Pour votre santé, bougez

Promotion de l'activité physique tout au long de l'existence dans la Région de la Méditerranée orientale

Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale

Pour votre santé, bougez

Promotion de l'activité physique tout au long de l'existence dans la Région de la Méditerranée orientale

Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Promotion de l'activité physique tout au long de l'existence dans la Région de la Méditerranée orientale / Bureau régional de la Méditerranée orientale

p.

Édition anglaise au Caire WHO-EM/HED/120/E

Édition arabe au Caire WHO-EM/HED/120/A

WHO-EM/HED/120/F

1. Activité motrice 2. Aptitude physique 3. Région de la Méditerranée orientale 4. Maladie chronique - prévention et contrôle I. Titre II. Bureau régional de la Méditerranée orientale

(Classification NLM : WE 103)

© Organisation mondiale de la Santé 2015
Tous droits réservés

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Partage du savoir et production, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2535, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : emrgoksp@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : emrgoegp@who.int.

Table des matières

Avant-propos 5

Remerciements 6

Introduction 7

L'importance de l'activité physique pour la santé 9

Prévalence de l'activité physique dans la Région de la Méditerranée orientale 12

Déterminants de l'activité physique 15

Résumé des mesures nationales prises actuellement sur l'activité physique 18

Défis rencontrés pour intensifier l'action nationale en matière d'activité physique 23

Quelles mesures sont efficaces ? 27

Travailler en collaboration 32

Références 35

Avant-propos

Cette publication a été préparée par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale dans le cadre de son action visant à réduire les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles, en particulier la sédentarité. Facteur de risque clé des maladies non transmissibles et quatrième cause principale de décès prématuré dans le monde, la sédentarité a atteint des niveaux alarmants dans la Région. À l'échelle mondiale, la Région de la Méditerranée orientale arrive en deuxième position parmi les régions OMS pour le niveau de sédentarité de sa population et en première position en ce qui concerne la sédentarité des femmes. Il est manifestement urgent de prendre des mesures en vue de renverser cette tendance.

Aujourd'hui plus que jamais, les États Membres doivent s'engager à promouvoir de manière durable des modes de vies plus actifs tout au long de la vie, depuis la petite enfance et jusqu'à un âge avancé. Des actions concrètes tenant compte des spécificités culturelles, de la parité homme-femme, adaptées à l'âge et soucieuses des personnes ayant des besoins particuliers, sont nécessaires.

La lutte contre l'inactivité requiert une action visant à modifier les comportements par le biais d'une sensibilisation et d'un développement des compétences, ainsi qu'une action sur les environnements sociaux et bâtis, afin de donner aux individus les moyens d'être actifs à tout âge. La promotion de l'activité physique tout au long de l'existence requiert la participation et l'action conjointe de différents secteurs : santé, éducation, emploi, urbanisme et transports.

Cette publication est destinée à apporter un soutien aux décideurs dans leurs efforts pour améliorer la santé et le développement de la population et de la communauté. Elle constitue également un outil utile pour les défenseurs de l'activité physique, de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles et du développement communautaire. Elle a pour but de fournir des informations scientifiquement fondées sur les risques pour la santé associés à la sédentarité et de suggérer des solutions qui peuvent être adoptées par les États Membres.

Dr Ala Alwan
Directeur régional de l'OMS
pour la Méditerranée orientale

Remerciements

Cette publication a été préparée par Fiona Bull, de l'Université d'Australie occidentale et par Karen Milton, de l'Université de Loughborough (Royaume-Uni), avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. La coordination a été assurée par Faten Ben Abdelaziz et Haifa Madi du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. Ont contribué aux descriptions des études de cas : Hazzaa M. Al-Hazzaa, Université King Saud d'Arabie saoudite ; Amal Al-Jowder, Ministère de la Santé de Bahreïn ; Nasser Al Rahma, Comité des sports de Dubaï ; Ibrahim Dabayebeh, Université de Jordanie ; Adel Mohammed Abd Alla Ebraheem, Ministère de la Santé d'Oman ; Ruth Minda Mabry, Bureau de l'OMS à Oman ; et Bushra Abdulrahman Mufdal, Ministère de la Santé publique du Yémen.

Introduction

Première cause de mortalité dans le monde, les maladies non transmissibles provoquent chaque année davantage de décès prématurés que toutes les autres causes combinées (*1*). Dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, elles sont responsables de 2,3 millions de décès par an (*2*). Les quatre principales maladies non-transmissibles – maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète et affections respiratoires chroniques – sont les principaux facteurs de mortalité dans la majorité des pays de la Région. Le pourcentage de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires varie entre 13 % en Somalie et 49 % à Oman. Selon les rapports, les décès par cancer s'échelonnent de 3 % en Somalie et en Afghanistan à 20 % au Qatar (*2*). Les taux de diabète sont très élevés dans la Région. Parmi les 10 pays dans le monde où l'on signale la plus forte prévalence de diabète, 6 sont situés dans la Région de la Méditerranée orientale (*3*).

Malgré le fardeau déjà considérable que représentent les maladies non transmissibles, les décès provoqués par ces maladies devraient encore augmenter de 17 % à l'échelle mondiale entre 2010 et 2020 (*4*). La sédentarité est l'un des quatre principaux facteurs de risque comportementaux, avec le tabagisme, la consommation nocive d'alcool et une mauvaise alimentation. Selon les estimations, la sédentarité serait responsable chaque année de 3,2 millions de décès provoqués par ces maladies (*5*).

En 2004, la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (*6*) a appelé les pays à faire diminuer les taux de sédentarité en organisant des actions dans plusieurs environnements. L'élaboration d'un cadre politique national est nécessaire pour parvenir à une reconnaissance appropriée de l'activité physique comme priorité de santé publique, pour encourager les partenariats dans tous les secteurs concernés, pour assurer l'engagement politique et la mobilisation de ressources et pour fournir un ensemble cohérent d'actions multisectorielles menées à plusieurs niveaux, destinées à accroître le niveau d'activité physique au sein de la population.

La nécessité d'une action au niveau politique pour accroître les niveaux d'activité physique a été réaffirmée par les Nations Unies en 2011 lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Cette réunion a donné lieu notamment à une déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (*7*). Ce document insistait sur le fait que « la prévention doit être la pierre angulaire de la lutte mondiale contre les maladies non transmissibles » et reconnaissait « qu'il importe au plus haut point de réduire le degré d'exposition de l'individu et des populations aux facteurs de risque modifiables courants des maladies non transmissibles », notamment le manque d'exercice physique (p 5).

En 2013, la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté un plan d'action mondial pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 2013-2020 (*8*). Ce plan inclut un cadre mondial de suivi qui comporte des objectifs spécifiques. En particulier, l'une de ces cibles pour 2025 consiste à réduire de 25 % le nombre de décès prématurés imputables aux maladies cardiovasculaires, cancers, diabète ou affections respiratoires chroniques dans la tranche d'âge de 30 à 70 ans et d'interrompre l'augmentation des cas de diabète et d'obésité. L'un des principaux objectifs pour atteindre cette cible primordiale est une réduction relative de 10 % de la prévalence de la sédentarité.

En 2012, le Comité régional de la Méditerranée orientale, organe directeur de l'OMS dans la Région, au sein duquel l'ensemble des États Membres sont représentés, a adopté une résolution (EM/RC59/R.2) et un cadre régional

d'action sur les engagements des États Membres afin d'accélérer la mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies notamment les interventions éprouvées relatives à l'activité physique. Le Comité régional a également demandé l'élaboration d'outils, notamment un guide destiné aux États Membres sur les rôles des différents ministères et des autres partenaires dans l'action multisectorielle visant à prévenir les maladies non transmissibles.La promotion de l'activité physique aura une incidence majeure sur la réduction du fardeau des maladies non transmissibles dans la Région. La présente publication résume la prévalence des maladies non transmissibles et de la sédentarité dans la Région de la Méditerranée orientale. Une série d'études de cas relatifs à des projets d'activité physique issus de toute la Région a également été élaborée pour mettre en évidence les types d'actions en cours dans différents secteurs et contextes. Ces études de cas sont consultables en ligne à l'adresse http://www. emro.who.int/entity/health-education/index. html. Cette publication a pour objectif principal d'étayer l'élaboration d'une politique multisectorielle et d'un cadre d'action pour la Région sur l'activité physique tout au long de l'existence.

L'importance de l'activité physique pour la santé

L'activité physique est un comportement multidimensionnel qui englobe les sports, les loisirs, la marche et le vélo pour les déplacements, ainsi que certaines activités quotidiennes telles que faire les courses, le ménage, monter les escaliers (voir Encadré 1). Il s'agit d'un comportement complexe dont les déterminants individuels, interindividuels, sociaux et environnementaux varient selon l'âge, le sexe et la culture.

Des études approfondies ont établi que l'inactivité physique est un facteur de risque indépendant pour les maladies non transmissibles. Classée à la quatrième place des principaux facteurs de risque de mortalité prématurée (*1*) la sédentarité serait responsable de 6 % à 10 % des décès dus à des maladies non transmissibles (*2*), selon des estimations « prudentes ».

Les personnes trop peu actives présentent un risque de mortalité, toutes causes confondues, supérieur de 20 % à 30 % à celui des personnes qui pratiquent régulièrement une activité physique d'intensité modérée. La pratique d'une activité physique régulière est associée à une réduction de 30 % pour le risque de cardiopathie ischémique, de 27 % pour le risque de diabète et à une réduction du risque de cancer du sein et du côlon comprise entre 21 % et 25 % (*10*). En outre, la pratique d'une activité physique réduit le risque d'AVC, d'hypertension et de dépression ; elle est en outre primordiale pour maintenir un équilibre énergétique et un poids sains.

Un comportement sédentaire a également été identifié comme facteur de risque indépendant de maladies non transmissibles. Le temps consacré à des activités sédentaires constitue un problème croissant dans la Région de la Méditerranée orientale du fait de l'utilisation des moyens de transport modernes et de l'augmentation du nombre d'heures passées devant la télévision, sur Internet ou à jouer à des jeux vidéo.

La recherche sur l'activité physique dans la Région est un domaine relativement nouveau. Plusieurs articles ont fait état d'associations entre l'activité physique et un risque réduit de surcharge pondérale et d'obésité tant chez l'adolescent (*13*) que chez l'adulte (*14,15*). Une étude a démontré l'existence de liens entre

Encadré 1. Définition de l'activité physique

L'activité physique est définie comme « tout mouvement produit par la contraction des [grands] muscles squelettiques, entraînant une dépense énergétique »(*9*). L'activité physique couvre un large éventail de modes de vie, de sports et d'exercices physiques.

Pour les enfants et les adolescents, l'activité physique englobe le jeu, les activités récréatives, les sports, la marche pour se rendre à l'école, le vélo et les séances d'éducation physique ou d'exercices planifiées, telles que les cours de danse (*10*).

Pour les adultes et les personnes âgées, l'activité physique englobe les activités récréatives ou de loisirs, les transports actifs (par ex. la marche ou le vélo), les activités professionnelles, les tâches ménagères, les activités ludiques, les jeux sportifs, les sports ou les séances d'exercices planifiées tels que les cours de fitness. (*10*)[1].

[1] *La relation entre l'activité physique et la santé est inverse et curvilinéaire (voir http://www.health.gov/paguidelines/report/G1_allcause.aspx#fg13). Ce sont les activités aérobies telles que la marche, le basketball, le football ou la danse qui procurent l'éventail de bénéfices pour la santé le plus vaste. Trois aspects essentiels de la « relation dose-réponse » entre l'activité physique aérobie et la santé méritent d'être soulignés (11).*

l'activité physique et un risque réduit de cancer du sein (*16*) et deux études ont examiné des associations entre l'activité physique et le cancer colorectal (*17,18*). Bien que peu d'études aient été publiées dans la Région sur les effets de l'activité physique sur les maladies non transmissibles, les bienfaits de l'activité physique sont probablement similaires dans toutes les populations.

Outre la réduction de la mortalité et de la morbidité dues aux maladies non transmissibles, l'augmentation des taux d'activité physique dans la population est associée à un large éventail d'avantages non liés à la santé ; la promotion de niveaux d'activité physique plus élevés peut contribuer à nombre de programmes d'action, parmi lesquels :

- une réduction des embouteillages, de la pollution sonore et des émissions de CO_2 ;
- une augmentation du capital social et des liens au sein des communautés ;
- une réduction des comportements anti-sociaux ; et
- une augmentation de la productivité et de la croissance économique.

Ainsi, outre les bénéfices pour la santé, la réduction des niveaux mondiaux de sédentarité contribuera à résoudre bon nombre des principaux problèmes sociaux, économiques, environnementaux ou liés au développement du XXIe siècle (*19, 20*).

Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé

En 2010, l'Organisation mondiale de la Santé a publié les premières recommandations mondiales en matière d'activité physique pour la santé (10). Elles ont été élaborées dans le cadre d'une consultation mondiale et représentent un niveau élevé de consensus sur les dernières données scientifiques. Ces recommandations de santé publique résument les bénéfices pour la santé, en termes de prévention, qu'offre un mode de vie actif et fournissent des indications claires sur la quantité d'activité physique nécessaire, à savoir :

- la fréquence à laquelle il est nécessaire d'être actif ;
- la durée pendant laquelle il est nécessaire d'être actif ; et
- les types d'activité pour la santé.

Des recommandations en matière d'activité physique ont été élaborées séparément pour différents groupes de population :

- premières années (moins de 5 ans)
- jeunes (5 à 17 ans)
- adultes (18 à 64 ans)
- personnes âgées (65 ans et plus).

Comment les recommandations peuvent-elles être utilisées ?

Les recommandations mondiales de l'OMS (voir Encadré 2) constituent pour les pays une déclaration approuvée au niveau international sur la relation dose-réponse entre l'activité physique et la santé. Les pays peuvent adopter les recommandations dans le cadre de l'élaboration de la politique et des plans d'action stratégiques nationaux.

---

[2] *La relation entre l'activité physique et la santé est inverse et curvilinéaire (voir http://www.health.gov/paguidelines/report/G1_allcause.aspx#fg13).*

Des recommandations nationales sur l'activité physique peuvent également être utilisées :

- comme base pour l'élaboration de campagnes d'éducation du public et de messages de santé sur l'activité physique ;
- pour informer et faire participer des secteurs autres que celui de la santé, tels que les secteurs des sports, des transports, de l'environnement, le secteur privé et la communauté ; et
- pour guider la planification des programmes, les politiques et d'autres actions visant à accroître la proportion de la population atteignant les niveaux d'activité physique recommandés au niveau national.

Encadré 2. Résumé des recommandations mondiales sur l'activité physique (10)

Jeunes (5 à 17 ans)

Afin d'améliorer l'endurance cardiorespiratoire et musculaire, la santé osseuse, les biomarqueurs de la santé cardiovasculaire et métabolique et de réduire les symptômes de l'anxiété et de la dépression, les recommandations sont les suivantes :

- Les enfants et les jeunes devraient cumuler chaque jour au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.
- L'activité physique quotidienne devrait être essentiellement une activité d'endurance.
- Des activités d'intensité soutenues, notamment celles qui renforcent les muscles et les os, devraient être intégrées à l'activité physique au moins 3 fois par semaine.

Adultes (18 à 64 ans)

Afin d'améliorer l'endurance cardiorespiratoire et musculaire et la santé osseuse et réduire le risque de maladies non transmissibles et de dépression, les recommandations sont les suivantes.

- Les adultes devraient pratiquer, au cours de la semaine, au moins 150 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée, ou au moins 75 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité soutenue ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- L'activité d'endurance devrait être pratiquée par périodes d'au moins 10 minutes.
- Des exercices de renforcement musculaire devraient être pratiqués au moins deux jours par semaine.

Personnes âgées (65 ans et plus)

Pour améliorer l'endurance cardiorespiratoire et musculaire, la santé osseuse et fonctionnelle et réduire le risque de maladies non transmissibles, de dépression et de déclin cognitif, les recommandations sont identiques à celles destinées aux adultes de 18 à 64 ans, mais avec les aménagements suivants :

- Les adultes appartenant à cette tranche d'âge et ayant une mobilité réduite doivent pratiquer une activité physique au moins 3 jours par semaine pour améliorer leur équilibre et prévenir les chutes.
- Lorsque les adultes de cette tranche d'âge ne peuvent pratiquer toute l'activité physique recommandée en raison de leur mauvais état de santé, ils doivent rester aussi actifs que leurs capacités et leur état le leur permettent.

Prévalence de l'activité physique dans la Région de la Méditerranée orientale

Le suivi des niveaux d'activité physique de la population est à la base de l'élaboration d'une politique et d'une action nationales. De plus, la transmission systématique et en temps voulu des données sur les niveaux nationaux d'activité physique peut étayer l'évaluation et le suivi des progrès vers les objectifs et cibles nationaux.

Les outils de surveillance destinés à mesurer l'activité physique des adultes et des jeunes ont été nettement améliorés au cours des dix dernières années. L'utilisation d'instruments d'enquête est l'approche la plus courante pour l'évaluation à grande échelle de l'activité physique. Ces outils d'auto-évaluation nécessitent que le répondant se souvienne et rende compte des activités physiques pratiquées dans différents domaines (ou de leur intensité) au cours d'une période donnée. (Voir Encadrés 3 et 4 pour des informations détaillées sur les instruments internationaux les plus couramment utilisés.)

Adultes

Selon le Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 *(1)*, les chiffres de la prévalence de la sédentarité standardisés selon l'âge chez les personnes âgées de 15 ans et plus est disponible pour 9 des 22 pays de la Région de la Méditerranée orientale. Les données nationales sont résumées à la Figure 1. Ces données révèlent une variation importante de la prévalence de la sédentarité dans l'ensemble de la Région.

Les niveaux de sédentarité les plus élevés sont observés en Arabie saoudite et au Koweït, où plus des deux tiers (60 %) des adultes sont classés comme insuffisamment actifs.

Dans la plupart des pays, à l'exception de l'Iraq et du Liban, les hommes sont plus actifs que les femmes.

Comment les adultes de la Région se situent-ils par rapport aux autres régions ?

Le Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010 *(1)* fournit

Encadré 3. Outils de surveillance pour les adultes

Il existe deux instruments couramment utilisés pour évaluer en détail l'activité physique chez les adultes : le Questionnaire mondial sur la pratique d'activités physiques (*Global Physical Activity Questionnaire*, GPAQ) et le Questionnaire international sur l'activité physique (*International Physical Activity Questionnaire*, IPAQ). Ces deux outils d'auto-évaluation ont été largement testés dans un grand nombre de pays. Ces deux mesures peuvent être calculées dans le cadre d'un entretien ou par le biais du questionnaire.

GPAQ (21)

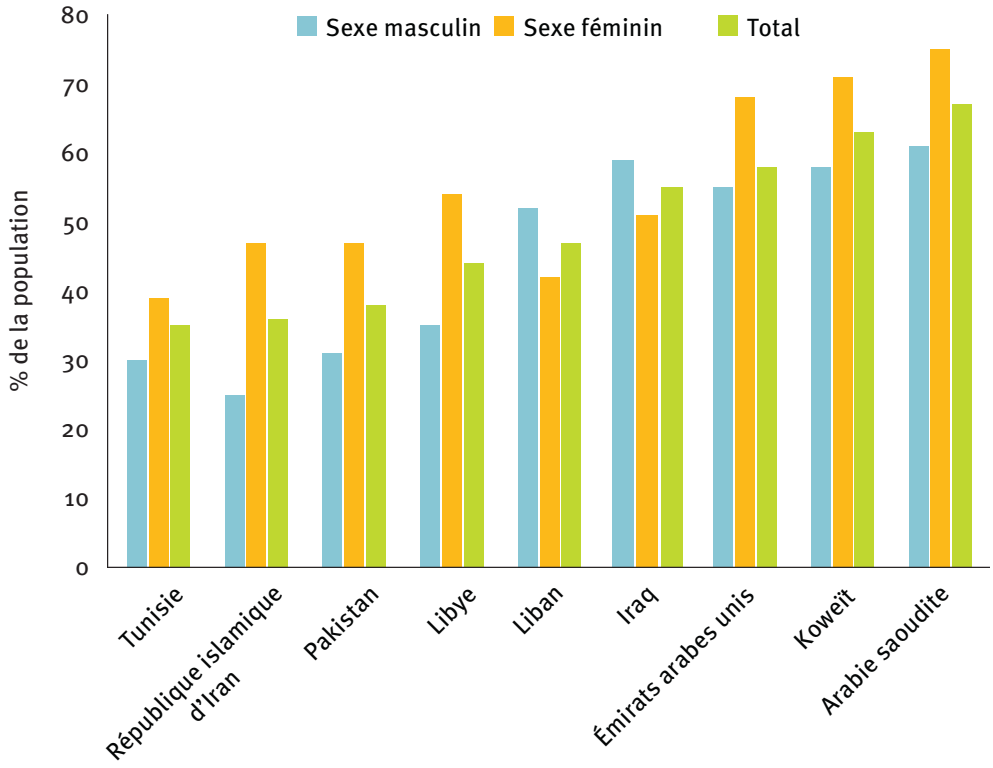
Cet outil évalue l'activité physique pratiquée dans trois domaines :

- travail
- déplacements entre le domicile et le lieu de travail
- loisirs.

IPAQ (22)

Cet instrument évalue l'activité physique dans tous les domaines en interrogeant sur le temps consacré aux différentes intensités d'activité :

- intensité modérée
- intensité soutenue
- marche.



Source : référence (1).

Fig. 1. Prévalence de la sédentarité[a] chez les adultes (15 ans et plus) par pays, en 2008

[a] *Définie comme moins de 5 fois 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée par semaine ou moins de 3 fois 20 minutes d'activité physique d'intensité soutenue par semaine, ou l'équivalent.*

des estimations de la sédentarité dans les six régions du monde. Il montre que la prévalence de la sédentarité est la plus forte dans les régions des Amériques et de la Méditerranée orientale (Fig. 2). Dans ces deux régions, près de 50 % des femmes sont sédentaires, tandis que la prévalence chez les hommes est de 40 % dans la Région des Amériques et de 36 % dans la Région de la Méditerranée orientale. La prévalence mondiale moyenne de la sédentarité est de 28 % pour les hommes et de 34 % pour les femmes.

Encadré 4. Outils de surveillance pour les adolescents

L'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (*Global school- based student health survey*, GSHS) et l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (*Health behaviour in school-aged children*, HBSC) sont deux enquêtes bien établies permettant d'évaluer l'activité physique des adolescents. L'enquête HBSC est menée dans plus de 40 pays, principalement en Europe. L'enquête GSHS a été mise en œuvre dans plus de 70 pays, dont 17 sont situés dans la Région de la Méditerranée orientale.

Les données présentées dans ce rapport sont tirées de l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves. Cette enquête évalue le pourcentage d'adolescents qui ont pratiqué au moins 60 minutes d'activité physique par jour au moins 5 jours par semaine.

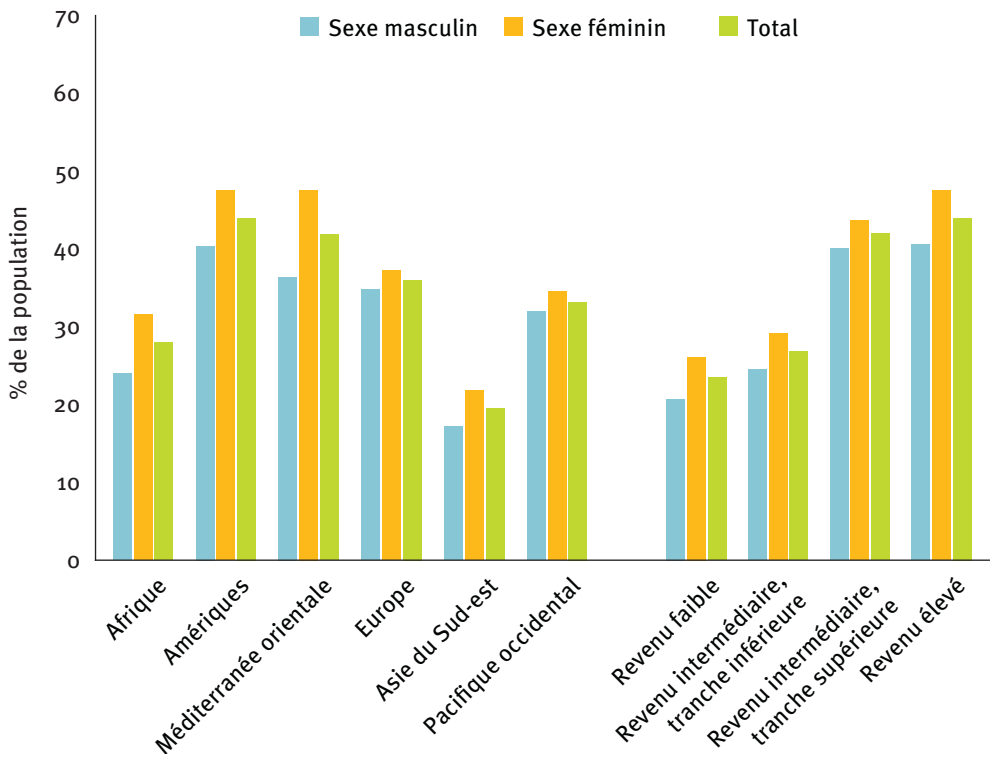


Fig. 2. Prévalence de la sédentarité chez les adultes (15 ans et plus) par région OMS et par groupe de revenu défini par la Banque mondiale, en 2008

Adolescents

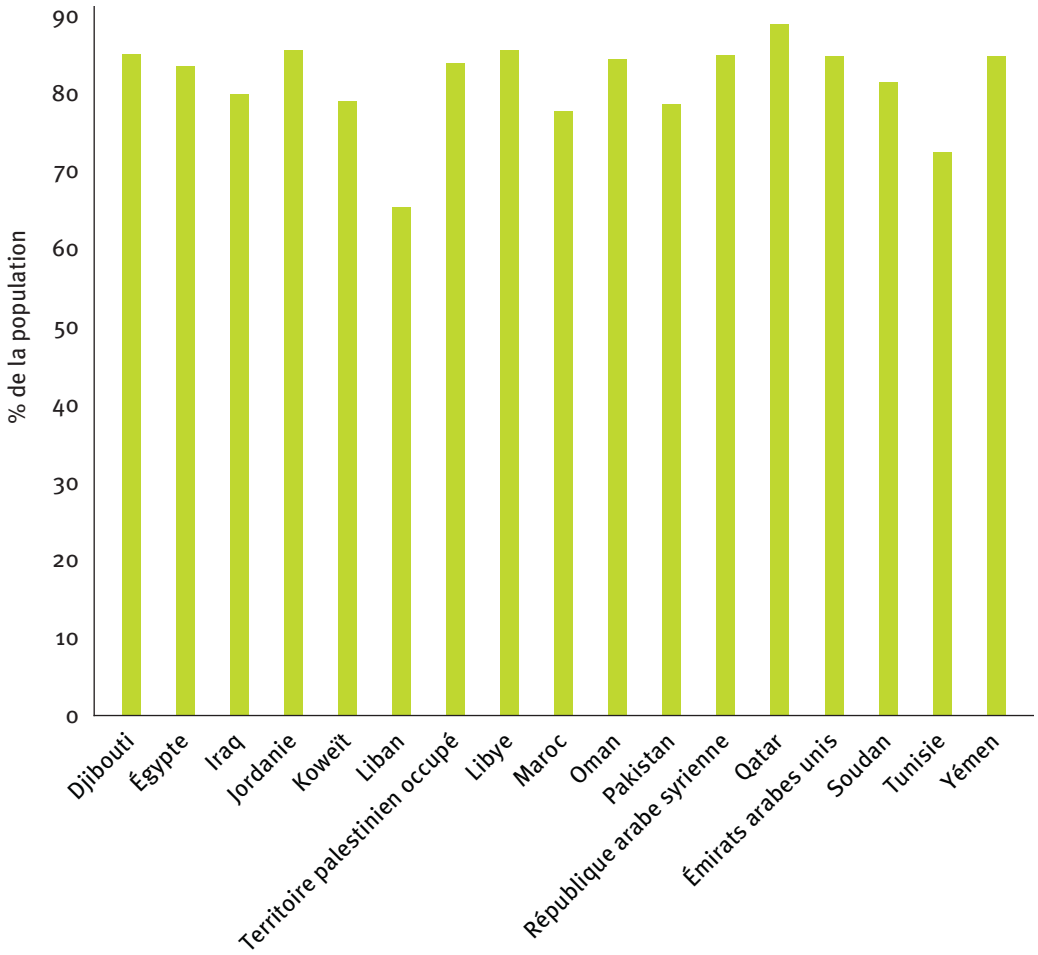
Le suivi de l'activité physique chez les adolescents (âgés de 13 à 15 ans) est bien développé dans la Région de la Méditerranée orientale. La collecte des données dans le cadre de vastes collaborations internationales, telles que l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (*Global school - based student health survey,* GSHS), montre que la sédentarité est une préoccupation majeure.

En moyenne, seuls 21 % des adolescents suivent les recommandations mondiales, à savoir 60 minutes d'activité physique par jour au moins 5 jours par semaine (voir Fig. 3). Ce taux est compris entre 11 % au Soudan et 35 % au Liban. Dans tous les pays, à l'exception du Soudan, les garçons sont plus actifs que les filles. En moyenne, 26 % des garçons et 15 % des filles satisfont aux recommandations pour ce groupe d'âge.

Comment les adolescents de la Région se situent-ils par rapport aux autres régions ?

Il est utile de comparer les niveaux actuels et les progrès en matière d'activité physique dans d'autres régions. Des données comparables sur la sédentarité chez les adolescents (âgés de 13 à 15 ans) obtenus dans le cadre de l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves, sont disponibles pour 13 pays de la Région du Pacifique occidental, 5 pays de la Région de l'Afrique et 16 pays de la Région des Amériques (voir Fig. 4).

La Région de la Méditerranée orientale est la région où les niveaux d'activité physique chez les



Source : Organisation mondiale de la Santé. Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves (http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/, consulté le 22 janvier 2014) (En anglais).

Fig. 3. Prévalence de la sédentarité chez les adolescents (âgés de 13 à 15 ans) dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale

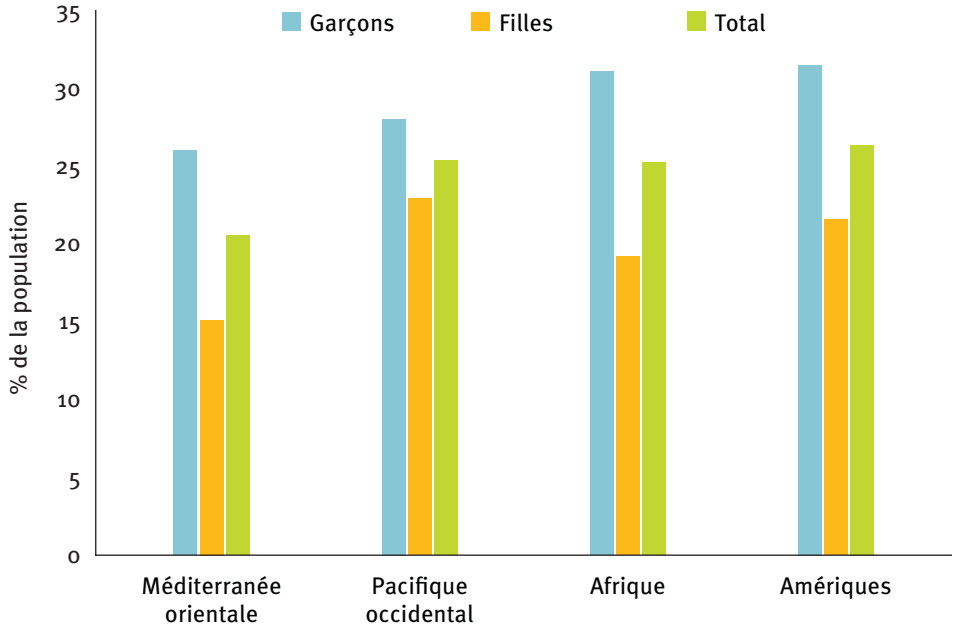
adolescents sont les plus faibles. La prévalence globale pour la Région est de 21 %, contre 25 % dans la Région du Pacifique occidental, 25 % en Afrique et 26 % dans la Région des Amériques.

Les déterminants de l'activité physique

Quels facteurs et conditions influencent l'activité physique ?

Un large éventail de facteurs influence les choix comportementaux liés au mode de vie que font les individus, qui à leur tour ont un impact sur leur santé. Les modèles socio-écologiques fournissent un cadre complet pour comprendre les nombreux déterminants interdépendants des comportements liés à la santé (voir Fig. 5).

Le comportement en matière d'activité physique exerce une influence à de multiples niveaux : individuel, interpersonnel (social, culturel), organisationnel, communautaire (notamment l'environnement physique), ainsi que sur les politiques publiques. La politique et les programmes nationaux doivent avoir pour objectifs d'agir sur les déterminants de l'activité physique à chaque niveau.



Source: World Health Organization. Global health observatory data repository (http://apps.who.int/gho/data/view.main.2482?lang=en, accessed 22 January 2014).

Fig. 4. Prévalence régionale des adolescents (âgés de 13 à 15 ans) pratiquant au moins 60 minutes d'activité physique par jour au moins 5 jours par semaine

Source : adapté de la référence (23).

Fig. 5. Modèle socio-écologique pour l'activité physique

La compréhension des déterminants de l'activité physique, ainsi que des principes du changement de comportement, est importante pour guider l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et d'interventions appropriées dans la Région.

Les obstacles à l'activité physique dans la Région de la Méditerranée orientale sont les suivants :

- les obligations familiales concurrentes, telles que l'éducation des enfants et les tâches ménagères ;
- un nombre d'heures de travail élevé ;
- des charges de travail scolaire importantes ;
- d'autres priorités concurrentes, telles que les relations sociales ;
- l'absence d'installations de loisirs à un prix abordable ;
- l'absence d'espaces de plein air, tels que les parcs, pour pratiquer une activité physique ;
- des systèmes de transports publics inadaptés et le recours fréquent aux voitures ;
- l'absence de quartiers favorables à la marche ;
- le sentiment d'insécurité ; et
- le climat.

Les femmes de la Région rencontrent parfois des obstacles à l'activité physique en raison de leurs rôles traditionnels au sein de la société. Ces obstacles peuvent être les suivants : la responsabilité de l'éducation des enfants et des tâches ménagères, qui leur laisse moins de temps pour participer à des activités physiques, l'absence de soutien social et communautaire à la participation des femmes aux activités physiques et les idées préconçues sur l'activité physique et la santé génésique.

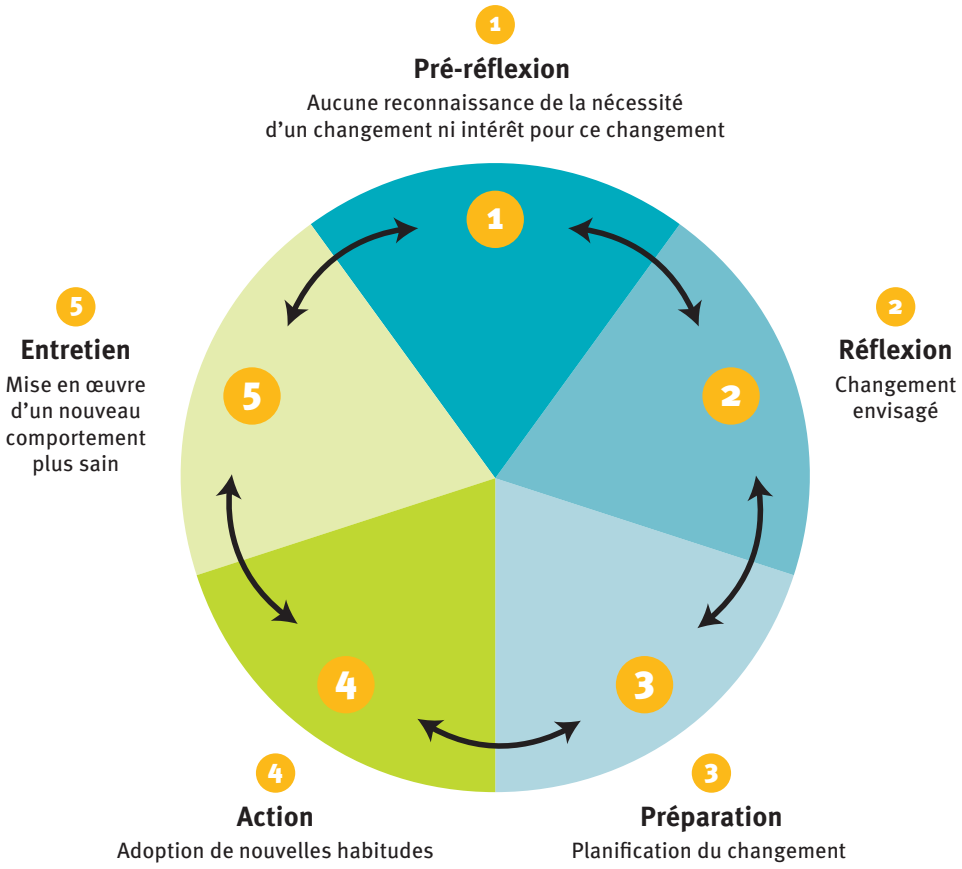
Le soutien au changement de comportement

La compréhension des influences qui s'exercent sur les comportements liés au mode de vie et de la manière dont il est possible de modifier ces comportements constitue la base d'une action nationale efficace.

Des études ont montré que le changement de comportement est un processus graduel et que chaque étape requiert un ensemble de soutiens différents. Les actions et programmes de promotion de la santé devraient avoir pour objectif d'aider les individus à franchir chaque étape, depuis la sédentarité jusqu'à un mode de vie actif. Toutefois, des études ont aussi montré que de multiples stratégies sont nécessaires pour aider des populations entières à modifier leur comportement, chaque stratégie étant destinée à un groupe de population donné et ciblant les principaux obstacles.

La Fig. 6 présente les étapes du changement de comportement selon un modèle populaire qui a été initialement élaboré dans le cadre de la lutte antitabac. Il est maintenant appliqué avec succès à la compréhension de l'activité physique.

Ce modèle distingue cinq étapes et les individus sont supposés franchir chaque étape à des vitesses variables. Ils peuvent changer plusieurs fois d'avis avant d'atteindre le stade d'entretien au cours duquel un nouveau comportement sain est établi de façon durable. Ce modèle peut contribuer à la conception de programmes et politiques car il concentre l'attention sur les besoins des individus et les obstacles à l'activité physique à chaque stade du processus de changement de comportement.



Source: référence (24).

Fig. 6. Le modèle transthéorique

Résumé des actions nationales actuelles en matière d'activité physique

Cartographie des politiques

Un exercice de cartographie des politiques a été entrepris afin d'évaluer la situation de la politique et de l'action nationales en matière d'activité physique dans les 22 pays de la Région. À l'aide d'un nouvel outil standardisé, l'Outil d'audit des politiques en matière d'activité physique bienfaisante pour la santé (*Health Enhancing Physical Activity* (HEPA) *Policy Audit Tool* (PAT), des représentants de chaque pays ont été contactés et priés de fournir, dans la mesure du possible compte tenu du temps dont ils disposaient, des informations détaillées sur l'action nationale en matière d'activité physique pour toute une série de domaines clés. Les items de l'Outil d'audit des politiques ont permis de recueillir des informations dans chaque pays sur les domaines suivants.

1) Cadre politique national : contenu et élaboration de la politique et du plan d'action

Les items ont identifié des documents clés importants relatifs à la politique nationale (récents et actuels) et leurs plans d'action respectifs (lorsqu'ils étaient disponibles) dans tous les secteurs concernés, notamment ceux de la santé, du sport, des transports, de l'éducation, de l'environnement et de tout autre secteur désigné par les répondants. Des items supplémentaires ont évalué les progrès accomplis dans le suivi et l'évaluation,

La compréhension des obstacles à l'activité physique peut aider à planifier et à mettre en œuvre des actions visant à faciliter le changement de comportement.

les objectifs et les cibles, ainsi que dans les partenariats.

2) Mise en œuvre de la politique

Les items avaient pour but de rechercher des informations sur les initiatives en matière d'activité physique (aux niveaux national et local), la collaboration entre les secteurs et la participation de la communauté, ainsi que des exemples d'actions couronnées de succès et d'autres moins réussies.

La collecte d'informations standardisées dans tous les pays fournit un instantané de la situation actuelle des actions de santé publique visant à remédier à la sédentarité. Les résultats ont également contribué à identifier les domaines ayant enregistré des progrès et connu des réussites au sein des pays, ainsi que les difficultés courantes auxquelles ils sont confrontés pour déclencher et intensifier une réponse nationale en ce qui concerne la sédentarité dans le cadre de leur programme de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.

Méthodes

L'exercice de cartographie a été entrepris entre septembre et décembre 2013. L'Outil d'audit des politiques en matière d'activité physique bienfaisante pour la santé a été fourni en version papier et en version électronique en anglais, en français et en arabe, accompagné de notes d'orientation.

Les principaux points focaux des ministères de la Santé et des bureaux de pays de l'OMS ont été identifiés, ainsi que les individus clés des autres ministères ou des institutions universitaires. Les points focaux ont été invités à mettre en œuvre l'Outils d'audit des politiques et à solliciter des contributions et des informations auprès d'autres ministères et organismes concernés, tels que le Comité olympique national ou des associations civiles participant au programme d'activité physique. Les contraintes de temps n'ont pas permis une large participation et dans certains pays l'Outil d'audit des politiques a été mis en œuvre sans la collaboration ou les commentaires d'autres sources. Dans deux pays, l'Outil d'audit des politiques a été mis en œuvre par un universitaire éminent.

Dans la plupart des pays, les informations fournies par le biais de l'Outil d'audit des politiques n'ayant pas été officiellement approuvées ou avalisées par le Gouvernement, les résultats présentés ici sont considérés comme préliminaires et ne donnent qu'une indication des progrès et des problèmes liés à la promotion de l'activité physique.

L'action se poursuivra en vue de terminer l'exercice, en prévoyant une période de consultation plus complète et en permettant une participation multisectorielle, ainsi que la validation des informations définitives. Certains pays n'ayant pas été en mesure de mettre en œuvre l'Outil d'audit des politiques dans les délais impartis, d'autres opportunités seront recherchées afin de permettre à ces pays de participer.

Résultats

L'Outil d'audit des politiques en matière d'activité physique bienfaisante pour la santé a été soumis pour 12 pays lors de ce premier cycle. L'outil a été mis en œuvre par un point focal du ministère de la Santé, par un universitaire éminent ayant une bonne connaissance du

Tableau 1. Couverture des documents de politique nationale par environnement et groupe de population

	Environnements													Groupes de population											
	écoles maternelles	primaires	secondaires	universités	soins de santé primaires	soins de santé cliniques	milieu professionnel	services destinés aux personnes âgées	sports et loisirs	transports	tourisme	environnement	urbanisme, planification	premières années	enfants et jeunes	personnes âgées	population active/	employées femmes	personnes présentant des incapacités	populations atteintes de maladies chroniques	sédentaires/personnes les plus inactives	groupes de faible niveau socio-économique	familles	populations autochtones	population générale
Bahreïn	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
République islamique d'Iran (en cours d'élaboration)		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓
Iraq		✓			✓				✓	✓															✓
Koweït[1] (non encore adopté)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
Maroc		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
Oman		✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓				✓		✓			✓	✓				✓
Territoire palestinien occupé		✓	✓		✓				✓						✓										
Qatar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
Arabie saoudite		✓	✓	✓	✓			✓	✓			✓			✓	✓		✓					✓		✓
Émirats arabes unis[2]		✓	✓	✓			✓		✓						✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓

[1] Parmi les autres environnements cités figuraient : le désert, les sociétés coopératives et les *dewaniyas*.
[2] Les réponses reflètent la couverture de la stratégie et du programme de Dubaï en matière de sport (*Dubai Pulse*) et non un document de politique de santé nationale.

domaine, un point focal du bureau de pays de l'OMS ou plusieurs de ces personnes. La participation et les commentaires des autres secteurs ont été sollicités dans la plupart des pays, mais les informations ne sont pas toutes parvenues à temps pour être prises en compte dans le rapport soumis dans le délai imparti. Un résumé des principaux résultats, classés selon les thèmes principaux, est présenté ci-dessous.

1) Contexte de la politique nationale

Sept des douze pays ont indiqué disposer d'une politique nationale de santé incluant l'activité physique. Trois pays (Bahreïn, l'Iraq et le Territoire palestinien occupé) disposent d'une politique ou de plans stratégiques nationaux en matière de maladies non transmissibles dont l'un des objectifs est axé sur l'activité physique. Quatre pays (le Maroc, Oman, le Qatar et l'Arabie saoudite) disposent d'une politique spécifique pour la promotion des modes de vie sains (Maroc) ou une stratégie nationale portant à la fois sur la nutrition (alimentation) et l'activité physique. Deux pays ont indiqué qu'une politique et un plan d'action nationaux en matière d'activité physique sont en cours d'élaboration (République islamique d'Iran) ou en attente d'adoption par le gouvernement national (Koweït). Les Émirats arabes unis n'ont pas fait état d'un document de politique nationale dans le secteur de la santé portant sur l'activité physique mais ont communiqué des informations détaillées sur le plan stratégique national du Comité des sports de Dubaï qui prévoit une initiative majeure de promotion des sports et de l'activité physique à Dubaï (*Dubai Pulse*).

Les réponses des pays ont également identifié la présence d'une législation qui énonce les conditions nécessaires à la mise en place d'un programme scolaire d'éducation physique pour les différentes classes (Égypte, Maroc, Territoire palestinien occupé) et d'une politique rendant obligatoire l'éducation physique pour les filles et les garçons (Arabie saoudite).

Certains pays ont identifié des documents de politique de secteurs autres que le secteur de la santé faisant référence et appelant à une action en faveur de l'activité physique. Il s'agit, par exemple, de documents de politique relatifs à l'urbanisme, aux sports et aux transports.

2) Portée de la politique nationale en matière d'activité physique

Les pays ont fourni des informations détaillées sur les environnements et les groupes de population visés dans les principaux documents nationaux. Ces résultats sont présentés dans le Tableau 1. La plupart des documents de politique font état d'actions portant sur la vie entière et de nombreux environnements.

3) Direction et participation multisectorielle en matière d'éducation physique

Les pays ont été priés d'indiquer quel organisme prenait les initiatives pour l'activité physique et s'il existait un comité de coordination multisectoriel national. D'autres items visaient à recueillir des informations sur le niveau d'intégration de la politique et sur les partenariats dans la mise en œuvre des programmes et actions concernant l'activité physique dans le pays.

Trois pays (République islamique d'Iran, Qatar et Koweït) ont indiqué l'existence d'un comité de coordination national pour l'activité physique. Un pays (la Jordanie) a signalé qu'il comptait autrefois un comité qui a cessé d'exister. Deux pays (Bahreïn et le Territoire palestinien occupé) ont indiqué l'existence de comités nationaux des maladies non transmissibles chargés de promouvoir et de coordonner l'activité physique.

Les données transmises indiquent que le Ministère de la Santé est l'organisme chef de

file dans de nombreux pays, bien que dans l'Émirat de Dubaï, le Comité des sports de Dubaï ait assumé la direction au cours des dernières années dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sport et de Dubai Pulse. En Égypte, la direction a été assumée par les Ministères des Sports, de la Jeunesse et de l'Éducation. À Oman, le Comité national olympique a assuré la direction sous la supervision du Ministère des Sports.

La plupart des pays ont indiqué, à des degrés divers, des partenariats entre différents ministères, notamment ceux de la santé, des sports, de la jeunesse et de l'éducation. Les mentions d'intégration et de partenariats avec les ministères des transports, de l'environnement et de l'urbanisme ont été moins fréquentes.

4) Surveillance, recommandations, cibles et objectifs nationaux en matière d'activité physique

Recommandations nationales en matière d'activité physique.

Deux pays (Oman et le Qatar) ont indiqué avoir élaboré leurs propres recommandations nationales en matière d'activité physique. Trois pays (Bahreïn, le Koweït et l'Arabie saoudite) ont indiqué appliquer les lignes directrices et recommandations internationales. Bahreïn a annoncé l'adoption formelle des recommandations mondiales de l'OMS sur l'activité physique et le Koweït a recommandé l'adoption des recommandations mondiales dans son projet de politique nationale en attente d'approbation par le Gouvernement.

Cibles nationales pour l'activité physique

Cinq pays ont mentionné l'existence de cibles nationales, soit pour l'augmentation des niveaux d'activité physique dans la population, soit pour la réduction de la prévalence de la sédentarité. Un pays a défini des cibles visant à augmenter l'activité physique et d'autres visant à réduire la sédentarité.

Surveillance nationale de l'activité physique

Sept pays ont fait état du recueil de données relatives à la surveillance de l'activité physique (Bahreïn, République islamique d'Iran, Koweït, Oman, Territoire palestinien occupé, Qatar, Arabie saoudite). Cinq pays ont déclaré entreprendre l'enquête STEPS (République islamique d'Iran, Koweït, Palestine, Qatar, Arabie saoudite). Ces données fournissent une estimation de la proportion de la population adulte suivant les recommandations mondiales, à savoir au moins 150 minutes d'activité physique modérée par semaine.

Pour les pays de la Région, les données sur les tendances sont limitées. Seule l'Arabie saoudite a entrepris l'enquête STEPS à plusieurs reprises (en 2005 et 2013). Plusieurs autres pays ont prévu d'organiser une deuxième enquête.

D'autres enquêtes nationales et études de cohortes ont été réalisées. Elles fournissent des données supplémentaires sur la participation des adultes et des jeunes. Par exemple, l'*Arab Teen Lifestyle Survey* (ATLS) [Enquête sur les modes de vie des jeunes dans les pays arabes] et l'étude sur les maladies coronariennes ont été réalisées en Arabie saoudite. Oman a indiqué que des données sur l'activité physique avaient été recueillies dans l'Enquête mondiale sur la santé 2008, dans l'Enquête mondiale réalisée en milieu scolaire sur la santé des élèves à Oman, (2005) et plusieurs enquêtes régionales, par exemple à Nizwa et à Sur.

5) Exemples de programmes et d'actions concernant l'activité physique

Les pays ont été priés d'identifier des exemples de programmes et d'actions en cours destinées à promouvoir et à soutenir l'activité physique.

Les réponses indiquent qu'il existe dans les pays des exemples d'actions en cours ou planifiées destinées à promouvoir l'activité physique dans tous les environnements clés, utilisant toutes les stratégies clés de promotion de la santé et portant sur la vie entière. Parmi les exemples fournis figurent :

- des programmes scolaires ;
- des séances quotidiennes d'activité physique lors de pauses dans la salle de classe et/ou avant les cours ;
- des programmes communautaires de marche (y compris dans les centres commerciaux) ;
- la célébration d'une Journée de l'activité physique ;
- des journées sans voiture ;
- des programmes d'éducation et de formation pour les professionnels de la santé ;
- des programmes qui s'adressent à l'ensemble de la communauté ;
- la mise à disposition accrue d'installations sportives ;
- la mise à disposition d'installation de sports et de loisirs pour les femmes dans les parcs et les centres de loisirs ;
- des systèmes de location de vélos ;
- des programmes de marche avec podomètre (faisant appel aux réseaux sociaux) ;
- l'utilisation partagée des installations scolaires ;
- des zones piétonnes et des zones sans voiture ;
- l'aménagement de sentiers piétonniers et d'aires de jeux ;
- des programmes médiatiques et éducatifs ;
- l'évaluation et la promotion de l'activité physique dans le cadre des soins de santé primaires (chez les enfants et les adultes obèses) ;
- des cursus d'éducation physique pour les filles ;
- l'augmentation des opportunités d'activités physiques en partenariat avec le secteur privé.

Défis rencontrés pour intensifier l'action nationale en matière d'activité physique

Les pays ont été priés d'identifier les principaux défis ou difficultés liés au développement et à la mise en œuvre de l'action nationale en matière d'activité physique. Les réponses sont regroupées sous 10 thèmes principaux.

1) Direction et coordination

Plusieurs pays ont identifié la nécessité d'une direction efficace et la difficulté d'établir et de maintenir des communications et des actions intégrées entre les différents ministères et avec des secteurs autres que celui de la santé. Il est à noter que seuls trois pays ont signalé l'existence d'un comité national officiel, tandis que d'autres pays ont indiqué que l'activité physique était placée sous la direction d'un sous-comité du comité national des maladies non transmissibles. Le processus de collaboration entre les différents secteurs et d'intégration des politiques est long et difficile. Il requiert une direction et un soutien

forts. Il existe des exemples à travers le monde où des structures de ce type ont été pérennisées et il est important de partager les enseignements tirés et les réussites enregistrées dans la Région comme à l'extérieur.

2) Politique nationale

Pour les pays qui n'ont pas de politique nationale, l'un des défis clés était l'absence d'axe stratégique clair sur la question de la sédentarité. D'autres pays, dotés d'une politique nationale, se demandaient si la consultation et la participation avaient été suffisantes pour l'élaboration et si la politique devait être renforcée.

3) Financement

Plusieurs pays ont déclaré que l'insuffisance du financement affecté aux actions de promotion de l'activité physique constitue un défi si l'on souhaite intensifier ces actions.

4) Environnements favorables

Plusieurs pays ont signalé que les milieux et les environnements ne sont pas favorables à un mode de vie actif et n'encouragent pas l'activité physique. Plus précisément, les établissements scolaires ne sont pas favorables et ne fournissent pas aux jeunes un équipement et des opportunités suffisantes pour leur permettre d'être actifs. L'urbanisme n'est pas favorable non plus. Parmi les exemples figurent l'absence de voies piétonnières et de trottoirs pour la marche, ainsi que le bruit, la pollution de l'air et la circulation. En outre, la modification de l'environnement a été identifiée comme étant une opération difficile car cela exige qu'un engagement, une participation, une politique et des ressources soient affectés au changement de la situation actuelle et à la réalisation d'investissements pour l'avenir dans une infrastructure urbaine.

5) Normes et traditions culturelles

Plusieurs pays ont identifié les normes traditionnelles et les valeurs culturelles comme étant des facteurs défavorables à l'activité physique. Aucun exemple n'a toutefois été fourni.

6) Connaissances

Le manque de connaissances a été cité au nombre des défis. Il peut s'agir du manque de connaissances, tant au sein du secteur de la santé qu'à l'extérieur, sur l'importance de l'activité physique dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Il peut s'agir également d'un manque de connaissances et de compréhension, au sein de la communauté, quant à l'importance d'un mode de vie actif, à la façon d'être actif, à ce qu'il convient de faire et aux lieux où l'activité peut être pratiquée de manière agréable. Ce défi peut être relevé grâce à des actions plus nombreuses dans le domaine de l'éducation du public, du développement professionnel dans le secteur de la santé et d'autres secteurs, ainsi que par le biais de campagnes médiatiques. Un pays a fait remarquer que le recours aux médias de masse a été limité dans la Région.

7) Intégration de l'activité physique dans les systèmes de santé

Plusieurs pays ont signalé l'absence d'approche systémique de la promotion de l'activité physique dans le cadre des soins de santé primaires et secondaires. Cette lacune peut être comblée par la mise en œuvre d'approches utilisées avec succès dans d'autres pays de la Région ou ailleurs dans le monde. Des initiatives sont en cours d'élaboration pour fournir des ressources et des formations afin d'aider les pays dans

ce domaine. Les programmes d'études et de formation continue dans le domaine médical, ainsi que les programmes d'études dans les domaines des soins infirmiers et des disciplines paramédicales, doivent être revus afin qu'une attention suffisante soit accordée à l'activité physique en tant que traitement primaire et secondaire.

8) Qualité de l'éducation physique

Certains pays ont désigné l'absence de programme d'enseignement de qualité, ou son inadéquation, dans le domaine de l'éducation physique comme un défi pour la promotion de l'activité physique. Cet aspect est particulièrement important pour les filles, car l'absence de participation aux cours d'éducation physique pendant les années de scolarité n'encourage pas les femmes à être actives au cours des années suivantes. La politique en matière d'éducation devrait non seulement comporter des précisions sur la fréquence et la durée des cours d'éducation physique, mais également en indiquer les conditions et prévoir des évaluations de leur qualité, afin de garantir qu'ils contribuent à accroître les niveaux de participation et le plaisir de pratiquer une activité physique tout au long de la vie.

9) Comportement en matière d'activité physique

La difficulté à changer les comportements liés au mode de vie a été citée au nombre des défis. Il est certain que l'activité physique peut être pratiquée de différentes manières et dans de nombreux environnements. Toutefois, il est également évident qu'il existe de nombreux obstacles empêchant ou dissuadant les individus d'être plus actifs. Une combinaison de stratégies mise en œuvre au fil du temps est nécessaire pour que les actions visant à changer les comportements soient efficaces. Des témoignages de pays d'autres régions montrent que les niveaux d'activité physique au sein de la population peuvent être augmentés si les actions nationales sont coordonnées et poursuivies sur le long terme.

10) Rotation élevée des cadres et des personnels

Plusieurs réponses ont indiqué que l'instabilité politique et la rotation élevée des cadres et des personnels qui en résulte dans les secteurs concernés constituent un obstacle aux progrès.

Quelles mesures sont efficaces ?

Les sept meilleurs domaines d'investissement pour les actions nationales de promotion de l'activité physique

Du fait des influences interdépendantes nombreuses et variées sur l'activité physique, aucune approche de la promotion de l'activité physique n'est susceptible de suffire à elle seule. Un éventail de documents a été produit afin de fournir des orientations sur l'élaboration d'une stratégie complète visant à accroître l'activité physique au sein de la population.

Sept domaines d'action, attestés par des données d'efficacité satisfaisantes et applicables partout dans le monde, ont été identifiés. La Fig. 7 illustre ces sept domaines.

Un investissement dans les sept domaines représente une approche exhaustive de la promotion de l'activité physique qui, si elle est mise en œuvre à une échelle suffisante, contribuera de manière significative à alléger le fardeau des maladies non transmissibles et à promouvoir la santé et le bien-être.

Des programmes scolaires globaux

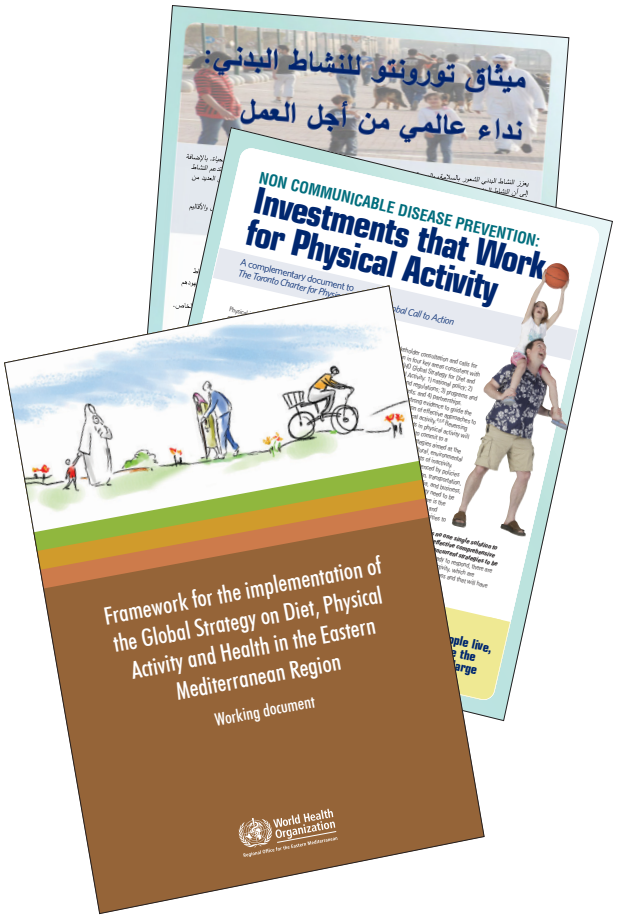
L'école est un environnement important pour influencer le comportement des enfants et

des jeunes en matière d'activité physique. Les approches scolaires globales impliquent :

- des cours d'éducation physique ;
- des environnements physiques adaptés à l'activité physique ;
- le soutien des programmes en faveur de la marche ou du vélo pour se rendre à l'école ;
- la fourniture de ressources pour favoriser les activités physiques structurées et non structurées tout au long de la journée (par ex. jeux et récréation avant, pendant et après l'école) ; et
- des activités extra-scolaires.)

En Arabie saoudite, le programme Alharaka baraka encourage les enfants à prendre soin de leur santé.

La mise en en œuvre d'une approche scolaire globale de la promotion de l'activité physique nécessitera le soutien des personnels, des élèves, des parents et de l'ensemble de la communauté. Parmi les programmes de ce type qui s'avèrent



Source: référence (24).

Fig. 7. Les 7 meilleurs domaines d'investissement pour les actions nationales de promotion de l'activité physique (25)

Un programme scolaire au Yémen (à gauche) et le projet Let's rise à Oman (à droite) encouragent l'activité physique pour les filles et les garçons.

efficaces figure le programme Alharaka Baraka (Arabie saoudite), tandis que le Prix du Roi Abdallah II pour la condition physique (King Abdullah II Prize for Fitness) (Jordanie) complète le cursus ordinaire (voir Encadré 5).

Transports

Le recours accru à la marche et au vélo, souvent appelés « transports actifs » est un moyen pratique et durable d'accroître

Encadré 5 Prix du Roi Abdallah II pour la condition physique (Jordanie)

Le Prix du Roi Abdallah II pour la condition physique est un programme de promotion de la condition physique destiné à compléter le cursus ordinaire d'éducation physique pour les enfants âgés de 9 à 17 ans. Ce programme vise principalement à encourager les élèves à participer à des activités physiques et à améliorer leur condition physique. Des tests de condition physique sont effectués avant et après la participation au programme et une récompense financière est offerte à tous les élèves qui atteignent le niveau « or » dans toutes les composantes de la condition physique (endurance musculaire, endurance cardio-respiratoire, souplesse, agilité et vitesse).

Les programmes de récompense constituent pour les enfants une incitation à participer aux activités physiques.

Encadré 6. Location de vélos en République islamique d'Iran

Téhéran, capitale de la République islamique d'Iran, a lancé un programme de partage de vélos, financé par le gouvernement municipal. Ce programme vise à réduire les embouteillages et la pollution dans les rues de Téhéran. Douze stations regroupant chacune 40 vélos, sont réparties dans la ville. Plus de 6000 personnes se sont abonnées à ce programme qui permet d'utiliser un vélo pendant une durée maximale de 4 heures consécutives.

La ville d'Ispahan a conçu un programme similaire, qui consiste en une carte de transport valable dans toute la ville offrant, outre l'accès au train, au tram et au bus, la possibilité de louer un vélo.

Douze stations réparties dans Téhéran permettent aux habitants de louer des vélos fournis par la municipalité.

l'activité physique au quotidien. En outre, le recours accru à la marche et au vélo, particulièrement pour les trajets courts dans les zones urbaines, générera d'autres bénéfices, tels que l'amélioration de la qualité de l'air, la réduction des embouteillages et Le Prix du Roi Abdallah II pour la condition physique est un programme de promotion de la condition physique destiné à compléter le cursus ordinaire d'éducation physique pour les enfants âgés de 9 à 17 ans. Ce programme vise principalement à encourager les élèves à participer à des activités physiques et à améliorer leur condition physique. Des tests de condition physique sont effectués avant et après la participation au programme et une récompense financière est offerte à tous les élèves qui atteignent le niveau « or » dans toutes les composantes de la condition physique (endurance musculaire, endurance cardio-respiratoire, souplesse, agilité et vitesse). la réduction des émissions de CO_2. La promotion de la marche et du vélo requiert diverses stratégies, parmi lesquelles :

- l'aménagement de chemins piétonniers ;
- l'aménagement de pistes cyclables (en dehors des routes et sur celles-ci) ;
- des mesures visant à améliorer la sécurité des piétons et des cyclistes ;
- l'amélioration des infrastructures des transports publics ;
- des mesures destinées à améliorer la sécurité et le confort(par ex. arbres, ombre, aires de repos) ;
- l'installation d'équipements de fin de parcours (par ex. des parking à vélos) ;
- des systèmes de location de vélos (comme à Londres, Paris, Téhéran) ;
- des programmes d'éducation du public visant à promouvoir les avantages des transports actifs ;
- des programmes de promotion dans les écoles, les communautés et les lieux de travail, visant à modifier les choix en matière de transport en faveur du vélo et de la marche (voir Encadré 6).

Soins de santé

Les médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et autres professionnels de la santé sont une source importante de conseils pour la plupart

des personnes. En adressant des messages positifs aux patients et en les encourageant à être plus actifs, les professionnels de la santé ont la possibilité d'influencer le comportement de pourcentages élevés de la population. Une brève évaluation de l'activité physique des patients et des conseils prodigués par leur prestataire de soins constituent une intervention convaincante et efficace. Les programmes de soins de santé qui mettent les patients en contact des programmes d'activité physique peuvent leur fournir des opportunités d'être physiquement actifs localement et les aider à modifier leur mode de vie de manière durable.

Les bénéfices procurés par une activité physique régulière dépassent la prévention primaire des maladies non transmissibles et incluent la prévention secondaire et tertiaire des maladies chroniques. L'activité physique est recommandée aux patients atteints de maladies cardio-vasculaires, de diabète et de cancer, dans le cadre de leur traitement et de leur réadaptation. Une approche globale de la promotion de l'activité physique dans le cadre des soins de santé doit inclure les soins primaires, secondaires et tertiaires (voir Encadré 7).

Téhéran, capitale de la République islamique d'Iran, a lancé un programme de partage de vélos, financé par le gouvernement municipal. Ce programme vise à réduire les embouteillages et la pollution dans les rues de Téhéran. Douze stations regroupant chacune 40 vélos, sont réparties dans la ville. Plus de 6000 personnes se sont abonnées à ce programme qui permet d'utiliser un vélo pendant une durée maximale de 4 heures consécutives.

La ville d'Ispahan a conçu un programme similaire, qui consiste en une carte de transport valable dans toute la ville offrant, outre l'accès au train, au tram et au bus, la possibilité de louer un vélo.

Encadré 7. Exercise is medicine (Koweït)

Exercise is medicine (L'exercice : un remède) est une initiative mondiale dont l'objectif est d'encourager les médecins de premier recours et les autres prestataires de soins à intégrer l'activité physique dans les traitements de référence destinés aux patients. Il peut s'agir d'élaborer des plans de traitement intégrant l'activité physique et/ou d'adresser les patients à un moniteur de sport qualifié ou à un autre professionnel de la santé qui leur apportera des conseils en matière d'activité physique.

Un groupe de travail dédié à l'initiative *Exercise is medicine* a été créé au Koweït pour étudier les mécanismes d'intégration de cette initiative dans le système de santé.

Urbanisme

La façon dont les villes et les centres urbains sont aménagés peut fournir des opportunités d'activité physique ou constituer des obstacles. Les règlements d'urbanisme et d'aménagement urbain exigeant un zonage à vocation mixte et des réseaux de rues comportant de nombreuses liaisons entre elles permettent aux habitants de se déplacer plus facilement à pied ou à vélo. Les sites doivent être pratiques et accessibles pour permettre aux citadins de s'y rendre à pied ou à vélo. En outre, un accès adéquat aux espaces publics ouverts, aux parcs et aux installations sportives et de loisirs est important pour encourager la pratique d'activités de loisirs actives (voir Encadré 8). Les caractéristiques esthétiques des espaces publics ouverts ont également leur importance car elles influencent la manière dont un espace est utilisé et déterminent si cette utilisation sera active ou passive.

Encadré 8. Aménagement du Wadi Hanifa, en Arabie saoudite

Wadi Hanifa est une vallée de plus de 120 km qui traverse la capitale, Riyad. En 2001, grâce à une subvention du gouvernement saoudien, un projet a commencé à restaurer et à aménager la zone du Wadi Hanifa. Le principal objectif du projet était de restaurer l'environnement naturel. Secondairement, une zone de loisirs propice à l'activité physique a été créée pour l'ensemble de la communauté.

Les communautés sont encouragées à pratiquer des activités physiques par le simple réaménagement de zones de loisirs urbaines, comme celui du Wadi Hanifa en Arabie saoudite.

Sport pour tous

La pratique d'activités sportives représente incontestablement un moyen agréable d'être actif. Toutefois, l'accent ne doit pas être mis sur la compétition et la performance. L'élaboration de politiques et programmes de « sport pour tous » destinés à des personnes de tous âges, quelles que soient leurs capacités, peut contribuer largement à accroître les niveaux d'activité physique. Idéalement, tous les clubs sportifs devraient proposer un éventail d'activités susceptibles de plaire à des groupes de population variés et d'encourager la participation tout au long de la vie.

Les possibilités d'accompagnement et de formation sont importantes pour le développement des compétences. Toutefois, l'une de priorités des programmes sportifs devrait être également de proposer des séances d'activité physique agréables, afin d'élargir et de pérenniser la participation. De nombreux pays sont dotés d'organismes consacrés à la jeunesse et aux sports chargés de promouvoir l'activité physique.

Programmes communautaires

Les approches communautaires globales de l'activité physique sont plus efficaces qu'un programme unique pour accroître les niveaux d'activité physique au sein de la population. La mise en œuvre d'une gamme d'interventions et l'intégration des politiques, des programmes et de l'éducation du public dans des environnements divers offrira le plus fort potentiel pour influencer le comportement lié à l'activité physique de nombres élevés d'individus. Plusieurs pays de la Région, parmi lesquels Oman et les Émirats arabes unis, ont mis en œuvre de telles approches (voir les Encadrés 9 et 10).

Éducation du public

L'éducation du public est importante pour approfondir les connaissances sur les bénéfices pour la santé apportés par l'activité physique, faire mieux connaître les opportunités d'être physiquement actif, motiver les individus afin qu'ils soient plus actifs et changer les normes communautaires.

L'éducation du public peut prendre de nombreuses formes :

- documents imprimés, tels que les brochures ;
- télévision et radio ;
- sites Web ;
- SMS ;
- réseaux sociaux (voir Encadré 11) ;
- panneaux publicitaires et affiches à l'extérieur ;
- invites au point de décision (par ex. cages d'escaliers) ;
- manifestations de masse (par ex. marches de 5 km, fermetures de routes).

Parmi les principales composantes du programme figurent le module *Move for Health* (Pour votre santé, bougez), la création d'environnements propices à l'activité physique, des campagnes de sensibilisation et le renforcement des capacités des professionnels de la santé à promouvoir l'activité physique

Encadré 9. Le projet pour des modes de vie sains de Nizwa (Oman)

Le projet pour des modes de vie sains de Nizwa est un projet communautaire portant sur la prévention des maladies non transmissibles et la promotion des modes de vie sains. Il est axé sur quatre aspects clés de la santé : l'activité physique, une alimentation saine, le tabagisme et la prévention des accidents (accidents de la circulation et accidents domestiques).

Parmi les principales composantes du programme figurent le module Move for Health (Bouger pour la santé), la création d'environnements propices à l'activité physique, des campagnes de sensibilisation et le renforcement des capacités des professionnels de la santé à promouvoir l'activité physique.

La mobilisation de la communauté est un bon moyen de faire mieux connaître et de promouvoir l'activité physique dans toutes les tranches d'âge.

Travailler en collaboration

La pratique régulière d'une activité physique est reconnue pour favoriser une bonne santé, prévenir les maladies et améliorer le bien-être, pour les individus comme pour l'ensemble des communautés. Pourtant, au cours des dernières décennies, les mutations économiques, techniques et sociales nous conduisent vers des environnements, des normes, des valeurs et des comportements communautaires qui ne favorisent pas les modes de vie physiquement actifs. La mise en œuvre de stratégies nationales visant à élever les niveaux d'activité physique au sein de la population est aussi importante que les stratégies visant à lutter contre le tabagisme, à réduire l'hypertension et le cholestérol et à prévenir l'obésité.

Compte tenu de la solidité des données relatives à la nécessité d'agir et de la qualité des données relatives aux solutions nécessaires, la politique nationale devrait comporter une stratégie complète et un plan d'action visant à mettre en œuvre les mesures que nous savons efficaces pour élever les niveaux d'activité physique. Dans de nombreux pays, et dans la Région de la Méditerranée orientale en particulier, il existe toutefois un écart entre connaissance et action dans ce domaine. Les progrès sont insuffisants et trop peu de mesures sont prises pour offrir des opportunités et des environnements favorisant un mode de vie actif et sain pour tous.

L'expérience internationale a révélé que les éléments suivants comptent parmi les obstacles à une action nationale efficace en matière d'activité physique :

- absence d'une direction forte pour une action en matière d'activité physique ;
- absence de l'engagement politique nécessaire ;
- difficultés à obtenir la participation et la collaboration de tous les secteurs ;
- affectation insuffisante de ressources fiscales à la promotion de l'activité physique ;
- personnels trop peu nombreux à posséder les compétences et les connaissances nécessaires ;
- absence de politique nationale, de cibles claires et de plan de mise en œuvre (plans d'action).

Il est primordial de combler l'écart entre connaissance et action et de lever (réduire) les obstacles mentionnés précédemment et il existe des réussites exemplaires partout dans le monde. Par exemple, en Finlande, depuis plus de dix ans, un important comité de coordination multisectoriel établit le programme et rend des comptes en matière d'activité physique. Le comité de coordination compte des représentants de tous les ministères et fournit des opportunités de planification, d'information et de collaboration dans l'ensemble des ministères et des secteurs sur les initiatives liées à l'activité physique. En Finlande, les niveaux d'activité physique figurent parmi les plus élevés d'Europe et du monde.

Encadré 10. Dubai Pulse, Émirats arabes unis

Dubai Pulse est une initiative à composantes multiples visant à promouvoir l'activité physique dans tous les segments de la société, dans le but de réduire les maladies et de favoriser la santé physique et psychologique. Le projet est centré exclusivement sur la promotion de l'activité physique et intègre un large éventail d'activités, notamment des brochures, une carte des destinations sportives, des événements communautaires, tels que les parcours à la nage, à pied et à vélo organisés à Dubaï et les compétitions sportives entre employés. Le Comité des sports de Dubaï organise également une campagne promotionnelle complète et toute une série d'événements populaires pour célébrer la Journée mondiale de l'activité physique, le 6 avril.

Les distractions et les loisirs sont de puissants facteurs de motivation pour l'activité physique.

Encadré 11. Campagne médiatique à Bahreïn

La campagne de promotion de la santé à Bahreïn est axée sur quatre aspects d'un mode de vie sain : la gestion du stress, une alimentation saine, le refus du tabagisme et l'activité physique. La campagne cible l'ensemble de la population de Bahreïn, ainsi que des sous-groupes définis, notamment les jeunes, les adultes, les personnes âgées, les familles, les travailleurs/employés, les personnes présentant des incapacités, les femmes et les individus les plus sédentaires. Les éléments clés de la campagne sont les suivants :

- les médias sociaux, y compris Twitter, Facebook et Instagram
- des articles dans les journaux
- des sites Web
- les chaînes nationales de télévision et de radio de Bahreïn.

Des groupes de travail constitués au niveau national et des états dans d'autres pays peuvent jouer un rôle clé dans l'élaboration de l'action nationale. La création d'un comité de haut niveau peut constituer un signal très fort du niveau d'engagement politique et de l'importance accordée à la lutte contre la sédentarité. Pour obtenir et maintenir l'engagement des différents secteurs, il est utile de mettre en lumière les nombreux bénéfices, pour la santé ou non (co-bénéfices) qui peuvent résulter de sociétés plus actives. Ces bénéfices connexes sont présentés plus haut dans ce rapport.

L'élaboration d'une politique et d'un plan d'action nationaux en matière d'activité physique est fondamentale pour une réponse claire et coordonnée. Des orientations pour l'élaboration de politiques nationales efficaces en matière d'activité sont fournies dans la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé *(6)* et des conseils connexes sur sa mise en œuvre, notamment : Guide pour des approches en population pour l'augmentation des niveaux d'activité physique : mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé (26) et Interventions sur l'alimentation et l'activité physique : les mesures efficaces (27).

Selon l'une des composantes clés des documents d'orientation sur la politique nationale en matière d'activité physique, étayée par les expériences effectuées partout dans le monde, l'augmentation des niveaux d'activité physique nécessitera une combinaison de différentes actions dans de nombreux environnements pour toucher les différentes populations cibles. Les sept meilleurs domaines d'investissement pour les actions nationales de promotion de l'activité physique présentés dans ce rapport sont à la base d'une réponse nationale efficace :

→ programmes scolaires globaux

→ transports

→ soins de santé

→ urbanisme

→ sport pour tous

→ programmes communautaires

→ éducation du public.

Il est important de former des personnels compétents capables d'élaborer une politique et de mettre en œuvre des actions dans le domaine de l'activité physique dans les sept

environnements précités. Dans de nombreux pays, l'une des principales caractéristiques de l'élaboration d'une réponse de santé publique à la sédentarité a consisté à mettre particulièrement l'accent sur le renforcement des capacités. Aux États-Unis, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) organisent depuis 1997 un cours de formation annuel par le biais duquel ils soutiennent l'extension de la recherche sur l'activité physique et la santé, assurent la promotion d'actions efficaces et forment un corps de professionnels pour la santé, l'éducation, les transports, la planification et les politiques qui ont toutes les compétences pour diriger la mise en œuvre d'actions stratégiques dans le pays. Ce modèle de formation a été étendu à l'Amérique du Sud (en particulier au Brésil et à la Colombie) et des programmes de formation annuels nationaux et régionaux ont été organisés pour renforcer les capacités en personnel et tirer les enseignements des expériences les plus récentes d'autres pays, afin de promouvoir l'activité physique dans l'ensemble de l'Amérique du Sud. D'autres pays et régions, dont l'Australie, le Canada, l'Inde, l'Afrique du Sud, la Malaisie, l'Écosse, les îles du Pacifique et la Thaïlande, ont également adopté ce modèle. L'extension du développement des personnels et du renforcement des capacités dans de nombreux secteurs à l'aide de ce type d'approches, à l'échelle régionale et infrarégionale, permet d'accélérer la mise en œuvre de la politique et des programmes et de combler l'écart entre connaissance et action.

Les cibles nationales relatives aux niveaux d'activité physique au sein de la population pour différentes tranches d'âge constituent une orientation claire pour l'action, mais leur élaboration nécessite des données actuelles fournies par les systèmes de surveillance de la santé. Dans la Région, peu de pays ont établi des systèmes permettant de collecter des données représentatives des niveaux d'activité physique chez les enfants et les adultes. Il existe des méthodologies beaucoup utilisées par ailleurs pour fournir des statistiques annuelles ou semestrielles, qui sont susceptibles de servir à la définition des cibles et au suivi des progrès. Tous les pays devraient intégrer des statistiques sur l'activité physique dans leurs systèmes de suivi nationaux. Ces données sont utiles pour souligner l'ampleur du défi, mettre en valeur les réussites et identifier les domaines où une action plus importante est nécessaire. Les comparaisons à l'intérieur des pays et entre les pays peuvent faciliter la définition et la révision des cibles, et montrer en exemple les cas où des actions efficaces génèrent une augmentation des niveaux d'activité physique. La surveillance de la population combinée à l'évaluation des programmes améliorera les actions nationales et contribuera à approfondir les connaissances et à accroître la quantité de données à l'échelle mondiale dans ce domaine.

Travailler ensemble pour élever les niveaux d'activité physique exige des gouvernements et des partenariats multisectoriels qu'ils apportent une réponse nationale efficace et coordonnée. Aucun programme, institution ou politique n'est suffisant(e) pour endiguer la progression des niveaux de sédentarité. Les gouvernements nationaux doivent assurer la direction, fournir des cadres politiques et faire preuve d'engagement pour des actions durables. Le secteur de la santé a un rôle important à jouer, notamment en assurant la direction en ce qui concerne la politique et le programme d'actions au sein du secteur de la santé et pour lancer et faciliter les processus qui permettent une action conjointe et des contributions multisectorielles pour atteindre l'objectif commun d'une société plus active.

Ce rapport souligne l'importance d'une augmentation des niveaux d'activité physique au sein des populations. Compte tenu des faibles niveaux actuels de participation dans l'ensemble de la Région, tous les pays devraient répondre à cet appel à l'action et chercher à élaborer et à mettre en œuvre :

- une surveillance nationale systématique de l'activité physique chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées ;
- une politique nationale et un plan de mise en œuvre pour l'activité physique, accompagnés d'initiatives stratégiques dans l'ensemble des environnements clés ;
- un comité national de coordination assurant la direction et un engagement multisectoriel ; et
- des stratégies de renforcement des capacités afin de mettre en place des personnels qualifiés pour la recherche et la pratique.

Bien qu'il ne soit pas exhaustif, cet ensemble de réponses permettrait de réaliser des progrès considérables en matière d'activité physique dans la Région.

Le Bureau régional de l'OMS a identifié l'activité physique comme facteur de risque prioritaire dans le cadre de la prévention et du traitement des maladies non transmissibles. Il a pour but d'apporter à tous les États Membres un soutien pour élaborer des politiques nationales comprenant une stratégie claire et la mise en œuvre d'un plan d'action visant à réduire la sédentarité. Le renforcement des capacités et la fourniture d'un appui technique aux pays permettront d'étendre la politique et les programmes à l'ensemble de la Région. D'autres initiatives destinées à améliorer le partage des expériences et des actions efficaces, comme la fourniture d'un appui pour un réseau régional de l'activité physique, seront mises en œuvre. Il n'y a pas de temps à perdre. L'importance de la lutte contre la sédentarité est incontestable et la politique et les programmes requis par les secteurs concernés sont connus. La Région est confrontée à des défis considérables dans ce domaine. Cependant, en collaborant de manière durable dans les pays et dans l'ensemble de la Région, il est possible de construire des sociétés saines et actives.

Références

1. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (http:// www.who.int/nmh/ publications/ncd_report_full_ en.pdf, consulté le 22 janvier 2014). (En anglais)
2. Boutayeb A, Boutayeb S, Boutayeb W. Multi-morbidity of non-communicable diseases and equity in WHO Eastern Mediterranean countries. (En anglais) Int J Equity Health. 2013;12:60.
3. Atlas du diabète de la FID, 6e éd. Bruxelles, Belgique : Fédération internationale du diabète, 2013 (http://www. idf.org/diabetesatlas, consulté le 22 janvier 2014).
4. Plan d'action 2008–2013 pour la Stratégie mondiale de de lutte contre les maladies non transmissibles. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (http:// www.who.int/nmh/publications/9789241597418/ en/, consulté le 22 janvier 2014). (En anglais)
5. Risques sanitaires mondiaux : mortalité et charge de morbidité imputable à certains risques majeurs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2009 (http:// www.who.int/healthinfo/global_burden_ disease/ GlobalHealthRisks_report_full.pdf, consulté le 22 janvier 2014).
6. 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/ strategy_ french_web.pdf, consulté le 22 janvier 2014).
7. Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Résolution adoptée par l'Assemblée générale, New York, 19 septembre 2011 (A/Res/66/2) (http://daccess- dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/ N11/458/94/PDF/ N1145894.pdf?OpenElement).
8. Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (en anglais http://apps.who.int/iris/

bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1, consulté le 22 janvier 2014).

9. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100(2):126-131.

10. Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/2010/9789241599978_fre/, consulté le 22 janvier 2014).

11. Powell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? Annu Rev Public Health. 2011;32:349-65.

12. 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):219–29.

13. Mahfouz A, Shatoor Abdullah S, Khan M, Daffalla AA, Mostafa OA, Hassanein MA. Nutrition, physical activity, and gender risks for adolescent obesity in Southwestern Saudi Arabia. Saudi J Gastroenterol. 2011;17(5):318–22.

14. Rezazadeh Sarabi A, Rashidkhani B, Omidvar N, Hoshyar rad A. Assessment of relation between physical activity and overweight and obesity in 20-50 years old women who are living in the north of Tehran, Iran, 2007: A pilot study. Int J Obes. 2009;32(Supplement 1):S226.

15. Abdul Razak MR, Ibrahim, T. Physical activity, aerobic fitness and body composition among students in Malaysia and Libya. Asian Soc Sci. 2013;9(16).

16. Awatef M, Olfa G, Rim C, Asma K, Kacem M, Makram H et al. Physical activity reduces breast cancer risk: a case-control study in Tunisia. Cancer Epidemiol, 2011;35(6):540-44.

17. Tayyem RF, Shehadeh IN, Abumweis SS, Bawadi HA, Hammad SS, Bani-Hani KE et al. Physical inactivity, water intake and constipation as risk factors for colorectal cancer among adults in Jordan. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(9):5207–12.

18. Waly M, Arafa M, Jriesat S, Sallam S, Al-Kafajei A. Obesity and sedentary life style are not associated with increasing risk of colorectal cancer in Jordan. FASEB J; 2010:24.

19. The Toronto charter for physical activity: a global call for action. Global Advocacy Council for Physical Activity, International Society for Physical Activity and Health; 2010. (http://www.globalpa.org.uk/charter/, consulté le 22 janvier2014).

20. Kohl III H, Craig C, Lambert E, Inoue S, Alkandari J, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. Lancet. 2012;380:294–305.

21. Bull FC, Maslin T, Armstrong T Global physical activity questionnaire (GPAQ): nine country reliability and validity study. J Phys Act Health. 2009;6:790–804.

22. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc. 2003;35:1381–95.

23. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population reports Series L. No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health; 1999 (http://www.vawnet.org/domestic-violence/summary.php?doc_id=272&find_type=web_desc_GC, consulté le 22 janvier 2014).

24. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice. 1982;19(3):276–88 (http://www.esourceresearch.org/Default.aspx?TabId=732, consulté le 22 janvier 2014).

25. Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) the Advocacy Council of the International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). NCD prevention: investments that work for physical activity. Br J Sports Med. 2012;46:709–12.

26. Guide pour des approches en population pour l'augmentation des niveaux d'activité physique : mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007 (http://www. who.int/dietphysicalactivity/PA-promotionguide-2007. pdf, consulté le 13 janvier 2011) (En anglais).

27. Interventions sur l'alimentation et l'activité physique : les mesures efficaces : rapport de synthèse. Genève : World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/summary-report-09.pdf, consulté le 13 janvier 2011).

La présente publication a été préparée par le Bureau régional de la Méditerranée orientale dans le cadre de son action visant à réduire les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles, en particulier l'inactivité physique. La lutte contre l'inactivité requiert une action visant à modifier les comportements par le biais d'une sensibilisation et d'un développement des compétences, ainsi qu'une action sur les environnements sociaux et bâtis, afin de donner aux individus les moyens d'être actifs à tout âge. Cette publication est destinée à apporter un soutien aux décideurs dans leurs efforts pour améliorer la santé et le développement de la population et de la communauté. Elle constitue également un outil utile pour les partisans de l'activité physique, de la prévention et de la lutte contre les maladies non transmissibles et du développement communautaire. Elle a pour but de fournir des informations scientifiquement fondées sur les risques pour la santé de l'inactivité physique et de suggérer des solutions qui peuvent être adoptées par les États Membres.

WHO-EM/HED/120/F