



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DE L'Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE
SOIXANTE-CINQUIÈME SESSION

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015



© Health Promotion and Disease Prevention Directorate, Malta

Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025



Document de travail



**Organisation
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-cinquième session

Vilnius (Lituanie), 14-17 septembre 2015

Point 5 d) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC65/9
+ EUR/RC65/Conf.Doc./4

30 juillet 2015

150474

ORIGINAL : ANGLAIS

Stratégie sur l'activité physique pour la Région européenne de l'OMS 2016-2025

La présente stratégie sur l'activité physique fut élaborée à la lumière des cibles volontaires à l'échelle mondiale actuellement reprises dans le *Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020*, approuvé en mai 2013 par la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé.

Cette stratégie traite principalement de l'activité physique comme facteur déterminant de la santé et du bien-être dans la Région européenne, notamment en ce qui concerne la charge des maladies non transmissibles associées à des niveaux d'activité insuffisants et à un comportement sédentaire. Elle doit porter sur toutes les formes d'activité physique aux différentes étapes de la vie.

Sommaire

	page
Cibles volontaires à l'échelle mondiale	5
Introduction.....	5
Vision	9
Mission.....	9
Principes directeurs.....	9
Agir contre la diminution continue des niveaux d'activité physique et réduire les inégalités.....	9
Promouvoir une approche portant sur toute la durée de la vie.....	10
Donner aux personnes et aux communautés les moyens d'agir grâce à des environnements favorables à la santé et à la participation.....	10
Promouvoir l'adoption d'approches intégrées, multisectorielles, durables et axées sur les partenariats	11
Assurer l'adaptabilité des programmes (interventions) d'activité physique à des contextes différents	11
Appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles en vue de promouvoir l'activité physique, et de surveiller la mise en œuvre continue et l'impact.....	11
Champs d'application et domaines prioritaires	12
Calendrier, mise en œuvre et soutien de l'OMS.....	12
Domaines prioritaires, objectifs et outils	13
Domaine prioritaire n° 1 – assurer le leadership et la coordination pour promouvoir l'activité physique.....	13
Objectif 1.1 – assurer un leadership de haut niveau par le secteur de la santé	13
Objectif 1.2 – mettre en place des mécanismes de coordination et promouvoir les alliances	13
Domaine prioritaire n° 2 – soutenir le développement des enfants et des adolescents.....	14
Objectif 2.1 – promouvoir l'activité physique pendant la grossesse et la petite enfance.....	14
Objectif 2.2 – promouvoir l'activité physique dans les établissements préscolaires et scolaires.....	15
Objectif 2.3 – promouvoir l'activité physique de loisirs pour les enfants et les adolescents.....	16
Domaine prioritaire n° 3 – promouvoir l'activité physique chez les adultes dans le cadre de leur vie quotidienne, notamment lors des déplacements, pendant les loisirs, sur les lieux de travail et par l'intermédiaire du système de soins de santé	17
Objectif 3.1 – réduire le trafic automobile et instaurer des environnements davantage adaptés à la pratique de la marche et du vélo.....	17
Objectif 3.2 – créer des occasions et fournir des conseils pour la pratique de l'activité physique sur le lieu de travail.....	18

Domaine prioritaire n° 4 – promouvoir l’activité physique chez les personnes âgées	20
Objectif 4.1 – améliorer la qualité des conseils sur l’activité physique prodigués par les professionnels de santé aux personnes âgées	20
Objectif 4.2 – créer une infrastructure et des environnements appropriés pour la pratique de l’activité physique chez les personnes âgées.....	21
Objectif 4.3 – faire participer les personnes âgées à une activité physique et sociale	21
Domaine prioritaire n° 5 – soutenir l’action moyennant le suivi, la surveillance, la fourniture d’outils, la mise en place de plates-formes et de structures d’appui, l’évaluation et la recherche	21
Objectif 5.1. – renforcer les systèmes de surveillance	22
Objectif 5.2 – renforcer les bases factuelles à des fins de promotion de l’activité physique.....	22
Annexe. Bibliographie.....	27

Présentation conceptuelle et principaux éléments

Vision

Inspirée de Santé 2020, le cadre politique européen de l'OMS pour la santé et le bien-être, notre vision est celle d'une action concertée de la part des gouvernements de la Région européenne, sur le plan intersectoriel, à différents niveaux et entre les pays, ainsi qu'avec les parties prenantes, afin de permettre à tous les citoyens de vivre mieux et plus longtemps en adoptant un mode de vie incorporant la pratique régulière d'une activité physique.

Mission

La stratégie sur l'activité physique vise à inspirer les pouvoirs publics et les parties prenantes afin qu'ils œuvrent à l'accroissement du niveau d'activité physique chez tous les citoyens de la Région européenne de la manière suivante :

- en promouvant l'activité physique et en réduisant les comportements sédentaires ;
- en créant des conditions favorables permettant d'encadrer l'activité physique moyennant des environnements bâtis à la fois stimulants et sûrs, des espaces publics accessibles et des infrastructures ;
- en assurant l'égalité des chances en matière d'activité physique, quels que soient le sexe, l'âge, le revenu, le niveau d'instruction, l'origine ethnique ou le handicap ;
- en supprimant les obstacles à l'activité physique et en facilitant cette dernière.

Principes directeurs

- Agir contre la diminution continue des niveaux d'activité physique et réduire les inégalités.
- Promouvoir une approche portant sur toute la durée de la vie.
- Donner aux personnes et aux communautés les moyens d'agir grâce à des environnements favorables à la santé et la participation.
- Promouvoir l'adoption d'approches intégrées, multisectorielles, durables et axées sur les partenariats.
- Assurer l'adaptabilité des programmes (interventions) d'activité physique à des contextes différents.
- Appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles en vue de promouvoir l'activité physique, et de surveiller la mise en œuvre continue et l'impact.

Domaines prioritaires

- **Domaine prioritaire n° 1** – assurer le leadership et la coordination pour promouvoir l'activité physique.
- **Domaine prioritaire n° 2** – soutenir le développement des enfants et des adolescents.
- **Domaine prioritaire n° 3** – promouvoir l'activité physique chez les adultes dans le cadre de leur vie quotidienne, notamment lors des déplacements, pendant les loisirs, sur les lieux de travail et par l'intermédiaire du système de soins de santé.
- **Domaine prioritaire n° 4** – promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées.
- **Domaine prioritaire n° 5** – soutenir l'action moyennant le suivi, la surveillance, la fourniture d'outils, la mise en place de plates-formes et de structures d'appui, l'évaluation et la recherche.

Cibles volontaires à l'échelle mondiale

1. La présente stratégie sur l'activité physique fut élaborée à la lumière des cibles volontaires à l'échelle mondiale actuellement reprises dans le *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020* [Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020] de l'OMS (1), approuvé en mai 2013 par la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA66.10 (2). La réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante d'ici 2025 constitue l'une des neuf cibles mondiales de ce Plan. En outre, l'augmentation des niveaux d'activité physique joue un rôle important dans la réalisation de trois autres cibles :

- réduction relative de 25 % du risque de mortalité prématurée imputable aux maladies cardiovasculaires, au cancer, au diabète ou aux affections respiratoires chroniques ;
- réduction relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension artérielle ou limitation de la prévalence de l'hypertension artérielle, selon la situation nationale ;
- endiguement de la prévalence du diabète et de l'obésité, qui est en hausse.

Introduction

2. L'activité physique constitue l'une des fonctions les plus élémentaires de la personne humaine. C'est un fondement important de la santé tout au long de l'existence. Parmi les bienfaits avérés qu'elle procure pour la santé, il convient de mentionner la réduction des risques de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète et de certaines formes de cancer. Elle joue également un rôle important dans la prise en charge de certaines maladies chroniques. En outre, elle exerce des effets positifs sur la santé mentale en réduisant les réactions de stress, l'anxiété et la dépression et, peut-être, en retardant les effets de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence (A,B,C,D). L'activité physique constitue aussi un déterminant essentiel de la dépense énergétique et joue donc un rôle fondamental dans l'équilibre énergétique et le contrôle du poids. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, elle est nécessaire au développement musculo-squelettique et à l'acquisition des capacités motrices de base. L'activité physique est également inscrite dans la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant. Chez les adultes, l'activité physique permet de maintenir la force musculaire et d'améliorer la capacité cardiorespiratoire et la santé osseuse. Chez les personnes âgées, elle leur permet de préserver la santé et de conserver leur agilité et leur indépendance fonctionnelle tout en renforçant leur participation à la vie de la société. Elle peut aider à la prévention des chutes et à la réadaptation en cas de maladie chronique, et devient donc une composante essentielle d'une existence saine.

3. L'activité physique existe sous de multiples formes et niveaux d'intensité. Il s'agit notamment des capacités motrices de base, du jeu actif, des activités de loisirs, telles que la marche, la danse, la randonnée pédestre et le vélo, les sports et l'exercice structuré. L'activité physique peut avoir lieu dans tout un ensemble de domaines et de contextes, comme dans les espaces « verts » et « bleus » (paysages aquatiques), à l'école, au travail, lors des déplacements, à la maison ou dans le cadre des activités de la vie quotidienne, comme le jardinage ou les tâches ménagères. Divers types d'activité physique peuvent être plus ou moins indiqués chez certains groupes sociaux, les hommes ou les femmes, et à différents stades de l'existence.

4. L'OMS conseille aux adultes, y compris aux personnes âgées, de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique aérobique à intensité modérée par semaine. Les recommandations existantes mettent en exergue les bienfaits des activités d'intensité modérée pour la santé, les niveaux recommandés pouvant être accumulés sur plusieurs périodes relativement courtes. Les enfants et les jeunes doivent accumuler au moins 60 minutes d'activité d'intensité modérée à rigoureuse tous les jours. La pratique d'un niveau plus élevé d'activité physique est susceptible de conférer d'autres bienfaits pour la santé, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Les personnes actuellement sédentaires devraient tendre à respecter ces recommandations. Toutefois, il est reconnu qu'il vaut mieux effectuer de l'activité physique en petites quantités que pas du tout. Les groupes de population incapables de pratiquer les niveaux recommandés d'activité physique en raison de problèmes de santé existants doivent être aussi actifs physiquement que leurs capacités et leur état le leur permettent, et s'adonner notamment à une activité physique de faible intensité. D'après les résultats d'études menées récemment dans ce domaine, il faut réduire les périodes prolongées de comportement sédentaire (par exemple, la position assise sur le lieu de travail ou en regardant la télévision) dans la mesure où elles peuvent constituer un facteur de risque indépendant des problèmes de santé et ce, quel que soit le niveau des autres activités. L'activité physique joue un rôle important, en particulier chez les personnes âgées, dans l'entraînement musculaire et le maintien de l'équilibre, notamment pour prévenir les chutes.

5. Bien que ses bienfaits soient connus, la tendance mondiale va vers la diminution du volume total d'activité physique quotidienne. Dans le monde, un tiers des adultes ne pratiquent pas les niveaux recommandés. Plus d'un tiers des adultes européens sont, selon les estimations, trop peu actifs (3). Bien que la validité et la comparabilité des données sur les niveaux d'activité physique en Europe continuent de poser des défis, les chiffres récents provenant des États membres de l'Union européenne (UE) indiquent que 6 personnes sur 10 âgées de plus de 15 ans ne pratiquent jamais ou rarement de l'exercice physique ou un sport, et plus de la moitié ne s'adonne jamais ou rarement à toute autre forme d'activité physique, telle que la pratique du vélo, la danse et le jardinage (4). En même temps, un pourcentage élevé d'adultes européens passe plus de quatre heures par jour en position assise, un facteur susceptible de contribuer aux modes de vie sédentaires (3).

6. En conséquence, l'inactivité physique est devenue l'un des principaux facteurs de risque pour les problèmes de santé. Elle est à l'origine de 1 million de décès (environ 10 % de la mortalité totale) et de la perte de 8,3 millions d'années de vie corrigées du facteur invalidité par an dans la Région européenne de l'OMS. Selon les estimations, elle est la cause de 5 % de la charge des cardiopathies coronariennes, de 7 % des diabètes de type 2, de 9 % des cancers du sein et de 10 % des cancers du côlon (5). Au cours de ces dernières décennies, des taux croissants de surpoids et d'obésité ont été signalés dans beaucoup de pays de la Région. Les statistiques sont alarmantes : dans 46 pays (soit 87 % de la Région), plus de 50 % des adultes sont en surpoids ou obèses, et dans plusieurs de ces pays, ce taux frôle les 70 % de la population adulte. Le surpoids et l'obésité ont également une prévalence élevée chez les enfants et les adolescents, en particulier dans les pays d'Europe méridionale. La sédentarité est reconnue comme un facteur contribuant au déséquilibre énergétique à l'origine de la prise de poids. Dans son ensemble, elle a non seulement des conséquences importantes en termes de coûts directs des soins de santé, mais aussi en termes de coûts indirects, en raison de l'augmentation des jours de congés de maladie, de l'invalidité et des décès prématurés. Le coût global pour une population de

10 millions d'habitants, dont la moitié est insuffisamment active, est estimé à 910 millions d'euros par an (6).

7. Les besoins et les défis en matière de promotion de l'activité physique varient d'un groupe de population à l'autre, et les responsables politiques doivent en tenir compte. La sédentarité croissante des enfants et des adolescents est alarmante. Seulement 34 % des européens âgés de 13 à 15 ans sont suffisamment actifs pour satisfaire aux recommandations actuelles (E), une situation qui contribue à la hausse des taux de surpoids et d'obésité chez les enfants d'Europe, en particulier dans les milieux socioéconomiquement défavorisés. Les données de l'Initiative pour la surveillance de l'obésité infantile en Europe de l'OMS (COSI, pour *Childhood Obesity Surveillance Initiative*) révèlent que, dans certains pays, près de 50 % des garçons de huit ans sont en surcharge pondérale, et plus de 25 % sont obèses (7). Dans la plupart des pays européens, les niveaux d'activité physique commencent à baisser sensiblement chez les jeunes âgés de 11 à 15 ans, en particulier chez les jeunes filles de ce groupe d'âge (dans tous les pays de la Région européenne de l'OMS ayant participé à l'enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC, pour *Health Behaviour in School-aged Children*), plus de 86 % des adolescentes de 15 ans sont considérées comme physiquement inactives). Des études indiquent que les adultes et les personnes âgées socialement défavorisés, ainsi que certains groupes ethniques minoritaires, pratiquent moins d'activité physique, et sont plus difficiles à atteindre que d'autres dans le cadre de la promotion de l'activité physique. Les personnes handicapées constituent un autre groupe particulièrement vulnérable qui présente un risque élevé de problèmes de santé liés à la sédentarité. En outre, les niveaux d'activité physique diffèrent sensiblement entre les États membres de la Région européenne, en particulier entre le nord et le sud, et entre l'est et l'ouest.

8. Il devient de plus en plus difficile de maintenir des niveaux suffisants d'activité physique, dans la mesure où les environnements quotidiens ont, dans la plupart des cas, considérablement évolué au cours de ces dernières années. L'inactivité physique est essentiellement imputable à des facteurs systémiques et environnementaux, qui ont rendu la vie quotidienne et les environnements de travail toujours plus sédentaires. L'accroissement de la distance entre le domicile, les commerces et les lieux de travail et de loisirs a favorisé l'utilisation de la voiture et entraîné une baisse de la pratique de la marche et du vélo. En même temps, dans de nombreux contextes, la sécurité routière demeure un sujet de préoccupation, de sorte que l'utilisation de modes de transport actifs est dangereuse, ou perçue comme telle. Les enfants et les adolescents passent plus de temps à l'école ou en structure d'accueil qu'auparavant, et les exigences académiques vont croissant, ce qui peut limiter le temps consacré à l'éducation physique et au jeu actif. Les autres facteurs qui, selon toute vraisemblance, exercent une influence sur les niveaux d'activité physique sont la qualité des environnements de quartier, les modes de loisirs de plus en plus sédentaires (comme les activités sur écran) et les équipements et moyens techniques tels que les ascenseurs (6).

9. En juillet 2013, les ministres des États membres de la Région européenne ont adopté la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020 (7) qui, pour la première fois, préconise l'élaboration d'une stratégie spécifique sur l'activité physique pour la Région européenne. Ce mandat précis a été davantage conforté lors de la soixante-troisième session du Comité régional de l'OMS

pour l'Europe organisée à Çeşme (Izmir, Turquie), où les États membres ont approuvé la Déclaration de Vienne dans la résolution EUR/RC63/R4 (8).

10. Cette stratégie s'inspire des engagements de Santé 2020, le cadre politique européen de l'OMS pour la santé et le bien-être, et s'aligne sur les stratégies et les cadres existants de l'OMS, tels que le *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020* [Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020] de l'OMS, le Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016 (9), la *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* (10), ainsi que les *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé* (11). Elle est liée aux documents phares dans des domaines connexes de la promotion de la santé et de la collaboration intersectorielle, tels que la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé (12), la Déclaration de Paris définissant la vision du Programme paneuropéen pour les transports, la santé et l'environnement (PPE TSE) (13) et le Plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020 (14). Elle s'appuie sur les activités actuellement menées par l'OMS dans le domaine de l'activité physique, comme l'illustrent notamment les documents d'orientation tels que *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health* [Démarches vers la santé : cadre européen en vue de promouvoir l'activité physique pour la santé] (6) et *A healthy city is an active city: a physical activity planning guide* [Une Ville-santé est une ville active : un guide pour la planification des activités physiques] (15), et les nouveaux travaux de la Commission de l'OMS pour mettre fin à l'obésité de l'enfant. Elle reconnaît aussi (tout en cherchant la synergie avec ceux-ci) les documents publiés récemment par d'autres organisations internationales dans le domaine de l'activité physique, notamment la recommandation du Conseil de l'UE sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé (16), les conclusions du Conseil de l'UE sur la nutrition et l'activité physique (17), le Plan d'action de l'UE sur l'obésité infantile, 2014-2020 (18), ainsi que la Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action (19), lancée en 2010 par Global Advocacy for Physical Activity.

11. La réduction du niveau de sédentarité en Europe procurera d'importants bienfaits pour la santé de la population, ainsi que des avantages dans d'autres domaines. On estime en effet que l'espérance moyenne de vie pourra être prolongée de 0,63 an dans la Région européenne si la sédentarité est éradiquée (5). Des améliorations pourraient être apportées à l'environnement, à la qualité de la vie des individus, à la participation sociale au niveau communautaire et à la résilience. La pratique accrue de la marche et du vélo pourrait contribuer à réduire les émissions de gaz à effet de serre, la pollution de l'air, le bruit et les embouteillages. En outre, l'accroissement de l'activité physique pourrait renforcer le développement économique dans plusieurs secteurs, notamment dans le domaine manufacturier, des transports, des services de santé, du sport et du tourisme. Afin d'illustrer l'impact potentiel de telles mesures, on citera une comparaison réalisée entre 56 grandes villes d'Europe et d'Amérique du Nord, qui révèle que plus de 76 000 nouveaux emplois pourraient être créés rien que dans ces villes en amenant le niveau d'utilisation de la bicyclette à celui de Copenhague (Danemark)(21). Il est reconnu que les États membres devront adapter leurs propres interventions à leur contexte national spécifique.

Vision

12. Inspirée de Santé 2020, la vision du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe est celle d'une action concertée de la part des gouvernements de la Région européenne, sur le plan intersectoriel, à différents niveaux et entre les pays, ainsi qu'avec les parties prenantes, afin de permettre à tous les citoyens de vivre mieux et plus longtemps en adoptant un mode de vie incorporant la pratique régulière d'une activité physique.

Mission

13. La stratégie sur l'activité physique vise à inspirer les pouvoirs publics et les parties prenantes afin qu'ils œuvrent à l'accroissement des niveaux d'activité physique chez tous les citoyens de la Région européenne de la manière suivante :

- en promouvant l'activité physique ;
- en réduisant les comportements sédentaires ;
- en créant des conditions favorables permettant d'encadrer l'activité physique moyennant des environnements bâtis à la fois stimulants et sûrs, des espaces publics accessibles et des infrastructures ;
- en assurant l'égalité des chances en matière d'activité physique, quels que soient le sexe, l'âge, le revenu, le niveau d'instruction, l'origine ethnique ou le handicap ;
- en supprimant les obstacles à l'activité physique et en facilitant cette dernière.

Principes directeurs

Agir contre la diminution continue des niveaux d'activité physique et réduire les inégalités

14. L'activité physique est une condition préalable à la santé à la fois physique et mentale. L'accès à des espaces publics sûrs et attrayants pour la pratique d'activités ainsi que la possibilité de s'adonner à des loisirs de qualité sont une condition essentielle pour la santé et le développement personnel de tous. Parmi les nombreux obstacles entravant la pratique de l'activité physique, il convient de mentionner les environnements (collectivité, école, travail, transports) qui ne sont pas favorables à la pratique fortuite d'une activité physique au quotidien, les frais d'utilisation élevés, l'ignorance des possibilités offertes à cet égard, les transports, les contraintes de temps, les préférences personnelles, les barrières culturelles et linguistiques, l'estime de soi, les problèmes d'accès aux installations locales de loisirs et le manque de lieux sûrs pour jouer. Des stratégies doivent être élaborées afin de lever les obstacles qui entrent le plus souvent en ligne de compte pour chaque âge, chaque sexe et chaque groupe socioéconomique. Pour atteindre les meilleurs résultats, il importe d'aplanir les inégalités en matière d'activité physique et de parvenir à l'accès universel aux environnements, installations et services soutenant la pratique de l'activité physique sur l'ensemble des gradients sociaux. De telles actions permettront également de soutenir le développement optimal du capital humain et de l'économie de tous les États membres à un moment où les ressources sont limitées. Les politiques visant à améliorer la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité de l'activité physique pour les groupes les plus vulnérables peuvent contribuer à réduire les

risques de maladie auxquels ceux-ci sont exposés et, conjointement avec les politiques menées dans d'autres domaines, aider à combler les fossés entre les États membres et au sein de ceux-ci.

Promouvoir une approche portant sur toute la durée de la vie

15. La santé au stade ultérieur de la vie est influencée par l'expérience accumulée et le mode de vie mené au cours des différentes étapes de l'existence. Il importe par conséquent d'adopter une approche portant sur toute la durée de la vie pour promouvoir efficacement l'activité physique et alléger la charge des maladies non transmissibles en Europe. Cela signifie non seulement veiller à ce que tous les enfants bénéficient d'un bon départ dans la vie, mais aussi prévenir les comportements peu sains souvent adoptés dans l'enfance ou à l'adolescence. Il s'agit en premier lieu de veiller à la pratique d'une activité physique avant et pendant la grossesse, puis de s'assurer que les nourrissons et leurs parents pratiquent des niveaux appropriés d'activité physique. Les mesures visant à encourager la pratique de l'activité physique (qu'elle soit structurée ou moins organisée, comme les jeux libres en plein air) chez les enfants et les adolescents dans les garderies, les jardins d'enfants, les écoles et la communauté sont renforcées et soutenues par une promotion de l'activité physique en tant qu'élément de la vie quotidienne chez les adultes et les personnes âgées à la maison, au sein de la communauté et sur le lieu de travail. Il s'agit également de promouvoir des niveaux suffisants d'activité physique dans les établissements de soins de santé comme les centres de soins de santé primaires, les hôpitaux et les maisons de repos ou de retraite.

Donner aux personnes et aux communautés les moyens d'agir grâce à des environnements favorables à la santé et à la participation

16. L'instauration d'environnements sûrs, stimulant les modes de transports actifs et l'activité physique dans la vie quotidienne, peut être l'un des moyens les plus efficaces d'atteindre l'ensemble de la population et de modifier les normes sociales et les comportements à plus long terme. Cependant, dans la Région, les environnements locaux sont devenus de moins en moins propices à l'activité physique. En prenant des décisions qui ont un impact sur l'urbanisme, l'aménagement du territoire et les transports, les sociétés ont laissé de plus en plus de place à la voiture au fil du temps, et la distance géographique s'accroît entre les lieux de vie, de travail, de commerce et de loisirs. Par conséquent, l'importance des modes de transports physiquement actifs, comme le vélo et la marche à pied, a considérablement diminué dans certains pays, ainsi d'ailleurs que les possibilités de loisirs actifs. L'action stratégique en vue d'améliorer les environnements locaux, notamment en imposant des limites sur le volume et la vitesse du trafic routier, et en investissant dans des espaces « verts » et « bleus » et d'autres infrastructures, peut aider à assurer la sécurité des rues pour la pratique du vélo et de la marche chez les personnes de tous âges, et à encourager les loisirs actifs dans les espaces publics. Une collaboration multisectorielle est donc nécessaire à de multiples niveaux, et les autorités locales doivent être impliquées. Le concept d'environnements propices à la pratique d'une activité physique quotidienne est un principe transversal. À ce titre, il se reflète tout au long de cette stratégie, assorti de nombreux exemples de propositions de modification de l'environnement. D'autres actions ciblant des cadres et contextes spécifiques ou visant à modifier le comportement des individus au cours des différentes étapes de leur vie seront soutenues et renforcées à un niveau fondamental en améliorant l'environnement local.

17. Les populations et les communautés doivent être à même de gérer les déterminants de leur santé en participant activement à l'élaboration des politiques et des interventions qui les concernent et ce, afin d'éliminer les obstacles et de susciter inspiration et motivation.

Promouvoir l'adoption d'approches intégrées, multisectorielles, durables et axées sur les partenariats

18. Pour réduire la prévalence de la sédentarité, une approche globale, intégrée et intersectorielle doit être adoptée. Un éventail de politiques et d'interventions complémentaires doit être mis en place aux niveaux individuel, communautaire, culturel, politique et environnemental. En suivant les recommandations sur la gouvernance proposées par Santé 2020, les chefs de gouvernement et les décideurs doivent établir des mécanismes de gouvernance qui favorisent la collaboration intersectorielle entre les ministères, les institutions nationales et locales, les experts, la société civile et, lorsque cela est indiqué, le secteur privé, tout en sauvegardant l'intégrité du processus d'élaboration de politiques efficaces. Il est conseillé de reconnaître, tout en en profitant pleinement, les plates-formes, initiatives et mécanismes existants qui offrent des synergies, notamment ceux qui font participer d'autres secteurs susceptibles de jouer un rôle important dans la promotion des conditions (environnements et infrastructures) propices à l'adoption de comportements physiquement actifs. Il s'agit notamment des politiques visant à promouvoir le sport et encourageant la mobilité active, et des stratégies de lutte contre les maladies non transmissibles.

Assurer l'adaptabilité des programmes (interventions) d'activité physique à des contextes différents

19. La présente stratégie sert de cadre d'orientation aux États membres. Elle soutiendra et encouragera une mise en œuvre plus généralisée d'un ensemble de politiques efficaces au niveau national, comprenant des approches cohérentes et multisectorielles. Les politiques décrites dans la présente stratégie sont pertinentes pour tous les pays de la Région, mais elles conservent une certaine souplesse dans la conception et sont adaptables, afin de prendre en compte les contextes nationaux, la législation en vigueur et les importantes dimensions culturelles de l'activité physique. Durant la mise en œuvre, l'OMS continuera à soutenir et à stimuler les États membres et à jouer un rôle de chef de file en leur prodiguant des conseils stratégiques sur l'activité physique dans le contexte de Santé 2020, contribuant ainsi à l'objectif global : assurer une vie durable et saine pour tous.

Appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles en vue de promouvoir l'activité physique, et de surveiller la mise en œuvre continue et l'impact

20. Les stratégies visant la promotion de l'activité physique et la diminution des modes de vie sédentaires doivent reposer sur les meilleures données scientifiques et les exemples de bonnes pratiques tirés des interventions menées. Ces bases factuelles portent notamment sur les effets sanitaires de l'activité physique, ainsi que sur l'efficacité des différents types de mesures prises pour promouvoir l'activité physique et celle des divers

instruments politiques ciblant cet objectif. L'accent doit être principalement mis sur la prise de mesures s'inspirant de bases factuelles, tout en prévoyant des interventions supplémentaires axées sur la mise en place et la diffusion de bonnes pratiques, et visant une application institutionnalisée et intensifiée d'actions et politiques efficaces. Une attention particulière doit être accordée aux efforts de traduction des connaissances en interventions, dont le suivi et l'évaluation. Au niveau de l'UE, les dispositions relatives au suivi de la mise en œuvre de la Recommandation du Conseil de l'UE sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé, réalisée au moyen de 23 indicateurs, constituent un outil précieux.

Champs d'application et domaines prioritaires

21. Cette stratégie traite principalement de l'activité physique comme facteur déterminant de la santé et du bien-être dans la Région européenne, notamment en ce qui concerne la charge des maladies non transmissibles associées à des niveaux d'activité insuffisants et à un comportement sédentaire. Elle doit porter sur toutes les formes d'activité physique aux différentes étapes de la vie. Ses domaines prioritaires spécifiques sont les suivants :

- assurer le leadership et la coordination pour promouvoir l'activité physique ;
- promouvoir l'activité physique chez tous les enfants et adolescents pour soutenir un développement en bonne santé, avec des démarches adaptées aux différents besoins et préférences ;
- promouvoir l'activité physique chez les adultes de toutes les catégories sociales dans le cadre de leur vie quotidienne, notamment lors des déplacements, sur le lieu de travail, pendant les loisirs et par l'intermédiaire du système de soins de santé ;
- maintenir la capacité fonctionnelle, la force musculaire et l'équilibre des personnes âgées ;
- soutenir les interventions par le suivi, la surveillance, l'évaluation et la recherche.

Calendrier, mise en œuvre et soutien de l'OMS

22. Cette stratégie orientera les mesures de promotion de l'activité physique dans la Région européenne pendant la période 2016-2025, avec le soutien du Bureau régional dans le cadre d'efforts déployés à l'échelle européenne et sur une base biennale, et de stratégies de coopération avec les pays. Le Bureau régional aidera aussi les États membres grâce à la mise au point d'outils spécifiques et à la formulation de conseils techniques sur l'élaboration des politiques, en appuyant le suivi et la surveillance aux niveaux national et régional, et en encadrant les efforts de recherche sur le terrain (notamment à l'aide de l'outil de vérification des politiques relatives à l'activité physique favorable à la santé)¹. En outre, il procédera régulièrement au suivi des progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, et présentera une version révisée et une évaluation à mi-parcours de cette stratégie en 2020 sur la base des derniers éléments de preuve disponibles à ce sujet et des conclusions de l'exercice de suivi.

¹ Health-enhancing physical activity tool. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2011/health-enhancing-physical-activity-hepa-policy-audit-tool>, accessed 12 June 2015).

Domaines prioritaires, objectifs et outils

23. Les États membres devront, en fonction du contexte national, envisager d'élaborer leur stratégie et leur plan d'action, ou de développer ceux existant, en vue de promouvoir l'activité physique de manière à atteindre les objectifs énoncés ci-après. Parmi les options politiques à prendre en considération par les pouvoirs publics, il convient de mentionner la réglementation de l'urbanisme ainsi que celle relative aux environnements scolaires, professionnels, de transports et de loisirs ; la prise de mesures fiscales pour encourager l'activité physique ou décourager les comportements sédentaires ; le financement des interventions visant à promouvoir l'activité physique dans différents secteurs et à l'adresse de divers groupes cibles ; la coordination de l'élaboration de politiques entre les secteurs et niveaux des pouvoirs publics ainsi qu'entre ces derniers, la société civile et le secteur privé ; et l'apport d'informations aux personnes et aux organisations sur les niveaux recommandés d'activité physique et les moyens appropriés de promouvoir une telle activité. On veillera également à incorporer ou à adapter au besoin, et en fonction du contexte national, les actions stratégiques prioritaires et les outils proposés.

Domaine prioritaire n° 1 – assurer le leadership et la coordination pour promouvoir l'activité physique

24. Les pouvoirs publics, et leurs différents niveaux de gestion, jouent un rôle primordial dans la réalisation de changements durables dans le domaine de la santé publique et du bien-être. Alors qu'un leadership résolu du secteur de la santé revêt, à cet égard, une très grande importance au niveau national, la promotion de l'activité physique pour la santé est complexe : d'une part, la responsabilité est partagée avec d'autres secteurs, tels que l'éducation, le sport et la culture ; d'autre part, elle est influencée par des décisions prises dans différents secteurs, tels que les transports, l'urbanisme et les finances. Par conséquent, les États membres doivent envisager la mise en place d'un large éventail d'instruments politiques afin de promouvoir l'activité physique pour la santé et le bien-être. Il s'agit notamment d'adopter des approches de réglementation et d'information bien établies pour contribuer non seulement à l'instauration d'un environnement favorable, mais aussi pour octroyer des incitations financières et proposer les moyens de réorganiser la gouvernance entre les différents secteurs et niveaux.

Objectif 1.1 – assurer un leadership de haut niveau par le secteur de la santé

25. Afin de promouvoir l'activité physique pour la santé, les États membres doivent assurer un leadership de haut rang, au niveau du chef du gouvernement lorsque cela est possible, tout en accordant au secteur de la santé, en particulier aux ministères nationaux de la Santé, un rôle fondamental à cet égard. La promotion de l'activité physique à toutes les étapes de la vie doit être intégrée dans le cadre plus large des politiques nationales de santé et des actions intersectorielles définies par les pouvoirs publics, ces dernières devant disposer de ressources adéquates

Objectif 1.2 – mettre en place des mécanismes de coordination et promouvoir les alliances

26. Les États membres doivent établir des mécanismes de coordination entre les secteurs (tels que la santé, les sports, l'éducation, les transports, l'urbanisme, l'environnement et les affaires sociales) et les niveaux des pouvoirs publics (par exemple,

régional, national et local) en vue de recenser des objectifs et des avantages communs. Pour assurer leur efficacité et leur responsabilisation, ces mécanismes devront être adaptés aux systèmes nationaux de gouvernement, assumer des rôles et des responsabilités clairement définis, disposer des ressources appropriées et faire l'objet d'une évaluation régulière. Les activités en cours au niveau de l'UE, dans le contexte de la mise en œuvre de la recommandation du Conseil sur l'activité physique bienfaisante pour la santé, pourraient servir de point de départ. Les États membres doivent aussi soutenir et, si cela est nécessaire, développer la coopération internationale, par exemple dans le cadre des réseaux existants tels que le Réseau européen pour la promotion de l'activité physique favorable à la santé et le Réseau européen des Villes-santé de l'OMS, ou avec des organisations internationales telles que l'OMS et l'UE.

27. Les États membres doivent promouvoir la formation d'alliances entre les pouvoirs publics, les médias, les organisations de la société civile et d'autres parties prenantes, notamment, mais pas exclusivement, les organisations sportives et de santé publique, afin de promouvoir l'activité physique pour la santé à toutes les étapes de la vie. Au besoin, et lorsque cela est indiqué, ils peuvent choisir de promouvoir la constitution de partenariats public-privé, comme la collaboration avec les sociétés d'assurance maladie, afin d'en étendre la portée et de garantir un financement approprié. On veillera également à éviter les conflits d'intérêts réels ou apparents.

Domaine prioritaire n° 2 – soutenir le développement des enfants et des adolescents

28. La pratique de niveaux adéquats d'activité physique est une condition préalable et fondamentale à l'acquisition des capacités cognitives, motrices, et sociales de base chez l'enfant, ainsi qu'à sa santé musculo-squelettique. Cependant, les enfants et les adolescents sont devenus de moins en moins actifs durant la journée en raison de la diminution des environnements et des occasions propices aux loisirs, aux transports et aux jeux actifs en toute sécurité. Ils consacrent désormais davantage de temps à des loisirs sédentaires, comme les activités sur écran. En outre, les enfants et les adolescents passent plus de temps à l'école ou en structure d'accueil qu'auparavant, et les exigences académiques vont croissant, ce qui peut limiter le temps consacré à l'éducation physique et au jeu actif et ce, même s'il est prouvé que davantage d'activité physique peut s'accompagner de meilleurs résultats scolaires. De nombreuses villes européennes font état d'une diminution de la pratique du vélo et de la marche à pied dans les déplacements à destination et en provenance de l'école. Les États membres doivent adopter des approches intersectorielles impliquant les secteurs de la santé, des sports et de l'éducation afin de promouvoir l'activité physique dans les contextes scolaires et extrascolaires. On veillera particulièrement à limiter la baisse plus marquée de l'activité physique chez les adolescentes.

Objectif 2.1 – promouvoir l'activité physique pendant la grossesse et la petite enfance

29. Les États membres doivent envisager de développer les politiques familiales afin que les futurs parents et les jeunes familles soient conscients de l'importance de l'activité physique chez les femmes enceintes et les jeunes enfants. Des professionnels de santé bien formés doivent fournir des informations et des conseils aux futurs parents sur les bienfaits de l'activité physique et du maintien d'un poids de forme avant et pendant la

grossesse, y compris pendant les séances de préparation à l'accouchement. Des approches axées sur l'évaluation des risques et le dépistage peuvent être adoptées afin de repérer les femmes enceintes nécessitant davantage de soutien en matière de changement de comportement. Les États membres peuvent prendre en considération les besoins des professionnels de santé dans ce domaine (programmes de formation initiale et continue, documents d'information ou d'orientation, etc.).

30. Les États membres peuvent envisager l'importance de fournir des services et des programmes permettant aux femmes enceintes et aux parents de nourrissons et de jeunes enfants d'être actifs, et de garantir l'accès à ces services et programmes. En outre, le personnel des garderies et structures d'accueil doit envisager les moyens d'assurer la prise en charge du jeu actif et du mouvement chez les jeunes enfants.

Objectif 2.2 – promouvoir l'activité physique dans les établissements préscolaires et scolaires

31. Les écoles doivent prévoir un nombre approprié de cours réguliers d'éducation physique, conformément aux données scientifiques disponibles et sur la base des bonnes pratiques des États membres. Ces cours doivent intégrer une variété d'activités et d'aptitudes, allant des connaissances relatives à l'activité physique à la mobilité et au mouvement, en passant par le travail d'équipe et les aspects compétitifs du sport, afin que tous les enfants et les adolescents puissent profiter de l'activité physique et de ses bienfaits pour la santé, quels que soient leurs préférences ou niveaux d'entraînement physique. Une telle approche permettra également aux enfants et aux adolescents d'acquérir les aptitudes et d'adopter les comportements positifs qui les aideront à mener une vie physiquement active, tout en contribuant à la maîtrise des capacités motrices de base. Pour parvenir à ce résultat, les États membres doivent adopter une approche intersectorielle impliquant les secteurs de l'éducation, des sports et de la santé dans la conception des programmes d'éducation physique.

32. Les États membres peuvent envisager la prise de diverses mesures afin d'assurer, au niveau national, l'organisation de cours d'éducation physique de qualité et de programmes de promotion de l'activité physique dans les établissements préscolaires et scolaires, en tenant compte des responsabilités sectorielles, politiques et administratives. Il s'agit notamment de mettre en place des mécanismes de suivi appropriés et d'examiner les moyens innovateurs susceptibles de garantir un financement durable grâce à des investissements exempts de tout conflit d'intérêts. En outre, les connaissances et les compétences en matière d'activité physique et de santé doivent être inscrites de manière obligatoire dans les programmes de formation initiale et continue à l'intention de tous les futurs enseignants, entraîneurs sportifs et professionnels de la petite enfance, et non seulement à l'intention des professeurs d'éducation physique. On veillera également à assurer la disponibilité des terrains de jeux ainsi que celle de ressources et de matériel pédagogiques appropriés.

33. Les États membres peuvent avoir recours à la législation et à d'autres outils pour promouvoir l'activité physique dans les établissements préscolaires et scolaires. Parmi les initiatives à cet égard, on peut notamment mentionner les infrastructures encadrant l'activité physique, comme les terrains de jeux, les pauses actives, le jeu libre, les

programmes extrascolaires actifs et les dispositions favorisant les déplacements actifs et en toute sécurité entre le domicile et l'école, par exemple le vélo ou le « pédibus »². Les États membres doivent également continuer à mettre en œuvre les documents stratégiques existants, comme la Recommandation du Conseil de l'UE sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé (pour les pays également membres de l'UE) et la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé.

34. Les États membres doivent créer les conditions permettant la pratique de l'activité physique chez les enfants. Il importe de rendre les établissements préscolaires et scolaires plus actifs en leur offrant une aide, les ressources adéquates et la formation nécessaire, ainsi que les opportunités de s'impliquer de façon significative. En fonction du contexte national, les États membres peuvent envisager le recours aux réglementations ou aux mesures fiscales pour promouvoir spécifiquement l'inclusion des enfants handicapés et issus des groupes vulnérables.

Objectif 2.3 – promouvoir l'activité physique de loisirs pour les enfants et les adolescents

35. Les États membres peuvent examiner les possibilités de subventions ou d'incitations fiscales et impliquer les prestataires dans des partenariats en vue à la fois de promouvoir la participation des enfants et des adolescents à des programmes d'activité physique en dehors du contexte scolaire, et de soutenir l'adhésion à des clubs ou salles de sports et de fitness, notamment chez les enfants handicapés ou issus de milieux socialement défavorisés. Il importe particulièrement que les locaux et les cours des écoles, des garderies et des jardins d'enfants soient correctement conçus.

36. Les États membres doivent examiner des approches innovatrices visant à promouvoir l'activité physique chez les adolescents, notamment durant leurs moments de détente et de temps libre. Chez les adolescents, l'exercice physique peut couvrir un large éventail d'activités et de contextes, notamment les clubs ou salles de sports et de fitness, le scoutisme et autres clubs de jeunes, la course à pied, la randonnée et autres activités de plein air. En encourageant l'activité physique chez les adolescents, il est également important de promouvoir et de soutenir les formes d'activité en fonction de l'âge et du sexe. Les approches axées sur les réseaux de pairs, les technologies de l'information et de la communication, les médias sociaux et les organisations locales et de jeunesse sont autant de moyens susceptibles d'être utilisés afin que les adolescents pratiquent une activité physique (*F,G,H*). Il faudra dûment prendre en considération les compétences nécessaires aux adultes supervisant ces activités ainsi que les exigences en matière de sécurité.

² Un pédibus est une forme de transport destinée aux écoliers qui, accompagnés de deux adultes (deux « conducteurs », l'un en tête et l'autre en queue de bus), se rendent à pied à l'école à peu près de la même manière que le ramassage par autobus ou autocar scolaire. À l'instar des bus traditionnels, les pédibus ont un itinéraire fixe avec des « arrêts » et des « horaires de ramassage » désignés.

Domaine prioritaire n° 3 – promouvoir l'activité physique chez les adultes dans le cadre de leur vie quotidienne, notamment lors des déplacements, pendant les loisirs, sur les lieux de travail et par l'intermédiaire du système de soins de santé

37. Une importante proportion d'adultes sont physiquement inactifs pendant la journée, y compris au travail et lors des loisirs. Par exemple, un grand nombre d'employés restent la plupart du temps assis sur le lieu de travail, pratiquement sans activité physique. Alors que le système de santé constitue un point d'entrée important pour la promotion de l'activité physique, les études réalisées dans ce domaine révèlent que la majorité des professionnels des soins de santé ne sont pas suffisamment sensibilisés aux effets de cette activité sur la santé, et souvent, les consultations dans ce domaine ne sont pas remboursées dans les systèmes de santé actuels. Les États membres doivent prendre des mesures pour promouvoir la mobilité reposant sur l'effort physique, développer l'activité physique au quotidien, notamment au sein de la communauté et sur le lieu de travail, et améliorer la promotion de l'activité physique dans le cadre du système de soins de santé. En envisageant particulièrement l'environnement professionnel, il est important de ne pas négliger ceux qui sont sans emploi ou travaillent à la maison. La recherche indique que les groupes vulnérables, notamment (mais pas uniquement) les chômeurs adultes ou les adultes à faible revenu, les personnes handicapées et les femmes au foyer, surtout celles qui ont des enfants en bas âge, sont particulièrement difficiles à atteindre et doivent bénéficier d'une attention particulière. Pour promouvoir avec succès l'activité physique chez les groupes socialement défavorisés, il sera probablement nécessaire d'adopter une approche plus globale en matière de lutte contre l'exclusion sociale, dans laquelle l'activité physique n'est pas la seule question abordée.

Objectif 3.1 – réduire le trafic automobile et instaurer des environnements davantage adaptés à la pratique de la marche et du vélo

38. Les autorités nationales et les décideurs locaux doivent promouvoir la mobilité reposant sur l'effort physique et mettre en place une combinaison d'infrastructures accessibles pour la marche et le vélo qui tiennent compte du contexte national, géographique et culturel. Des mesures doivent notamment être prises en vue d'éliminer les obstacles pour les groupes socialement défavorisés. Il s'agira par ailleurs d'envisager l'adoption d'approches visant à améliorer la disponibilité et l'attractivité (accessibilité financière, fiabilité et sécurité publique) des transports publics. On cherchera à collaborer avec le secteur des transports, et l'on établira des liens avec les stratégies de sécurité routière. Si nécessaire et le cas échéant, les États membres peuvent envisager d'adopter une législation rendant obligatoires les trottoirs et les pistes cyclables, la priorité étant accordée aux piétons et aux cyclistes. Le PPE TSE³ peut s'avérer une référence utile pour la prise de mesures spécifiques et l'utilisation de moyens permettant la participation au niveau institutionnel.

39. Les gouvernements peuvent envisager, à tous les niveaux, la prise de mesures innovatrices visant à réduire la circulation automobile et à promouvoir le vélo et la

³ Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2002 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2010/the-pep-brochure>, consulté le 29 juin 2015).

marche à pied. À titre d'exemple, on mentionnera la mise en place de péages routiers en zone urbaine, et l'octroi d'incitations fiscales en vue de promouvoir la pratique du vélo et les systèmes de vélos en libre-service, outre la hausse des frais de stationnement et de la fiscalité sur les véhicules à moteur, dont les recettes pourront être réservées (au moins en partie) au financement des systèmes d'infrastructure et de transports publics. L'outil d'évaluation économique des effets sanitaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe⁴ peut être utilisé pour estimer les bienfaits économiques et sanitaires potentiels de la mise en œuvre d'une politique relative aux infrastructures pour la pratique de la marche et du vélo, tandis que le Partenariat sur la promotion de la pratique du vélo du PPE TSE constitue un cadre existant pour l'échange des meilleures pratiques dans ce domaine entre les États membres.

Objectif 3.2 – créer des occasions et fournir des conseils pour la pratique de l'activité physique sur le lieu de travail

40. Les États membres doivent envisager d'adopter des mesures appropriées pour promouvoir le déplacement actif et l'utilisation des transports publics vers le lieu de travail. Il peut notamment s'agir de réglementations, de directives ou d'incitations financières pour les sociétés et entreprises en matière d'installation de porte-vélos, d'aménagement de vestiaires et de douches, et d'options adéquates de transports publics.

41. Les États membres peuvent envisager d'adopter des mesures appropriées, telles que des réglementations et des recommandations relatives à la santé dans le cadre professionnel, afin de permettre davantage d'activité physique pendant la journée de travail. Il peut notamment s'agir de mesures relatives à l'agencement du poste de travail, telles que l'aménagement de bureaux réglables, de l'installation de pancartes et de panneaux bien visibles sur les escaliers afin d'en promouvoir l'utilisation, de l'instauration de pauses régulières pendant la journée pour permettre l'activité physique, et d'abonnements à un club ou une salle de sports, voire, dans les grandes sociétés et entreprises, de l'organisation de leurs propres services et programmes sportifs. La mise en œuvre doit être encadrée par des agents de santé et de sécurité au travail. Une attention particulière peut être accordée aux besoins divers des différents lieux de travail, secteurs et employés, y compris le secteur informel et les travailleurs indépendants.

42. On veillera à ce que la promotion de l'activité physique au travail n'aggrave pas les inégalités existantes. Par exemple, la mise en œuvre de programmes et d'interventions ciblées et adaptées aux besoins spécifiques des travailleurs manuels, des employés du secteur informel ou des catégories à faible revenu pourra être nécessaire. Par conséquent, les États membres doivent spécialement veiller à atteindre tous les employés, dont ceux issus de groupes socialement défavorisés et les femmes.

⁴ Health economic assessment tool [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/activities/guidance-and-tools/health-economic-assessment-tool-heat-for-cycling-and-walking>, accessed 12 June 2015).

Objectif 3.3 – intégrer l'activité physique dans la prévention, le traitement et la réadaptation

43. Les États membres doivent adopter des recommandations sur l'activité physique pour l'ensemble de la population et pour certains sous-groupes sur la base des *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé* de l'OMS, ainsi que des orientations politiques visant à promouvoir l'activité physique et ciblant également les groupes caractérisés par les niveaux les plus élevés d'inactivité dans leur pays respectif, que ce soit en fonction du sexe, de l'âge, de l'origine ethnique ou de la situation socioéconomique. L'activité physique de plein air et à faible coût doit être encouragée comme solution de rechange aux approches traditionnelles et plus onéreuses. L'importance particulière de l'activité physique pour la santé musculo-squelettique et la réadaptation, ainsi que pour lutter contre les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et certains types de cancer, a été mise en évidence. Ces recommandations doivent également reconnaître le potentiel de l'activité physique dans la préservation de la fonction cognitive et la réduction du risque de démence, ainsi que la nécessité d'être particulièrement attentif à l'égard de certains groupes de population tels que les personnes âgées, pour qui l'activité physique doit incorporer à la fois l'entraînement musculaire et le maintien de l'équilibre, notamment pour prévenir les chutes.

44. Les États membres doivent veiller à ce que la promotion de l'activité physique par les professionnels de santé devienne la norme. La pratique standard doit intégrer le dépistage, la consultation (service de conseils) et l'orientation-recours précoces au niveau des soins primaires et ce, en tenant compte des différents besoins des patients. Pour la population générale, il s'agira d'intégrer une simple appréciation du niveau d'activité physique à l'évaluation constante des facteurs de risque ; celle-ci pourra être suivie, au besoin, de brefs conseils sur les niveaux d'activité physique recommandés. Pour les patients nécessitant davantage de soutien, l'accompagnement peut prendre la forme d'une intervention utilisant les techniques de l'entrevue motivationnelle et la définition d'objectifs et, le cas échéant, une orientation vers des spécialistes et d'autres professionnels de santé, ainsi que vers des professionnels issus de domaines connexes, le cas échéant. Alors que la promotion de l'activité physique doit être considérée comme une compétence clé de l'ensemble des professionnels des soins de santé primaires, les pouvoirs publics peuvent également concevoir les moyens d'octroyer des incitations de manière continue afin qu'elle soit pleinement intégrée à la pratique quotidienne. On peut envisager, en fonction du contexte national, et au besoin et lorsque cela est indiqué, le remboursement des programmes d'activité physique ou des cours de sport, et de la prévention et la réadaptation basées sur l'activité physique par les sociétés d'assurance maladie ou les systèmes nationaux de santé. Les professionnels de santé doivent aussi disposer d'indications claires à ce sujet.

45. Les États membres doivent collaborer avec les prestataires de soins de santé, les associations de professionnels de santé et les établissements d'études en médecine et dans d'autres disciplines sanitaires afin de promouvoir les connaissances et les compétences dans le domaine de l'activité physique ainsi que la formulation de conseils dans ce domaine par les professionnels de santé, de manière à favoriser le changement dans le secteur de la santé. Les États membres doivent notamment coopérer avec les établissements d'études en médecine et dans d'autres disciplines sanitaires pour améliorer

les programmes pédagogiques de tous les professionnels de santé eu égard aux bienfaits de l'activité physique pour la santé.

Objectif 3.4 – améliorer l'accès aux établissements et services d'activité physique, notamment pour les groupes vulnérables

46. Les gouvernements nationaux et les décideurs locaux doivent envisager la création d'incitations à l'adresse des prestataires afin de proposer des programmes et des opportunités en matière d'activité physique, facilitant l'accès à tous les groupes de population, notamment les groupes vulnérables tels que les chômeurs, les adultes à faible revenu, et les personnes handicapées. La disponibilité accrue en matière de ressources et d'espaces de loisirs dédiés peut aider à promouvoir l'activité physique chez les résidents, même dans les quartiers particulièrement défavorisés sur le plan socioéconomique. Cependant, l'accessibilité financière, l'inclusion, l'acceptabilité culturelle, la disponibilité aux moments appropriés et le soutien par des personnels qualifiés sont autant de facteurs qui déterminent l'accessibilité des groupes vulnérables à ces ressources, et qui doivent être pris en compte afin de maximiser leur participation.

47. Les États membres peuvent veiller à ce que les occasions de pratiquer une activité physique s'inscrivent dans la planification et la pratique des soins, et soient disponibles dans le cadre des soins en établissement de longue durée.

Domaine prioritaire n° 4 – promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées

48. L'allongement de l'espérance de vie doit correspondre à des années de vie en bonne santé. Il est essentiel d'adopter une perspective portant sur toute la durée de la vie en matière d'activité physique afin d'améliorer les résultats sanitaires des personnes âgées. Les États membres doivent faire en sorte que la capacité fonctionnelle des seniors soit maintenue aussi longtemps que possible. La pratique d'une activité physique régulière et modérée peut en effet retarder le déclin fonctionnel des personnes âgées, réduire l'apparition de maladies chroniques, aider à leur prise en charge et limiter le placement en institution. La vie active améliore la santé mentale et le bien-être et favorise souvent les contacts sociaux. Être actif peut aider les personnes âgées à rester aussi indépendantes que possible et le plus longtemps possible, et rétablir un sentiment de fonction sociale. Cela peut aussi contribuer à réduire le risque de chutes. Les coûts médicaux sont sensiblement inférieurs chez les personnes âgées qui sont actives (22). Cependant, un grand nombre de seniors ne pratiquent aucune activité physique, alors même que leur état de santé le leur permet. La recherche indique que les personnes âgées socialement défavorisées sont très difficiles à atteindre et nécessitent une attention particulière. Les États membres doivent aussi étudier les liens existant entre l'activité physique des seniors et d'autres comportements sains, comme l'adoption d'un régime alimentaire équilibré.

Objectif 4.1 – améliorer la qualité des conseils sur l'activité physique prodigués par les professionnels de santé aux personnes âgées

49. Les États membres doivent veiller à ce que les professionnels de santé soient à même de prodiguer, en temps utile, des conseils simples à leurs patients plus âgés quant aux bienfaits spécifiques d'un mode de vie actif, adapté à leurs besoins sanitaires, capacités et préférences. Au besoin, des conseils plus approfondis et une aide au

changement doivent être proposés. Ils doivent également être en mesure d'assurer la liaison avec les services et ressources communautaires adaptés en vue de favoriser l'activité physique chez les personnes âgées.

Objectif 4.2 – créer une infrastructure et des environnements appropriés pour la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées

50. Plusieurs secteurs peuvent mettre en œuvre des politiques adaptées aux personnes âgées afin de leur permettre de rester physiquement actives et de participer pleinement à la vie communautaire. De telles initiatives peuvent notamment porter sur l'instauration de lieux de travail avec un accès facilité, des horaires de travail souples et des environnements professionnels spécifiquement adaptés aux personnes âgées ; sur l'aménagement de chemins bien éclairés et de quartiers sécurisés ; ainsi que sur un accès facilité aux centres de santé et aux programmes de réadaptation. Les États membres doivent définir les priorités politiques dans ce domaine en adoptant une approche intersectorielle qui assure la participation des secteurs de la santé, de l'urbanisme, des parcs et loisirs, et des sports.

Objectif 4.3 – faire participer les personnes âgées à une activité physique et sociale

51. Les États membres doivent utiliser les structures sociales existantes pour atteindre et sensibiliser les personnes âgées, en particulier celles issues de milieux socialement défavorisés, afin de les encourager à pratiquer une activité physique. Ces structures dépendront du contexte social et culturel, mais il pourra notamment s'agir de centres communautaires, de clubs sociaux, d'institutions religieuses et d'organisations non gouvernementales. Les États membres peuvent également promouvoir et soutenir les possibilités de tourisme abordable et actif chez les personnes âgées comme nouveau mode de socialisation active.

52. Les États membres doivent garantir le soutien des pouvoirs publics aux réseaux sociaux et aux organisations non gouvernementales, aux niveaux national et local, afin de créer et de mettre en œuvre des occasions et des programmes appropriés d'activité physique pour les personnes âgées. Ce soutien peut prendre la forme d'un financement, de documents d'orientation et de conseils, ainsi que de recherches supplémentaires sur les approches participatives innovatrices. En collaboration avec les décideurs locaux, des approches participatives et sociales innovatrices peuvent être adoptées afin que les personnes âgées, ainsi que les secteurs de la santé, du sport et du tourisme, participent à la conception d'offres attrayantes et abordables en matière d'activité physique. En outre, une attention particulière doit être accordée aux approches intergénérationnelles. On reconnaîtra également la contribution importante et active des seniors aux activités communautaires et bénévoles.

Domaine prioritaire n° 5 – soutenir l'action moyennant le suivi, la surveillance, la fourniture d'outils, la mise en place de plates-formes et de structures d'appui, l'évaluation et la recherche

53. L'apport d'informations fiables en temps utile est essentiel à l'élaboration des politiques nationales et régionales. Avec l'aide du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les États membres doivent renforcer et développer la surveillance de l'activité

physique, suivre et évaluer les initiatives politiques visant à promouvoir cette activité, et soutenir la recherche afin de consolider les bases factuelles pour l'activité physique et la santé. Une meilleure compréhension des habitudes dans ce domaine chez les différents groupes sociaux, notamment en fonction du sexe, de l'âge et du statut socioéconomique, est essentielle afin d'adapter les interventions en conséquence. Les activités en cours, telles que la surveillance réalisée en vue de mettre en œuvre la Recommandation du Conseil sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé dans les 28 pays de l'UE également membres de la Région européenne de l'OMS, peuvent servir de base dans ce contexte afin d'éviter toute répétition des tâches.

Objectif 5.1. – renforcer les systèmes de surveillance

54. Les États membres doivent œuvrer à la consolidation, à l'adaptation et au développement des systèmes nationaux et internationaux existants de surveillance de l'activité physique, avec les niveaux adéquats de désagrégation. Ils rappellent l'engagement pris envers le Cadre mondial de suivi de l'OMS pour la prévention et la lutte contre des maladies non transmissibles, qui contient des indicateurs spécifiques relatifs à l'activité physique et une cible à cet égard. L'OMS jouera un rôle de premier plan dans l'aide apportée aux États membres en vue de garantir l'analyse et l'interprétation correctes des données de surveillance et, par conséquent, la formulation de recommandations politiques fondées sur des bases factuelles. Ce faisant, les États membres et l'OMS peuvent réfléchir à l'importance d'élaborer des outils communs de surveillance pour assurer la comparabilité des données entre les pays. La collaboration avec des experts nationaux, des institutions universitaires et la société civile, ainsi qu'avec des secteurs autres que la santé, et à différents niveaux, comme les villes, doit être encouragée dans ce domaine afin que les sources de données soient innovantes et actualisées.

Objectif 5.2 – renforcer les bases factuelles à des fins de promotion de l'activité physique

55. Les États membres peuvent accorder une priorité à la réalisation d'activités de recherche complémentaires afin de renforcer les bases factuelles sur les interventions efficaces visant à promouvoir l'activité physique ainsi que sur les instruments appropriés des politiques publiques dans ce domaine, y compris les approches intersectorielles. Parmi les domaines susceptibles de faire l'objet d'activités de recherches à l'avenir, il convient de mentionner les approches visant à inciter les groupes vulnérables de la population à pratiquer une activité physique à toutes les étapes de la vie, l'efficacité des programmes de surveillance de l'obésité infantile, et les stratégies innovantes pour promouvoir l'activité physique chez les adolescents, notamment grâce à l'utilisation des technologies et des réseaux de pairs. Si l'on dispose de bases factuelles solides sur les bienfaits sanitaires de l'activité physique, certaines lacunes pourraient être comblées dans ce domaine. À cet égard, on peut citer le rôle de la sédentarité comme facteur de risque indépendant pour la santé, ainsi que la relation existant entre l'activité physique et d'autres comportements liés à la santé, comme l'alimentation ou le tabagisme.

Références

- (1) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>, accessed 12 June 2015).
- (2) Résolution WHA66.10 de l'Assemblée mondiale de la santé relative au suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf, consulté le 29 juin 2015).
- (3) Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance, progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-257. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1.
- (4) Sport and physical activity report. Special Eurobarometer 412. Brussels: European Commission, Directorate-General for Education and Culture; 2014. doi:10.2766/73002.
- (5) Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9.
- (6) Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2007/steps-to-health.-a-european-framework-to-promote-physical-activity-for-health-2007>, accessed 12 June 2015).
- (7) Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*. 2014;14:806. doi: 10.1186/1471-2458-14-806.
- (8) Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases/documentation/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, consulté le 29 juin 2015).
- (9) Résolution EUR/RC63/R4 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe relative à la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc63r4-vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, consulté le 29 juin 2015).

- (10) Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2011 (EUR/RC61/12 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd12-action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>, consulté le 29 juin 2015).
- (11) Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/fr/>, consulté le 29 juin 2015).
- (12) Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/>, consulté le 29 juin 2015).
- (13) Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health>, consulté le 29 juin 2015).
- (14) Déclaration de Paris sur le PPE TSE. Quatrième réunion de haut niveau sur les transports, la santé et l'environnement, Paris (France), 14-16 avril 2014. Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, (http://www.unec.org/fileadmin/DAM/thepep/documents/D%C3%A9claration_de_Paris_FR.pdf, consulté le 20 février 2015).
- (15) Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (EUR/RC64/14 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>, consulté le 29 juin 2015).
- (16) A healthy city is an active city: a physical activity planning guide. Copenhague : WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2008/healthy-city-is-an-active-city-a-a-physical-activity-planning-guide>, accessed 12 June 2015).
- (17) Recommandation du Conseil sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé. Bruxelles : Conseil de l'Union européenne ; 2013 ([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H1204\(01\)&qid=1398431791371&from=FR](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H1204(01)&qid=1398431791371&from=FR), consulté le 20 février 2015).
- (18) Conclusions du Conseil sur la nutrition et l'activité physique. Bruxelles : Conseil de l'Union européenne ; 2014 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/lisa/143286.pdf, consulté le 29 juin 2015).
- (19) EU action plan on childhood obesity 2014–2020. Brussels: European Union; 2014 (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_action_plan_2014_2020_en.pdf, accessed 12 June 2015).

- (20) La Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action. International Society for Physical Activity and Health : Global Advocacy for Physical Activity ; 2010 (http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/charte_de_toronto_pour_l_activite_physique.pdf, consulté le 15 juillet 2015).
- (21) Unlocking new opportunities: jobs in green and healthy transport. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/unlocking-new-opportunities-jobs-in-green-and-healthy-transport>, accessed 12 June 2015).
- (22) Growing older – staying well: ageing and physical activity in everyday life. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/HPR/AHE/98.1; http://www.who.int/ageing/publications/staying_well/en/, accessed 12 June 2015).

Références expressément demandées par les États membres⁵

Paragraphe 2 : les effets de l'activité physique sur la santé mentale

- A) Bherer L, Erickson KI, Liu-Ambrose T. A review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *J Aging Res.* 2013;2013:657508. doi: 10.1155/2013/657508.
- B) Hötting K, Röder B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neurosci Biobehav Rev.* 2013;37(9):2243–2257. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.04.005.
- C) Kirk-Sanchez NJ, McGough EL. Physical exercise and cognitive performance in the elderly: current perspectives. *Clin Interv Aging.* 2014;9:51–62. doi: 10.2147/CIA.S39506.
- D) Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol.* 2014;13(8):788–794. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70136-X.
- E) 10 key facts on physical activity in the WHO European Region. In: Health topics, Disease prevention, Physical activity, Data and statistics [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/data-and-statistics/10-key-facts-on-physical-activity-in-the-who-european-region>, accessed 11 June 2015).

Paragraphe 36 : approches axées sur les réseaux de pairs, technologies de l'information et de la communication, médias sociaux, organisations de jeunesse

- F) Gesell SB, Tesdahl E, Ruchman E. The distribution of physical activity in an after-school friendship network. *Pediatrics.* 2012;129(6):106471. doi: 10.1542/peds.2011-2567.

⁵ Ces références seront incorporées dans la prochaine version du document.

- G) Lau PW, Lau EY, Wong del P, Ransdell L. A systematic review of information and communication technology-based interventions for promoting physical activity behavior change in children and adolescents. *J Med Internet Res.* 2011;13(3):e48. doi: 10.2196/jmir.1533.
- H) Voorhees CC, Murray D, Welk G, Birnbaum A, Ribisi KM, Johnson CC et al. The role of peer social network factors and physical activity in adolescent girls. *Am J Health Behav.* 2005;29(2):183–190.

Annexe. Bibliographie

Documents politiques de l'OMS

Plan d'action pour la mise en œuvre de la Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles (prévention et lutte) 2012-2016. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2011 (EUR/RC61/12 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/working-documents/wd12-action-plan-for-implementation-of-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-20122016>, consulté le 29 juin 2015).

Plan d'action européen pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2015-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2014 (EUR/RC64/14 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/64th-session/documentation/working-documents/eurrc6414-european-food-and-nutrition-action-plan-20152020>, consulté le 29 juin 2015).

Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>, accessed 12 June 2015).

Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/fr/>, consulté le 29 juin 2015).

Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2004 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/fr/>, consulté le 29 juin 2015).

Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/fr/, consulté le 29 juin 2015).

Growing older – staying well: ageing and physical activity in everyday life. Geneva: World Health Organization; 1998 (WHO/HPR/AHE/98.1; http://www.who.int/ageing/publications/staying_well/en/, accessed 12 June 2015).

Santé 2020 : une stratégie et un cadre politique européens pour le XXI^e siècle. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, consulté le 29 juin 2015).

Déclaration de Paris sur le PPE TSE. Quatrième réunion de haut niveau sur les transports, la santé et l'environnement, Paris (France), 14-16 avril 2014. Commission économique pour l'Europe des Nations Unies, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (http://www.unece.org/fileadmin/DAM/thepep/documents/D%C3%A9claration_de_Paris_FR.pdf, consulté le 2 juillet 2015).

Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2010 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable>

-diseases/cancer/publications/2010/parma-declaration-on-environment-and-health, consulté le 2 juillet 2015).

Stratégie et plan d'action pour vieillir en bonne santé en Europe, 2012-2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (EUR/RC62/10 Rev.1, <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2012/eurrc6210-rev.1-strategy-and-action-plan-for-healthy-ageing-in-europe,-20122020>, consulté le 2 juillet 2015).

Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases/documentation/vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, consulté le 2 juillet 2015).

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/fr/, consulté le 2 juillet 2015).

Résolution EUR/RC63/R4 du Comité régional de l'OMS pour l'Europe relative à la Déclaration de Vienne sur la nutrition et les maladies non transmissibles dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2013 (<http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-third-session/documentation/resolutions-and-decisions/eurrc63r4-vienna-declaration-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases-in-the-context-of-health-2020>, consulté le 2 juillet 2015).

Résolution WHA66.10 de l'Assemblée mondiale de la santé relative au suivi de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf, consulté le 2 juillet 2015).

Autres documents de l'OMS

A healthy city is an active city: a physical activity planning guide. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2008 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2008/healthy-city-is-an-active-city-a-a-physical-activity-planning-guide>, accessed 12 June 2015).

Kahlmeier S, Kelly P, Foster C, Götschi T, Cavill N, Dinsdale H et al. Health economic assessment tools (HEAT) for walking and for cycling. Methodology and user guide. Economic assessment of transport infrastructure and policies. 2014 Update. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Transport-and-health/publications/2014/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling.-methodology-and-user-guide.-economic-assessment-of-transport-infrastructure-and-policies.-2014-update>, accessed 12 June 2015).

Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. Copenhague: WHO Regional Office for Europe; 2007 (<http://www.euro.who.int/>

en/health-topics/disease-prevention/physical-activity/publications/2007/steps-to-health.-a-european-framework-to-promote-physical-activity-for-health-2007, accessed 12 June 2015).

Unlocking new opportunities: jobs in green and healthy transport. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/unlocking-new-opportunities-jobs-in-green-and-healthy-transport>, accessed 12 June 2015).

Wijnhoven TM, van Raaij JM, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*. 2014;14:806. doi: 10.1186/1471-2458-14-806.

Documents de l'UE

Conclusions du Conseil sur la nutrition et l'activité physique. Bruxelles : Conseil de l'Union européenne ; 2014 (http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/lisa/143286.pdf, consulté le 2 juillet 2015).

Recommandation du Conseil sur la promotion transversale de l'activité physique bienfaisante pour la santé. Bruxelles : Conseil de l'Union européenne ; 2013 ([http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H1204\(01\)&qid=1398431791371&from=FR](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013H1204(01)&qid=1398431791371&from=FR), consulté le 2 juillet 2015).

EU action plan on childhood obesity 2014–2020. Brussels: European Union; 2014 (http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf, accessed 12 June 2015).

Lignes d'action recommandées par l'UE en matière d'activité physique : actions politiques recommandées dans le cadre du soutien d'une activité physique favorable à la santé. Bruxelles : Union européenne ; 2008 (http://ec.europa.eu/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_fr.pdf, consulté le 2 juillet 2015).

Sport and physical activity report. Special Eurobarometer 412. Bruxelles : European Commission, Directorate-General for Education and Culture; 2014. doi:10.2766/73002.

Livre blanc sur le sport. COM(2007) 391 final. Bruxelles : Commission européenne ; 2007 (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&from=FR>, consulté le 2 juillet 2015).

Documents d'autres sources

Fair society, healthy lives: The Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. London: UCL Institute of Health Equity (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>, accessed 12 June 2015).

Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance, progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-257. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1.

Ivarsson V. Best practices in sport and physical activity for health promotion: A comparative study of selected national policies. Lausanne: Swiss Federal Office for Public Health; 2014 (<http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/11287/14761/index.html?lang=en>, accessed 12 June 2015).

Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-229. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9.

La Charte de Toronto pour l'activité physique : un appel mondial à l'action. International Society for Physical Activity and Health : Global Advocacy for Physical Activity ; 2010 (http://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/charte_de_toronto_pour_l_activite_physique.pdf, consulté le 2 juillet 2015).

= = =