle sundhedsøkonomiske konsekvenser ved øget fysisk aktivitet i den voksne befolkning [Modèles de conséquences économiques potentielles d'une activité physique accrue des adultes]*. Odense, Syddansk Universitet, 2005.
41. *Risikofaktorer og folkesundhet i Danmark*. [Facteurs de risque et santé publique au Danemark]. Copenhagen, Statens Institut for Folkesundhet, 2006 (http://www.si-folkesundhed.dk/upload/risikofaktorer_def.pdf).
42. Adapté de Colman R, Walker S. *The Costs of Physical Inactivity in British Columbia*. British Columbia, Ministry of Health Services, 2004.
43. Roberts CK, Barnard RJ. Effects of exercise and diet on chronic disease. *Journal of Applied Physiology*, 98:3-30.
44. Vuori I. Inactivity as a disease risk and health benefits of increased physical activity. In: Oja P, Borms J, eds. *Health-enhancing physical activity*. International Council of Sport Science and Physical Education, 2004.
45. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. *Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement*. Champaign, IL, Human Kinetics, 1994.
46. Pate RR et al. Physical Activity and Public Health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:402-407.
47. *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, United States Department of Health and Human Services, 1996.
48. Kesäniemi AY et al. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Supplement to Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2001, 33:351-358.
49. Pedersen BK, 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.
50. Jung RT. Obesity as a Disease. *British Medical Bulletin* 1997, 53(2):307-321.
51. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.
52. Hill JO, Wyatt HR. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *Journal of Applied Physiology*, 2005, 99:765-770.
53. *Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004.
54. *Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant*. New York, Nations Unies, 1989 (<http://www.ohchr.org/english/law/crc.htm>).
55. Leon AS et al. Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death: the Multiple Risk Factor Intervention trial. *Journal of the American Medical Association*, 1987, 258:2388-2395.
56. DeBusk RF et al. Training effects of long versus short bouts of exercise in healthy subjects. *American Journal of Cardiology*, 1990, 65:1010-1013.
57. Fogelholm M et al. Physical Activity Pie: A Graphical Presentation Integrating Recommendations for Fitness and Health. *Journal of Physical Activity and Health* 2005, 2:391-396.
58. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain – a systematic review. *Obesity Review*, 2000, 1:95-111.
59. Kraus WE et al. Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. *New England Journal of Medicine*, 2002, 347:1483-1492.
60. Saris WH et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity Review*, 2003, 4:101-114.

61. *At least five a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health.* London, Department of Health, 2004.
62. Biddle S, Sallis JF, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – evidence and implications.* London, Health Education Authority, 1999:1-149.
63. Strong WB et al. Evidence-based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 2005, 146:732-737.
64. Andersen LB et al. Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet*, 2006, 368:299-304.
65. Epstein LH, Coleman KJ, Myers MD. Exercise in treating obesity in children and adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1996, 28(4):428-432.
66. Sallis JF, Bauman A, Pratt M. Environmental and Policy Interventions to Promote Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, 15(4):379-397.
67. Egger G, Swinburn B. An “Ecological” Approach to the Obesity Pandemic. *British Medical Journal*, 1996, 315(7106):477-480.
68. Raine K. *Overweight and Obesity in Canada: A Population Health Perspective.* Canadian Institute for Health Information, 2004.
69. Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting Health Intervention Strategies from Social and Behavioural Research.* Washington, DC, National Academy Press, 2000.
70. Economos CD et al. What Lessons Have Been Learned From Other Attempts to Guide Social Change? *Nutrition Reviews* 2001, 59(Suppl. 3):40-56.
71. Kumanyika S et al. Obesity Prevention: The Case for Action. *International Journal of Obesity*, 2002, 26(3):425-436.
72. Lamprecht M, Stamm HP. Bewegung, Sport, Gesundheit, Fakten und Trends aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992, 1997, 2002. *StatSanté, Resultate zu den Gesundheitsstatistiken in der Schweiz*, 2006, 1.
73. Helakorpi S et al. *Suomalaisen aikuisväestön terveystäytymisen ja terveys, kevät 2003 [Comportement de santé et santé des adultes finlandais, printemps 2003].* Helsinki, National Public Health Institute, 2003.
74. Rutten A, Abut-Omar K. Prevalence of physical activity in the European Union. *Soz Praeventivmed*, 2004, 49(4):281-289.
75. *Charte d’Ottawa sur la promotion de la santé.* Organisation mondiale de la santé, Ottawa, 1986 (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>).
76. Kahn EB et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2000, 22(4 suppl.):73-107.
77. Foster C, Hillsdon M. Changing the environment to promote health-enhancing physical activity. *Journal of Sports Sciences*, 2004, 22(8):755-769.
78. Matson-Koffman D et al. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, 2005, 19(3):167-193.
79. Cavill N, Foster C. How to promote health-enhancing physical activity: community interventions. In: Oja P, Borms J, eds. *Health Enhancing Physical Activity Perspectives – The Multidisciplinary Series of Physical Education and Sport Science Volume 6.* Aachen, Meyer & Meyer Sport, 2004.
80. *The Community Guide – Physical Activity.* Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2006 (<http://www.thecommunityguide.org/>).
81. Ogilvie D et al. Promoting walking and cycling as an alternative to using cars: systematic review: *British Medical Journal*, 2004, 329(7469):763.

82. Andersen T. Odense Cykelby [Odense, ville cycliste]. In: *Omgivelsernes Betydning for at Fremme Fysisk Aktivitet – Rapportering fra et Nettverksseminar [L'importance de l'environnement dans la promotion de l'activité physique – rapport d'un atelier]*. Copenhague, Sundhedsstyrelsen, 2005.
83. Jacobsen PL. Safety in numbers: more walkers and bicyclists, safer walking and bicycling. *Injury Prevention*, 2003, 9:205-209.
84. Knai C et coll. Efficacité des stratégies de promotion de l'activité physique. In: *Document technique : Le problème de l'obésité en Europe – situation, défis et perspectives*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (en préparation).
85. Spence JC. *Compilation of Evidence of Effective Active Living Interventions: A Case Study Approach*. Edmonton, Canadian Consortium of Health Promotion Research, 2001.
86. Hunter D. *Proceedings of the Provincial – Territorial Physical Activity Strategies Summit*. Burnaby, BC, British Columbia Recreation and Parks Association, 2005.
87. *Promotion de l'activité physique et d'une vie active en milieu urbain. Le rôle des autorités locales : les faits concrets*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006.
88. *Le rôle des autorités locales dans la promotion de l'activité physique et d'une vie active*, Rapport de la Consultation technique du réseau Villes-santé de l'OMS préalable à la Conférence ministérielle européenne sur la lutte contre l'obésité, Bursa (Turquie), octobre 2005.
89. Cavill N et al. *Promotion of physical activity among adults. Evidence into practice briefing*. London, National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006.
90. Dexter P. Joint exercises in elderly persons with symptomatic osteoarthritis of the hip or knee. Performance patterns, medical support patterns, and the relationship between exercising and medical care. *Arthritis Care and Research*, 1992, 5(1):36-41.
91. Swinburn BA et al. The Green Prescription Study: A Randomized Controlled Trial of Written Exercise Advice Provided by General Practitioners. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:288-291.
92. Aittasalo M et al. A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care. *Preventive Medicine*, 2006, 42:40-46.
93. Thunderhead's Active Prescription program [site Web], Prescott, AZ, Thunderhead Alliance, 2006 (www.thunderheadalliance.org/activeprescription.htm).
94. [Anonyme]. Exercise on prescription, BBC, 5 April 2001 (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1261950.stm>).
95. Leijon M, Jacobsen M. *Fysisk aktivitet på recept – fungerar det? En utvärdering av Östgötamodellen. [La prescription d'activité – cela marche-t-il ?] Report 2006:2*. Linköping, Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2006.
96. Willemann, M. *Motion på recept – en litteraturgennemgang med focus på effekter og organisering [La prescription d'exercice – effets et organisation]*. Copenhague, Sundhedsstyrelsen, 2004 (http://www.sst.dk/publ/div/Metodekataloget/Motion_recept.pdf).
97. Eden KB et al. Clinician Counselling to Promote Physical Activity. *Systematic Evidence Review*, 2002, 9.
98. Ståhle A, ed. *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling [L'activité physique dans la prévention et le traitement des maladies]*. Stockholm, Statens Folkhälsoinstitut, 2003.
99. *Les transports européens en chiffres. Manuel de statistique*. Bruxelles, Commission européenne, Direction générale de l'énergie et des transports, 2000.
100. *L'énergie et les transports en chiffres, 2002*. Bruxelles, Commission européenne, Direction générale de l'énergie et des transports, 2002.

101. *WalCyng: How to enhance WALKing and CYcliNG instead of short car trips and to make these modes safer*. Bruxelles, Commission européenne, 2000.
102. Racioppi F et coll. *Une vie physiquement active par les déplacements quotidiens, en particulier chez les enfants et les personnes âgées – Exemples et programmes européens*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2002.
103. Racioppi F et coll. *La prévention des accidents de la circulation du point de vue de la santé publique en Europe*. Copenhague, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe, 2004.
104. Conférence européenne des ministres des Transports. *Politiques nationales de promotion du cyclisme. Mise en œuvre de politiques durables de transport urbain : la voie à suivre*. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2004.
105. Réseau européen de promotion de l’activité physique au service de la santé [site Web]. Rome, Centre européen pour l’environnement et la santé, 2006 (www.euro.who.int/hepa).
106. *Mission du Réseau pour la nutrition et l’activité physique*. Luxembourg, Commission européenne, 2003 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20030630_rd02_en.pdf).
107. *Panorama des transports. Aperçu statistique des transports dans l’Union européenne. Deuxième partie. 1970-2001*. Bruxelles, Commission européenne, 2003.
108. Powell KE. Land use, the built environment, and physical activity: a public health mixture; a public health solution. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 28(2 suppl 2):216-217.
109. Northridge ME, Sclar ED, Biswas P. Sorting out the connections between the built environment and health: a conceptual framework for navigating pathways and planning healthy cities. *Journal of Urban Health*, 2003, 80(4):556-568.
110. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical correlates of walking. *American Journal of Public Health*, 2003, 93(9):1583-1589.
111. Saelens BE, Sallis JF, Frank LD. Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Annals of Behavioural Medicine*, 2003, 25(2):80-91.
112. Handy SL et al. How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 23(2 suppl):64-73.
113. Humpel N et al. Changes in neighbourhood walking are related to changes in perceptions of environmental attributes. *Annals of Behavioural Medicine*, 2004, 27(1):60-67.
114. Hardman K, Marshall J. World-wide Survey on the State and Status of Physical Education in Schools. In: *World Summit on Physical Education*. Berlin, International Council of Sport Science and Physical Education, 1999.
115. Hardman K, Marshall J. Update on the state and status of physical education world-wide. *Second World Summit on Physical Education, Magglingen, Switzerland, 2-3 December 2005*.
116. *National Travel Survey (2002 update), revised 2004*. London, Department for Transport, 2004.
117. DiGiuseppi C et al. Determinants of car travel on daily journeys to school: cross sectional survey of primary school children. *British Medical Journal*, 1998, 316:1426-1428.
118. McKay H. *ActionSchools! BC. Phase I (Pilot) Evaluation Report and Recommendations*. Vancouver, University of British Columbia, 2004.
119. Dwyer T et al. An investigation on the effects of daily physical activity on the health of primary school students in South Australia. *International Journal of Epidemiology*, 1983, 12(3):308-313.
120. California Department of Education Study. *Newsletter of the US National Association for Sport and Physical Education*, 10 December 2002.
121. Caterino MC, Polak ED. Effects of two types of activity on the performance of second-, third-, and fourth-grade students on a test of concentration. *Perceptual and Motor Skills*, 1999, 89:245-248.

122. Trudeau F et al. Tracking of Physical Activity from Childhood to Adulthood. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2004, 36(11):1937-1943.
123. *How to organize a walking/cycling school bus. 1st ed.* Ottawa, Go For Green, 1999.
124. Proper KI et al. Dose-response relation between physical activity and sick leave. *British Journal of Sports Medicine*, 2006, 40:173-178.
125. Proper KI et al. The effectiveness of work-site physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. *Clinical Journal of Sports Medicine*, 2003, 13:106-117.
126. Engbers LH et al. Worksite health promotion programs with environmental changes. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:61-70.
127. Lamprecht M, Murer K, Stamm HP. Jugendsport zwischen Mythos und Wirklichkeit. *Neue Zürcher Zeitung*, 4 January 2002:47.
128. Lamprecht M, Stamm HP. *Bewegung, Sport und Gesundheit in der Schweiz. Auswertung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Zürich, L&S Sozialforschung und Beratung AG, 2005.
129. Renseignements : International Nordic Walking Association [site Web], www.inwa.fi et www.nordicwalking.com.
130. *Markedsundersøkelse: "Fysisk aktivitet og bruk av anlegg hos den voksne del av befolkningen i Nordland"* [Enquête : *Activité physique et utilisation d'installations par les adultes du Nordland*]. Nordland fylkeskommune/Polarfakta. 1999.
131. Herzog TR, Chen HC, Primeau JS. Perception of the Restorative Potential of Natural and other Settings. *Journal of Environmental Psychology*, 2002, 22:295-306.
132. Hansen KB, Nielsen TS. *Natur og grønne områder forebygger stress [La nature et les espaces verts contre le stress]*. Frederiksberg, KVL, Skov og Landskab, 2005.
133. *Ten Steps to Smart Objectives*. Leeds, National Primary and Care Trust Development Programme, 2004 (www.natpact.nhs.uk/uploads/Ten%20Steps%20to%20SMART%20objectives.pdf).
134. *Élaboration d'indicateurs de suivi des progrès aux fins de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1981.
135. *Cadre de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/DPASindicators/en/>).
136. Bull F et al. Physical Inactivity. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative Quantification of Health Risks*. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2004.
137. Craig C et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2003, 35:1381-1395.
138. Armstrong T, Bull F. Development of the World Health Organization Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). *Journal of Public Health*, 2006, 14(2):66-70.
139. Prättälä R et al. *CINDI health monitor, Proposal for practical guidelines*. National Public Health Institute/ Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Helsinki, 2001.

Annexe 1

Réseaux, programmes et stratégies de l'OMS et européens

Stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2004 (www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf).

Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte), Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (www.euro.who.int/Document/RC56/edoc08.pdf).

Stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005 (www.euro.who.int/document/E87710.pdf).

Programme d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (www.euro.who.int/CINDI).

Programme Villes-santé et gouvernance urbaine [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (www.euro.who.int/healthy-cities).

Journée de la santé par le mouvement [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (www.who.int/moveforhealth/about/en).

Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement [site Web]. Genève, Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, 2006 (www.thepep.org/en/welcome.htm).

HEPA Europe – Réseau européen de promotion de l'activité physique au service de la santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (www.euro.who.int/hepa).

Mission du Réseau pour la nutrition et l'activité physique. Luxembourg, Commission européenne, 2003 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/ev_20030630_rd02_en.pdf).

Plate-forme européenne sur l'alimentation, l'activité physique et la santé [site Web]. Bruxelles, Commission européenne, 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm).

Programme 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).

Réseau européen des Écoles-santé [site Web]. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 (www.euro.who.int/enhps).

Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study [site Web]. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002 (www.hbsc.org).