

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-dixième session
Session virtuelle, 25 août 2020

Point 13 de l'ordre du jour

CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION MONDIAL POUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE 2018-2030 DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. L'activité physique est tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui demande une dépense d'énergie supérieure à l'intensité du repos. Une activité physique régulière aide à maintenir le corps en bonne santé et réduit le risque de contracter des maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les affections respiratoires chroniques et le diabète. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a formulé des recommandations concernant la pratique de l'activité physique, par classe d'âge, en tenant compte des besoins et des capacités de chaque individu à toutes les étapes de la vie.
2. La sédentarité (ou le manque d'exercice physique) est l'un des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles. Dans la Région africaine, la prévalence de la sédentarité chez les adultes est estimée à 22,1 % et atteint même un niveau – plutôt alarmant – de 85,4 % chez les adolescents scolarisés. La Région africaine connaît en ce moment une transition épidémiologique marquée par une double charge de maladies transmissibles et de maladies non transmissibles qui menacent de déborder un système de santé déjà surchargé. La sédentarité est à l'origine de plus de 200 000 décès chaque année dans la Région africaine.
3. L'activité physique est une intervention rentable qui n'est pas mise en œuvre efficacement par les États Membres dans la Région africaine du fait de plusieurs obstacles d'ordre social, culturel et environnemental. On peut notamment citer la crainte de la violence et de la criminalité dans les espaces extérieurs, tout comme la pollution de l'air, ainsi que les restrictions culturelles qui touchent surtout les femmes et les filles. L'urbanisation sauvage et le manque d'infrastructures limitent aussi la capacité des résidents des centres urbains à adopter un mode de vie plus actif. Les répercussions négatives qui en résultent comprennent l'inadéquation des infrastructures qui met à mal la sécurité des piétons et des cyclistes, la forte densité de circulation, le manque de trottoirs sur les routes, le nombre limité d'infrastructures sportives et récréatives et le manque d'espaces verts publics.
4. Conformément aux orientations contenues dans le document intitulé *Plan d'action mondial de l'OMS pour l'activité physique et la santé 2018-2030 : des personnes plus actives pour un monde plus sain*, le présent cadre régional donne des orientations aux États Membres pour accroître et maintenir des niveaux suffisants d'activité physique à tout âge, l'ambition étant de contribuer à une meilleure santé des populations dans la Région africaine. Le cadre fixe des objectifs, des étapes intermédiaires et des interventions prioritaires devant servir de référence aux États Membres dans la planification et la mise en œuvre d'interventions axées sur l'activité physique, en tenant compte à cet effet des besoins spécifiques des pays et de leurs contextes socioéconomiques respectifs.
5. Les cibles visées seront atteintes si l'on offre aux populations diverses possibilités d'être actives physiquement, si l'on crée un environnement propice doté d'infrastructures de meilleure qualité, si l'on établit des systèmes adossés sur un leadership fort et caractérisés par la bonne gouvernance et si l'on édifie des sociétés actives où les populations sont mieux sensibilisées aux avantages de l'activité physique et en connaissent mieux les bienfaits. Les États Membres peuvent adopter et adapter les mesures spécifiques définies au titre de chaque intervention prioritaire décrite dans le présent cadre.
6. Le Comité régional a examiné et adopté les mesures proposées.

SOMMAIRE

	Page
ACRONYMES ET SIGLES	iii
	Paragraphes
INTRODUCTION	1-4
SITUATION ACTUELLE.....	5-10
ENJEUX ET DÉFIS	11-18
VISION, BUTS, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES.....	19-22
PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	23-27
INTERVENTIONS PRIORITAIRES.....	28-46
MESURES PROPOSÉES	47
ANNEXE	
	Page
Recommandations de l’OMS concernant l’activité physique	9-10

ACRONYMES ET SIGLES

COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
FIFA	Fédération internationale de Football Association
GAPPA	Plan d'action mondial pour l'activité physique
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PGT	Programme général de travail

INTRODUCTION

1. Selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, l'activité physique est tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui demande une dépense d'énergie. Une activité physique régulière d'intensité modérée aide à maintenir le corps en bonne santé, réduit le risque de contracter des maladies telles que les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension et la dépression, améliore les résultats sanitaires face à de nombreuses maladies et favorise un meilleur état de santé mentale, ainsi que le bien-être. Eu égard à ce qui précède, l'OMS a formulé des recommandations sur la pratique de l'activité physique, par classe d'âge.¹ La sédentarité désigne quant à elle l'incapacité à respecter les recommandations formulées par l'OMS pour une classe d'âge donnée.

2. La sédentarité est l'un des principaux facteurs de risque de maladies non transmissibles. Les personnes qui ne pratiquent aucune activité physique présentent un risque de mortalité de 20 % à 30 % plus élevé² que les sujets suffisamment actifs physiquement et ce, toutes causes de décès confondues. La Région africaine connaît en ce moment une transition épidémiologique marquée par une double charge de maladies transmissibles et de maladies non transmissibles qui fait peser une menace pour un système de santé déjà surchargé mais toujours fragile, fragmenté, dénué de ressources et limité du point de vue des infrastructures et de la capacité à résoudre le problème posé par le fardeau croissant de maladies non transmissibles. Selon des estimations, la Région africaine pourrait enregistrer plus de 3,9 millions de décès dus aux maladies non transmissibles³ d'ici fin 2020.

3. Les personnes présentant des maladies non transmissibles sous-jacentes courent un risque élevé de développer une forme grave de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). En vue d'endiguer la pandémie de COVID-19, des mesures de confinement de la population et de distanciation physique ont été prises, les écoles et les lieux de loisirs ont été fermés, ce qui a réduit la possibilité pour la population de pratiquer une activité physique et d'adopter des comportements moins sédentaires. Il est essentiel de maintenir un mode de vie sain et de rester physiquement actif pour préserver la santé physique et mentale pendant la pandémie et au-delà.⁴

4. Conformément au *Plan d'action mondial pour l'activité physique 2018-2030*,⁵ le présent cadre régional vise à donner aux États Membres des orientations concernant la planification et la mise en œuvre d'interventions prioritaires axées sur la promotion de l'activité physique. Des mesures concrètes efficaces pour accroître l'activité physique à tous les niveaux selon leurs besoins spécifiques et en fonction de leur contexte socioéconomique sont également proposées aux États Membres dans ce cadre de mise en œuvre.

SITUATION ACTUELLE

5. La sédentarité est un phénomène courant dans de nombreux États Membres de la Région africaine. En 2016, on estimait que 22,1 % des adultes âgés de 18 ans et plus ne pratiquaient pas une activité physique suffisante.² En valeur absolue, cela correspond à 223 millions de personnes

¹ OMS, Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/> (consulté le 25 mars 2020).

² OMS, Données de l'Observatoire mondial de la santé, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/physical_activity_text/en/ (consulté le 25 mars 2020).

³ WHO African Region, Report on the status of major health risk factors for noncommunicable diseases: WHO African Region 2015, 2016. Disponible à l'adresse https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/15264_who_afr-situation-ncds-15-12-2016-for-web.pdf (consulté le 25 mars 2020).

⁴ OMS, Note d'information sur la COVID-19 et les maladies non transmissibles, 23 mars 2020. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/who-documents-detail/covid-19-and-ncds> (consulté le 19 mai 2020).

⁵ OMS, Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 : une population plus active pour un monde en meilleure santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé (2018). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

qui risquent de contracter une maladie non transmissible.⁶ Ce taux de prévalence de la sédentarité est supérieur à 40 % au Mali et en Mauritanie, et supérieur à 20 % dans 21 États Membres de la Région africaine.⁷ Dans tous les États Membres, à l'exception du Lesotho, le taux de prévalence de la sédentarité chez les adultes est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.⁸

6. La prévalence de la sédentarité chez les adolescents scolarisés âgés de 11 à 17 ans était très alarmante dans la Région africaine en 2016, lorsque le taux de cette prévalence se situait à 85,4 % et surpassait la moyenne mondiale⁸ de 81 %. La Région africaine affiche le troisième plus fort taux de prévalence de la sédentarité chez les adolescents, après la Région de la Méditerranée orientale (87 %) et la Région du Pacifique occidental (85,8 %).⁸ Si la prévalence de la sédentarité est restée élevée ces 15 dernières années, il n'en demeure pas moins qu'elle a légèrement diminué chez les garçons, tout en restant au même niveau chez les filles.⁸

7. Le manque d'exercice physique et les comportements sédentaires sont liés à plusieurs problèmes de santé comprenant les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, la surcharge pondérale, l'obésité et la dépression. La sédentarité est l'état d'activité physique le plus bas, qui consiste par exemple à rester assis soit devant la télévision, soit tout le temps dans un bureau. La sédentarité est à l'origine de 3,2 millions de décès chaque année dans le monde et a entraîné plus de 200 000 décès dans la Région africaine.⁹ Comme les adultes qui ne pratiquent aucune activité physique présentent un risque de mortalité accru de 20 % à 30 %, toutes causes confondues,¹⁰ ceci signifie que plus de 55 millions d'adultes sont exposés à un risque plus élevé de décéder des suites d'une affection en lien avec la sédentarité dans la Région africaine.

8. Les États Membres de la Région africaine qui sont en transition du statut de pays à faible revenu vers le statut de pays à revenu intermédiaire connaissent une hausse de la sédentarité dans certaines sous-catégories de leurs populations. En outre, la hausse du revenu des ménages contribue au changement caractérisé par l'adoption d'un comportement plus sédentaire. Dans les pays à faible revenu, la possession de trois biens ménagers courants, à savoir un téléviseur, une voiture et un ordinateur, a entraîné une diminution de 31 % de l'activité physique.¹¹ Avec de telles transitions économiques, les habitudes alimentaires évoluent et, dans la majorité des États Membres, les populations optent de plus en plus pour des régimes alimentaires à forte densité de calories mais pauvres en nutriments, et les comportements sédentaires prennent racine, contribuant à la hausse des taux de surcharge pondérale et d'obésité en milieu urbain.¹⁰

9. Les habitudes concernant l'activité physique dans les États Membres indiquent que les activités liées aux loisirs sont généralement moins nombreuses que les activités en rapport avec la profession.¹² Les populations rurales qui exercent des activités manuelles et à forte charge de travail

⁶ WHO African Region, Atlas of African Health Statistics 2019- The Sustainable Development Goals and Universal Health Coverage in the WHO African Region: Accelerating Progress Towards Universal Health Coverage. Brazzaville, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁷ Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Gabon, Gambie, Ghana, Libéria, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

⁸ WHO, Global Health Observatory data repository, World Health Organization. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/gho/data/node.main.A892?lang=en> (consulté le 25 mars 2020).

⁹ WHO, Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Organisation mondiale de la Santé, 2009. Disponible à l'adresse https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf (consulté le 25 mars 2020).

¹⁰ OMS, Rapport de situation mondial de l'OMS sur les maladies non transmissibles 2010, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44579/9789240686458_eng.pdf?sequence=1 (consulté le 25 mars 2020).

¹¹ Lear S. et al (2014) The association between ownership of common household devices and obesity and diabetes in high, middle and low-income countries. CMAJ 186 (4) 258-266.

¹² John B. et al. (2017) Physical activity and associated factors in a cross-sectional survey among adults in northern Tanzania. BMC Public Health. 17:588.

telles que l'agriculture sont bien plus actives physiquement que les populations des centres urbains dont le mode de vie semble plus sédentaire.

10. Reconnaissant la contribution du sport à la santé et au bien-être, l'Organisation mondiale de la Santé a signé avec la Fédération internationale de Football Association (FIFA) un premier mémorandum d'accord dont l'objet est de renforcer la collaboration entre les deux institutions dans la poursuite d'objectifs communs en matière d'éducation sanitaire, de plaider pour la santé et de promotion de la santé.¹³ Le football étant considéré comme le sport national dans bon nombre d'États Membres de la Région africaine, un tel partenariat promet d'exploiter au mieux la mobilisation sociale et financière en faveur de l'activité physique.

ENJEUX ET DÉFIS

11. **Une multitude d'obstacles.** Dans les centres urbains comme en zone rurale, la pratique de l'activité physique est entravée par des obstacles d'ordre social, culturel et environnemental qui englobent la crainte de la violence et de la criminalité dans les espaces extérieurs, la pollution de l'air et les restrictions culturelles qui ciblent surtout les femmes et les filles.¹⁴ En outre, certains États Membres font face à des conflits internes et à des situations d'urgence qui ne sont guère propices à la promotion d'activités sportives et récréatives à grande échelle.

12. **L'urbanisation rampante et l'inadéquation des infrastructures.** L'urbanisation sauvage et l'inadéquation des infrastructures dans les États Membres limitent la capacité des personnes qui vivent en milieu urbain à adopter un mode de vie actif. On peut évoquer par exemple l'inadéquation de l'infrastructure routière qui met à mal la sécurité des piétons et des cyclistes, tout comme la forte densité de circulation, le manque de trottoirs sur les routes, le nombre limité d'infrastructures sportives et récréatives et le manque d'espaces verts publics tels que les parcs.¹⁵

13. **La disparité entre les hommes et les femmes.** Il existe une disparité entre les hommes et les femmes dans la pratique de l'activité physique, les femmes et les filles étant jugées moins actives physiquement que les hommes et les garçons dans tous les États Membres, surtout dans l'activité sportive. Cette disparité commence dès la petite enfance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte.¹⁶ Les causes multiples et complexes d'une telle disparité sont fortement liées aux normes culturelles et sociales.

14. **Un faible degré de priorité accordé à l'activité physique dans le programme d'action sanitaire.** L'activité physique en tant que moyen d'améliorer la santé ne suscite pas une grande attention politique. Dans une Région africaine en proie à des conflits et à une instabilité chronique, ainsi qu'à des épidémies émergentes et récurrentes, plaider en faveur de l'activité physique n'est pas chose aisée. Pour être efficace, un tel plaidoyer doit avoir pour socle une volonté politique forte et reposer sur des éléments scientifiques solides attestant des avantages de l'activité physique sur la santé.

15. **Une mise en œuvre insuffisante des politiques.** L'activité physique est une intervention rentable dont l'efficacité n'est pourtant pas encore pleinement exploitée dans la Région africaine.

¹³ WHO/FIFA, Memorandum of Understanding between WHO and Fédération internationale de Football Association, 2019. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/docs/default-source/documents/who-fifa-mou.pdf>. (consulté le 25 mars 2020).

¹⁴ OMS, Les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/inactivity-global-health-problem/en/> (consulté le 25 mars 2020).

¹⁵ OMS, Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/ (consulté le 25 mars 2020).

¹⁶ The Lancet Public Health, (2019), Time to tackle the physical activity gender gap, The Lancet, Vol 19.

Les politiques et plans d'action existants en matière d'activité physique ne sont pas pleinement mis en œuvre. Seuls 11 États Membres¹⁷ de la Région ont déclaré avoir mené des campagnes de promotion de l'activité physique en 2019.

16. **Un manque de collaboration multisectorielle.** Les efforts qui sont faits pour établir une collaboration entre les secteurs afin de favoriser l'activité physique restent très insuffisants. En élaborant des politiques et interventions axées sur l'activité physique, les États Membres ne mettent pas l'accent sur l'approche multisectorielle qui transcende justement de nombreux secteurs tels que la santé, l'urbanisme, les transports, la culture, la sécurité, l'industrie du divertissement et l'éducation.¹⁸ Ceci se traduit par l'inefficacité du mécanisme de coordination, couplée à l'inadéquation des ressources humaines et à un manque de ressources financières.

17. **Un manque de programmes ciblés pour des groupes spécifiques.** Les programmes ciblant des groupes spécifiques qui sont laissés pour compte lorsqu'il s'agit de l'activité physique – de façon précise les femmes, les adolescents, les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées, par ailleurs les plus vulnérables aux entraves à l'activité physique –, ne sont pas conçus et présentés clairement. À cela s'ajoute le fait que peu de données existent sur le profil de l'activité physique chez les enfants de moins de cinq ans, chez les personnes âgées et chez les personnes handicapées dans la Région africaine.

18. **Des lacunes dans la recherche et le suivi.** Le manque de données issues d'un suivi régulier empêche d'analyser les tendances concernant la pratique d'une activité physique. Seuls huit États Membres¹⁹ de la Région africaine ont déclaré avoir réalisé une enquête sur les facteurs de risque multiples ou une autre enquête de santé complète donnant des informations sur la prévalence de la sédentarité, tous les cinq ans, comme cela est recommandé.

VISION, BUTS, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES

19. **Vision :** une population physiquement active et en bonne santé dans la Région africaine.

20. **Objectif :** accroître et maintenir des niveaux d'activité physique suffisants à tous les âges afin de contribuer à l'amélioration de la santé des populations dans la Région africaine.

21. **Objectifs stratégiques :**

- a) créer des sociétés actives en améliorant la connaissance que la population a des bienfaits de l'activité physique, quels que soient la classe d'âge, le sexe et les capacités de chaque individu ;
- b) veiller à la mise en place d'environnements propices à l'activité physique en aménageant les infrastructures en milieu urbain qui permettent une participation équitable et accrue à l'activité physique ;
- c) rendre les populations plus actives en leur offrant de multiples possibilités d'être physiquement actives dans la vie quotidienne ; et

¹⁷ Afrique du Sud, Botswana, Cabo Verde, Éthiopie, Madagascar, Maurice, Ouganda, République centrafricaine, Rwanda, Seychelles et Zambie.

¹⁸ Lachat C et al (2013), Diet and Physical Activity for the Prevention of Noncommunicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Policy Review. PLoS Med 10(6): e1001465.

¹⁹ Botswana, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Ouganda et Rwanda.

- d) renforcer les systèmes de gouvernance et de gestion en consolidant le leadership et la structure à tous les niveaux et en favorisant les partenariats pour un engagement commun dans la promotion de l'activité physique.

22. Cibles et étapes intermédiaires

a) Étapes intermédiaires d'ici à 2022

- i) 80 % des États Membres ont élaboré un plan d'action national sur l'activité physique ;
ii) 80 % des États Membres ont mené une campagne de communication axée sur le plaidoyer en faveur de l'activité physique et de ses bienfaits.

b) Étapes intermédiaires à l'horizon 2026

- i) Une réduction relative de 10 % de la prévalence du manque d'exercice physique chez l'adulte de 18 ans ou plus et chez l'adolescent de 11 à 17 ans.²⁰

c) Cible d'ici à 2030

- i) Une réduction relative de 15 % de la prévalence du manque d'exercice physique chez l'adulte de 18 ans ou plus et chez l'adolescent de 11 à 17 ans.²¹

PRINCIPES FONDAMENTAUX

23. **La problématique du genre, de l'équité et des droits humains.** Toute intervention devrait donner la possibilité de profiter d'activités récréatives et sportives de qualité, et de s'exercer physiquement, tant il est vrai que l'activité physique est essentielle à la santé et au développement personnel de tous les individus, quels que soient leur sexe, leurs aptitudes fonctionnelles, leur origine ethnoculturelle, leur âge ou leur situation socioéconomique.

24. **L'appropriation des interventions par les gouvernements.** Les pouvoirs publics devraient assurer le leadership et la coordination des interventions tout en mobilisant les ressources nécessaires à la planification et à la mise en œuvre des activités afin de maintenir et d'accroître la place de l'activité physique dans le programme d'action politique des États Membres.

25. **Une collaboration multisectorielle et des partenariats menés en synergie.** Une vision commune et une approche globale et intégrée qui en appelle à la consolidation des partenariats devraient éclairer la collaboration entre les parties prenantes et en leur sein.

26. **La mobilisation et la participation des communautés.** Les individus et les communautés devraient être autonomisés moyennant leur implication active dans les actions visant à réduire les entraves socioculturelles et environnementales tout en motivant les individus et les communautés.

27. **Des politiques et interventions fondées sur des bases factuelles.** Les actions devraient reposer sur des données scientifiques et pratiques solides. Les interventions devraient être fondées

²⁰ WHO, NCD Global Monitoring Framework, World Health Organization. Disponible à l'adresse https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/2013-11-06-who-dc-c268-whp-gap-ncds-techdoc-def3.pdf?ua=1 (consulté le 25 mars 2020).

²¹ OMS, 2018, Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030 – Une population plus active pour un monde en meilleure santé. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf> (consulté le 25 mars 2020).

sur les connaissances existantes et les résultats de ces actions devraient faire l'objet d'une large diffusion.

INTERVENTIONS PRIORITAIRES

28. Le présent cadre régional sur l'activité physique fait clairement ressortir des interventions prioritaires alignées sur le principe fondamental du Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine²² et sur les priorités stratégiques énoncées dans le treizième programme général de travail (PGT),²³ toutes choses qui accéléreront l'atteinte des objectifs de développement durable liés à la santé. Ces priorités ont été subdivisées en quatre groupes.

29. Le premier groupe d'interventions prioritaires vise à induire un changement de paradigme dans la société en faveur d'un mode de vie plus actif physiquement. Ces interventions sont décrites dans les paragraphes 30 à 33 ci-après.

30. **La sensibilisation du grand public.** Les États Membres devraient organiser des campagnes de communication visant à accroître la sensibilisation du grand public, la connaissance et la compréhension des multiples avantages que recèle l'activité physique tout au long de la vie et pour toutes les capacités, au sein de sous-groupes spécifiques de la population et entre eux. La sensibilisation du grand public devrait viser à améliorer l'acceptabilité de l'activité physique pour tous, indépendamment de l'âge, du sexe ou des normes socioculturelles.

31. **Le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé.** Les États Membres devraient mettre en place et renforcer des systèmes d'évaluation et de conseils aux patients sur la pratique accrue de l'activité physique et la réduction des comportements sédentaires, grâce à des prestataires de soins de santé, communautaires et sociaux convenablement formés, selon le cas, dans la perspective des soins courants de santé primaires et secondaires, et dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

32. **Le renforcement des capacités dans les secteurs autres que celui de la santé.** Les États Membres devraient renforcer les capacités des professionnels des secteurs non sanitaires tels que l'éducation, l'urbanisme et les transports, afin d'acquérir de nouvelles connaissances et d'autres compétences en lien avec le rôle que ces professionnels des secteurs non sanitaires peuvent jouer dans la création d'opportunités et la promotion d'un mode de vie plus actif.

33. **La promotion de l'activité physique dans les communautés.** Les États Membres devraient veiller à la cohérence des politiques dans tous les secteurs, mener à bien des initiatives communautaires dans les centres urbains comme en zone rurale, sachant que ce sont ces initiatives qui renforcent l'engagement de toutes les parties prenantes, tout comme la participation et l'appropriation par les communautés.

34. Le deuxième groupe d'interventions prioritaires concerne la mise en place d'environnements et de cadres propices, telle que décrite dans les paragraphes 35 à 37 ci-après.

²² Région africaine de l'OMS, 2017. Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine – Phase 2 : Placer les personnes au cœur du changement. Disponible à l'adresse suivante <https://www.afro.who.int/publications/transformation-agenda-world-health-organization-secretariat-african-region-phase-2> (consulté le 19 mai 2020).

²³ OMS, 2018. Treizième programme général de travail 2019-2023, Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023> (consulté le 19 mai 2020).

35. **La mise en place d'un environnement propice.** Les États Membres devraient créer et entretenir des espaces ouverts favorisant et protégeant le droit de chaque individu, indépendamment de son âge, de son sexe et de sa situation socioéconomique, à avoir un accès équitable dans sa ville et dans sa communauté à un environnement sans risque où il peut pratiquer une activité physique régulière, selon ses capacités.

36. **La promotion d'une éducation physique de qualité.** Les États Membres devraient renforcer l'offre d'une éducation physique de qualité à tous les niveaux d'enseignement. Les établissements universitaires devraient offrir aux étudiants des expériences positives et des possibilités d'avoir des espaces où ils peuvent s'adonner à des activités récréatives et pratiquer activement une activité sportive. De même, les États Membres devraient instaurer puis renforcer une culture de la santé et de l'éducation physique tout au long de la vie, et promouvoir la possibilité de pratiquer une activité physique adaptée à ses aptitudes et à ses capacités.

37. **L'aménagement de systèmes urbains et de transport pour les rendre propices à l'activité physique.** Les États Membres devraient développer et accélérer l'intégration des politiques d'urbanisme et de planification des transports pour donner un coup d'accélérateur aux transports publics. La pratique de la marche et du vélo en toute sécurité devrait être encouragée et les États Membres devraient accélérer la mise en œuvre d'initiatives politiques qui visent à améliorer la sécurité routière des piétons et des cyclistes.

38. Le troisième groupe d'interventions prioritaires réfère à la présentation de possibilités qui permettent aux populations d'être plus actives, telles que ces possibilités sont décrites dans les paragraphes 39 et 40 ci-après.

39. **La création de possibilités pour la pratique de l'activité physique.** Les États Membres devraient favoriser l'accès à des possibilités égales et à des programmes complets, dans divers contextes, y compris sur le lieu de travail et à l'école, afin d'aider les personnes de tous âges, de tous sexes et de toutes capacités à s'adonner régulièrement à l'exercice physique à titre individuel ou en famille et au sein de leurs communautés.

40. **L'accent mis sur les populations les moins actives.** Les États Membres devraient renforcer l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de services, dans divers contextes communautaires, afin d'encourager et d'accroître les opportunités d'activité physique chez les groupes les moins actifs que sont les filles, les femmes, les personnes âgées et les populations vulnérables ou marginalisées.

41. Le quatrième groupe d'interventions prioritaires porte sur la mise en place de systèmes de gouvernance et de gestion qui préserveront la durabilité d'un mode de vie physiquement actif, tels que ces systèmes sont décrits dans les paragraphes 42 à 45 ci-après.

42. **La promotion du leadership.** Les États Membres devraient renforcer leur rôle de chef de file pour que l'activité physique figure en bonne place dans le programme d'action sanitaire. Les efforts de plaidoyer devraient être intensifiés pour susciter une pleine adhésion à l'activité physique pour la santé et promouvoir le bien-être à tous les niveaux. Ces efforts devraient cibler des publics clés, en particulier les dirigeants de haut niveau, les décideurs politiques de divers secteurs, les médias, le secteur privé, tout comme les responsables municipaux et communautaires.

43. **Le renforcement des partenariats en faveur de l'activité physique.** Les États Membres devraient renforcer les systèmes de gouvernance et élaborer des principes directeurs, aux niveaux national et infranational, pour soutenir la mise en œuvre de mesures visant à accroître l'activité

physique et à réduire les comportements sédentaires, grâce à des mécanismes de participation et de coordination multisectoriels.

44. **La consolidation des systèmes de recherche, de surveillance, de suivi et d'évaluation.**

Les États Membres devraient améliorer la recherche, ainsi que les systèmes de données existants et les capacités au niveau national pour soutenir la surveillance régulière de l'activité physique et des comportements sédentaires de la population, quels que soient l'âge, le sexe et les domaines d'activité. En outre, les États Membres devraient mettre en place un système de suivi et d'établissement de rapports sur l'application des politiques afin de garantir la responsabilisation et d'éclairer les politiques et les programmes. Les meilleures pratiques devraient être documentées et diffusées aux niveaux local, régional et mondial.

45. **La mise en place de systèmes de financement innovants.** Les États Membres devraient se doter de mécanismes de financement nationaux innovants pour garantir une mise en œuvre durable des politiques et actions nationales et infranationales visant à accroître l'activité physique et à réduire les comportements sédentaires.

46. La mise en œuvre des interventions prioritaires sera évaluée par les États Membres et des rapports de situation seront établis et soumis à l'examen du Comité régional après les deux premières années, et ensuite tous les quatre ans.

MESURES PROPOSÉES

47. Le Comité régional a examiné et adopté les mesures proposées.

ANNEXE

Recommandations de l'OMS concernant l'activité physique

Classe d'âge	Niveaux recommandés d'activité physique pour la santé
Les enfants de moins de 1 an	<ul style="list-style-type: none"> • Devraient être physiquement actifs plusieurs fois par jour de diverses manières, notamment par des jeux interactifs au sol. Pour ceux qui ne sont pas encore mobiles, au moins 30 minutes en position couchée tout au long de la journée, au moment où ils sont éveillés.
Les enfants de 1 à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 180 minutes quotidiennes d'activité physique, de toute intensité, répartie tout au long de la journée.
Les enfants de 3 à 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 180 minutes quotidiennes d'activité physique, de toute intensité, dont au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à forte, répartie tout au long de la journée.
Les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 60 minutes quotidiennes d'activité physique, d'intensité modérée à forte. • L'essentiel de l'activité physique quotidienne doit être de type aérobie. Des activités d'intensité vigoureuse devraient être incluses, notamment celles qui renforcent les muscles et les os, à raison d'au moins trois fois par semaine. • Une activité physique d'une durée supérieure à 60 minutes par jour leur apportera des bienfaits supplémentaires en matière de santé.
Les adultes de 18 à 64 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 150 minutes hebdomadaires d'une activité physique d'intensité modérée tout au long de la semaine, <u>ou</u> au moins 75 minutes hebdomadaires d'une activité physique intense de type aérobie au cours de la semaine, <u>ou</u> une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée à forte. • L'activité de type aérobie devrait être pratiquée en séries d'au moins 10 minutes chacune. • Pour en retirer des bienfaits supplémentaires en matière de santé, les adultes devraient porter à 300 minutes par semaine la pratique d'une activité physique d'intensité modérée, ou pratiquer au moins 150 minutes hebdomadaires d'une activité physique intense de type aérobie au cours de la semaine, ou adopter une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée à forte. • Des activités de renforcement musculaire mettant en jeu les principaux groupes de muscles devraient être pratiquées deux jours par semaine ou plus.
Les adultes de 65 ans et plus	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins 150 minutes hebdomadaires d'une activité physique d'intensité modérée tout au long de la semaine, <u>ou</u> au moins 75 minutes hebdomadaires d'une activité physique intense de type aérobie au cours de la semaine, <u>ou</u> une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée à forte. • L'activité de type aérobie devrait être pratiquée en séries d'au moins 10 minutes chacune. • Pour en retirer des bienfaits supplémentaires en matière de santé, les adultes de 65 ans et plus devraient porter à 300 minutes par semaine la pratique d'une activité physique d'intensité modérée, ou pratiquer au moins 150 minutes hebdomadaires d'une activité physique intense de type

	<p>aérobie au cours de la semaine, ou adopter une combinaison équivalente d'activité physique d'intensité modérée à forte.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les personnes à mobilité réduite âgées de 65 ans et plus devraient pratiquer une activité physique pour améliorer leur équilibre et prévenir les chutes à raison de trois jours par semaine ou plus.• Les activités de renforcement musculaire mettant en jeu les principaux groupes de muscles devraient être pratiquées deux fois par semaine ou plus.• Lorsque les personnes du troisième âge ne peuvent pas pratiquer les niveaux recommandés d'activité physique compte tenu de leur état de santé, elles devraient être aussi actives physiquement que leurs capacités et leurs conditions le permettent.
--	--

Sources : 1) OMS, *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019. 2) OMS, *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*, Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2010.